

**MEDICAL PSYCHOLOGICAL MEASURES OF IMPROVEMENT OF PATIENTS' HEALTH STATE WITH ACUTE AND CHRONIC DISEASES OF BLOOD CIRCULATION SYSTEM
(rehabilitation stage)**

E.A. Khaystova, A.N. Dzuba

Meaning "psychosomatic medicine" in its' history had different content, description and definition. Although conception of psychosomatic was represented by German psychiatrist S. Kheyntrot in 1818, and rapid development of psychosomatic theories and conceptions occurred in the first half of former century, on the modern stage of psychosomatic medicine existence the basis of complex interdisciplinary management of psychosomatic diseases are forming.

Psychosomatic methods which influence on course of blood circulation system diseases were considered.

Keywords: medical psychological measures, blood circulation system diseases

УДК 616.892+616.895]-079.4:159.9.072.5:615.851

В.Е. Гончаров

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ МОДЕЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: шизофрения, реабилитация, психотерапия

Вступление

Большинство современных исследователей считает необходимым применение психотерапевтических методов в комплексном лечении страдающих шизофренией. По мнению ряда отечественных и зарубежных специалистов важным является повышение эффективности комплексной терапии [1;2].

Одной из реальных проблем при реализации указанного подхода является потребность в большом количестве психологов, владеющих специальными навыками и значительной себестоимости подобных программ. Однако, все больше стран ставит задачу по ресоциализации пациентов, перенесших шизофренический психоз, перед соответствующими службами. Проводимая с этой целью работа касается, как правило, первого психотического эпизода. Реализация указанной задачи происходит путем создания клиник первого эпизода со щадящим режимом и минимальным уровнем ограничения социальных связей [3;4].

В то же время, различные психологические подходы, применявшиеся с целью восстановления пострадавших когнитивных и поведенческих возможностей, позволяют определить спектр показаний для каждого из методов и преимущества их сочетанного использования. Литературные данные указывают на значительные успехи применения групповой психотерапии, обнадеживающие результаты тренингов по восстановлению когнитивных способностей, перспективность развития поведенческих навыков, роль образовательных программ для членов семей, болеющих шизофренией [5;6;7;8]. Такая концентрация внимания специалистов именно на контингенте больных с первым эпизодом объясняется выявленными особенностями течения шизофренического процесса. Речь идет о макси-

мальных повреждающих последствиях заболевания на психику в первые пять лет от момента возникновения, с формированием когнитивного дефицита, снижением социальной компетентности, нарастанием дефицитарности и органических изменений головного мозга [9;10]. Раннее вмешательство специалистов позволяет минимизировать отрицательные последствия шизофренического психоза, эффективно реализовать сохранившиеся ресурсы адаптации и сформировать достаточно устойчивые поведенческие модели. При этом подчеркивается необходимость применения долговременных психореабилитационных курсов. Полученные результаты позволяют считать указанную модель абсолютно оправданной [11].

Вместе с тем, многими врачами практического здравоохранения высказывается сомнение в целесообразности подобного перераспределения усилий психиатрической службы, испытывающей значительный дефицит финансирования. С их точки зрения психотерапевтическая работа с больными шизофренией малоэффективна. Чем могут быть объяснены подобные пессимистические оценки?

Материал и методы. Проведенное нами на базе Харьковской областной клинической психиатрической больницы №3 исследование, включающее 50 больных шизофренией, находящихся на стационарном лечении, с применением клинического и экспериментально-психологического методов, позволило ответить на этот вопрос. Речь, в первую очередь, идет о неоднородности группы страдающих шизофренией. Специалистам хорошо известно разделение на типы и формы течения заболевания. Однако, даже в рамках одной формы и типа течения, клиническая картина у пациентов значительно различается. Это одна из причин, по которой

рядом ученых высказывается мнение о существовании группы шизофреников. Оценка, подчеркивающая клиническую неоднородность указанной нозологии.

Кроме того, по данным статистики, до 30 % болеющих шизофренией обнаруживают признаки резистентности к фармакотерапии [11]. У части больных, по различным причинам, формируется более выраженная дефицитарная симптоматика. У некоторых выявляются отчетливые асоциальные модели поведения. Естественно, что общение именно с этими группами забирало значительно больше эмоциональных, душевных ресурсов у врача и, в то же время, приносит заметно более скромный терапевтический эффект. Работа с подобным контингентом нередко вызывает у психиатра чувство внутренней опустошенности, снижение интереса к своей профессии, отрешенность по отношению к выполняемым обязанностям и приводит к формированию ощущения бесперспективности затрачиваемых усилий. Она является одной из причин такого феномена, как профессиональное выгорание. Общение с указанным контингентом больных оставляет яркий отпечаток в сознании врача и, возможно, способствует формированию собирательного образа мало-перспективного для общения пациента, стереотипа о низкой эффективности психотерапии у всех болеющих шизофренией.

Результаты и их обсуждение. Однако, значительная часть пациентов, несмотря на внесенный болезнью урон, сохраняет потребность во взаимопонимании, интерес к общению с врачом, желание получить эмоциональную поддержку, подсказку, одобрение. Несмотря на сформированный патологическим процессом дефицит когнитивных способностей, проявляет готовность трудиться над восстановлением утраченных ресурсов. Достаточно доброжелательно воспринимает указание на допускаемые в отношениях с окружающими просчеты и оплошности, а также готова пересматривать привычные модели поведения и корректировать свои реакции с учетом интересов близких людей, даже если до конца не понимает, в чем заключалась их ошибка.

На этапе подготовки к проведению исследования удалось достаточно четко отделить эти группы на самых ранних этапах. Таким образом, психотерапевтическую помощь смогли получить именно те пациенты, которые в ней заинтересованы. В этих случаях ее эффективность была достаточно ощутимой.

Отсутствие заинтересованности со стороны больного не может предъявляться ему в вину и не является основанием для негативного отношения со стороны медицинского персонала, ограничения в оказании каких-либо методов медицинской помощи. Однако, временные и профессиональные затраты на проведение психотерапии в подобных случаях несопоставимы со скромным и непродолжительным клиническим результатом.

Включение подобных пациентов в психореабилитационные программы при настоящих социально-эко-

номических условиях нерационально. Это не значит, что указанная группа больных лишается медицинской помощи и опеки. Нет, так как по отношению к ней в полной мере применяются психофармакологические методы. Причем, с использованием препаратов пролонгированного действия, для снижения вероятности обрыва поддерживающей терапии. В указанных случаях акцент должен ставиться на усилении именно социального звена поддержки. Необходимо создавать щадящие социальные условия, выполняя за пациента «непосильные» обязанности. В ряде случаев этого оказывается достаточно, чтобы сформировать более комфортный социальный микроклимат и условно благоприятное психологическое состояние в семье больного. Такой точки зрения придерживаются и другие авторы [12].

Важной особенностью проведенного исследования являлось включение пациентов с длительным периодом протекания шизофренического процесса. Его результаты позволили установить особенности психотерапевтической работы, отличающиеся от таковой у пациентов, перенесших первый психотический эпизод и имеющих непродолжительный срок заболевания. Речь, в первую очередь, идет о более низких темпах и возможностях восстановления когнитивных способностей и поведенческих навыков, социальной компетентности в целом. Очевидно, указанная черта является проявлением меньшей пластичности и общего снижения ресурсов центральной нервной системы. Как показали результаты проделанной работы, более оправданной является психотерапевтическая модель с коротким, но интенсивным коррекционным курсом на этапе текущей госпитализации. Причем, обязательным является вовлечение в этот процесс членов семьи, как активных участников терапевтического процесса. После выписки из стационара встречи проводились дважды, а на этапе стабилизации ремиссии 1 раз в месяц. Указанная периодичность позволяла решать возникающие психологические проблемы и подкрепляла базовую модель поведения. И на этих этапах близкий родственник принимал активное участие в обсуждаемых вопросах. В результате удавалось снижать психологическое напряжение, приближать внутрисемейные отношения к оптимальной модели и развивать навык построения более эффективных общественных связей.

Выводы

Таким образом, дифференцированный подход к выбору модели оказания страдающим шизофренией психотерапевтической помощи не только способствует повышению качества их жизни, стабилизации ремиссии, улучшению социальной адаптации, но и позволяет подобрать наиболее эффективный и экономически оправданный способ предоставляемой им помощи. Если говорить о возможности повышения социальных стандартов, в условиях переживаемого государством экономического кризиса, то реализация обсуждаемого принципа является неизбежной.

Література:

1. Абрамов В.А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией / Абрамов В.А., Жигулина И.В., Ряполова Т.Л. – Донецк: Капитан, 2009. – 584 с.
2. Pitchel-Waiz G. Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results of the Munich Psychosis Information Project Study / Pitchel-Waiz G. et al. // J. Clin. Psychiatry. – 2006. – Vol. 67, №3. – P.443-452.
3. Котинг-поведение у больных шизофренией с первым психотическим эпизодом и его динамика в процессе психообразования / Антохин Е.Ю., Будза В.Г., Горбунова М.В. [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – №3. – С.5-12.
4. Осокина О.И. Проблемы стигматизации больных, перенесших первый эпизод психоза / О.И.Осокина // Медицинская психология. – 2009. – Т. 4, №2-3. – С.51-57.
5. Денисов Е.М. Использование психообразовательных программ в системе медико-социальной реабилитации больных параноидной шизофренией / Е.М.Денисов // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2009. – №2 (22). – С.53-58.
6. Діхтяр В.О. Особливості сімейної взаємодії «пацієнт-родина» як осевя для розробки засад застосування психотерапії в комплексному лікуванні хворих на параноїдну шизофренію / В.О.Діхтяр, М.В.Маркова // Медицинская психология. – 2009. – Т.4, №2-3. – С.141-147.
7. Ландышев М.А. Психообразовательная работа с родственниками больных с частыми госпитализациями / М.А.Ландышева // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – №3. – С.99-103.
8. Ротштейн В.Г. Образовательные программы для потребителей психиатрической помощи в системе социальной реабилитации / В.Г.Ротштейн, М.С.Кулик // Психиатрия. – 2009. – №2. – С.43-46.
9. Шизофрения как прогрессирующее заболевание головного мозга / Ван Харен Н.Е., Кан В., Хулсхоф Пол Х. [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т.18, №2. – С.26-35.
10. Зайцева Ю.С. Динамика нейрокогнитивного дефицита у пациентов с различной степенью прогрессивности шизофрении при первых приступах и в течении 5-летнего катмнеза / Ю.С.Зайцева, Н.К.Корсакова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т.18, №2. – С.15-25.
11. Данилов Д.С. Лечение шизофрении / Д.С.Данилов, Ю.Г.Тюльпин. – М.: Медицинское информационное агентство, 2010. – 272 с.
12. Пасуев О.О. Опыт взаимодействия психиатрической службы и комплексного центра социального обслуживания / О.О.Пасуев, Л.Я.Висневская, В.А.Шевченко // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т.18, №4. – С.69-72.

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО ВИБОРУ МОДЕЛІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

В.Е.Гончаров

В статті на основі літературних даних і особистого клінічного досвіду розглядаються можливості застосування психотерапевтичних методик при шизофренії. Обґрунтовується необхідність диференційованого підходу до вибору моделі реабілітації для більш ефективного використання наявних ресурсів психіатричної служби.

Ключові слова: шизофренія, реабілітація, психотерапія

DIFFERENTIAL APPROACH TO CHOOSING MODEL OF REHABILITATION OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

V.E.Goncharov

In the article on the basis of published data and our own clinical experience are considered the possibility of using psychotherapeutic techniques in schizophrenia. The need for a differentiated approach to the selection model of rehabilitation for the most efficient use of available resources, mental health services is substantiating.

Keywords: schizophrenia, rehabilitation, psychotherapy

УДК 616.832-004.2:616.895.4-008.47-07

М.В. Данилова

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ РЕАКЦИЙ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯНЫМ СКЛЕРОЗОМ

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», г. Харьков

Ключевые слова: депрессивные реакции, рассеянный склероз, клинико-психопатологические особенности

Рассеянный склероз является одной из наиболее острых медико-социальных проблем современной медицины, поражая преимущественно лиц молодого, трудоспособного возраста, он быстро приводит к потере трудоспособности и стойкой инвалидизации. По данным ВОЗ, число больных рассеянным склерозом на земном шаре составляет около 3 млн. человек, треть из которых имеют стойкую утрату трудоспособности [3; 6; 8].

Распространенность этого заболевания в большинстве стран мира постоянно увеличивается. Количество новых случаев рассеянного склероза увеличивается в среднем с 2,0–2,2 до 3,4 случая на 100 тыс. населения в год; в некоторых странах Северной Европы — до

5–8 новых случаев. В Украине (согласно данным за 2009 год) этот показатель составляет 3,1 новых случая на 100 тыс. населения. Только за последние 5 лет в Украине показатели распространенности этого заболевания возросли на 2,8% [1-4; 7].

Течение и прогноз рассеянного склероза значительно ухудшаются, если к неврологическим проявлениям демиелинизирующего процесса присоединяются психопатологические нарушения, в частности депрессивные расстройства. Депрессия значительно ограничивает возможности терапии рассеянного склероза вследствие низкой комплаентности больных депрессиями, ускоряет инвалидизацию, приводит к увеличе-