

О. Ю. Резуненко

ПРИНЦИПИ ТА АЛГОРИТМ ПСИХООСВІТИ ХВОРИХ
НА БІПОЛЯРНИЙ АФЕКТИВНИЙ РОЗЛАД

Харківський національний медичний університет, м. Харків

ol84eg@ukr.net

Актуальність. Сучасні наукові дослідження біполярного афективного розладу (БАР) присвячені оновленню концепції психосоціальної реабілітації хворих, їх соціальної реінтеграції та покращенню якості життя.

Мета – розробити принципи та алгоритм проведення психосвітньої програми в комплексному лікуванні та реабілітації хворих на БАР.

Матеріали та методи. Проведено комплексне клініко-психопатологічне, клініко-анамнестичне та психодіагностичне обстеження 158 хворих на БАР обох статей. Основну групу склали 94 хворих, які отримували регламентовану психофармакотерапію та брали участь у психосвітній програмі; контрольну групу – 64 хворих, які отримували лише стандартну регламентовану терапію.

Результати. Вивчено соціально-демографічні та клініко-психопатологічні особливості пацієнтів обох груп. Розроблено та апробовано систему психосвіти у комплексній реабілітації хворих, яка включає в себе використання інформаційного тренінгу, тренінгу формування прихильності до терапії та інтерперсональної взаємодії, тренінгу поліпшення комплаєнсу, прийоми когнітивно-поведінкової психотерапії, проблемно-орієнтованих дискусій. Проведення психосвітньої програми у комплексному лікуванні пацієнтів з БАР сприяє вираженій позитивній динаміці рівня соціального функціонування, трансформації копінг-стратегій, переходу дезадаптивних типів ставлення до хвороби в адаптивні, розвитку особистісного ресурсу, що достовірно ($p < 0,05$) перевищує відповідні зміни в контрольній групі.

Висновки. Розроблена психосвітня програма в структурі комплексної терапії БАР збільшує обсяг знань, підсилює впевненість в боротьбі з хворобою та сприяє досягненню непрямих завдань терапії, таких як покращення можливостей в сфері впевненої поведінки, удосконалення комунікативних навиків та навичок повсякденного життя, формування нових стратегій вирішення проблем, підвищення рівня соціальної успішності, таким чином допомагаючи вирішити проблему соціальної реінтеграції хворого.

Ключові слова:
біполярний афективний розлад, психосвіта, психосоціальна реабілітація.

Актуальність. Соціальні наслідки психічних розладів є серйозною проблемою не тільки для хворих та їхніх близьких, а й для суспільства, держави. Порушення афективної сфери залишаються однією з провідних проблем психіатрії впродовж багатьох десятиліть [2, 5, 6].

Згідно із сучасними уявленнями, біполярний афективний розлад (БАР) є психічним захворюванням, що характеризується зміною полярності афекту, хронічним рецидивуючим перебігом, високою коморбідністю, супроводжується суїцидальною поведінкою, зменшенням тривалості життя, погіршенням соціального функціонування і якості життя пацієнтів та їх родичів [1, 7, 9].

Українські реалії поширеності біполярного афективного розладу та його медико-соціальних наслідків відповідають загальносвітовій тенденції. Сучасні наукові дослідження біполярного афективного розладу присвячені оновленню

концепції психосоціальної реабілітації хворих, їхній соціальної реінтеграції та покращенню якості життя [3, 4, 8, 10].

Вищезазначене свідчить про необхідність розробки та впровадження сучасних методів психосоціальної реабілітації хворих на БАР, невід'ємною складовою якої є психосвіта.

Мета – розробити принципи та алгоритм проведення психосвітньої програми у комплексному лікуванні та реабілітації хворих на БАР.

Матеріали та методи дослідження

Проведено комплексне клініко-психопатологічне, клініко-анамнестичне та психодіагностичне обстеження 158 хворих на біполярний афективний розлад обох статей, розроблено та апробовано систему психосвіти у їх комплексній реабілітації.

Основну групу склали 94 хворих, які отримували регламентовану психофармакотерапію та брали участь у психоосвітній програмі, контрольну групу – 64 хворих, які отримували лише стандартну регламентовану терапію у лікарні.

Результати та їх обговорення

У 23,6 % пацієнтів основної групи був діагностований маніакальний епізод (F31.1), у 44,2 % – депресивний епізод (F31.3, F31.4), у 32,2 % – змішаний епізод (F31.6). У контрольній групі у 22,4 % пацієнтів був діагностований маніакальний епізод (F31.1), у 43,9 % – депресивний епізод (F31.3, F31.4) та у 33,7 % – змішаний епізод (F31.6).

Серед обстежених основної групи 55,6 % складали жінки та 44,4 % – чоловіки, серед пацієнтів контрольної групи ці показники дорівнювали 58,2 % та 41,8 % відповідно.

Вік пацієнтів основної та контрольної груп був у межах від 20 до 65 років. У основній групі переважали особи у віці 41–50 років (35,9 %) та 61–65 років (25,6 %). У контролі більшість пацієнтів належала до вікових категорій 31–40 та 51–60 років (41,8 % та 27,3 %).

Переважає кількість обстежених основної групи мешкали у місті (83,8 %) у задовільних матеріально-побутових умовах; мали вищу (незакінчену вищу) освіту (68,4 %), працювали у сфері розумової праці (60,7 %) та перебували на пенсії (21,4 %). Серед обстежених контрольної групи достовірно переважали міські жителі (85,5 %), які мешкали у задовільних матеріально-побутових умовах (52,7 %); мали вищу (незакінчену вищу) освіту (68,2 %), були працевлаштовані у сфері розумової (43,6 %) або фізичної (44,5 %) праці.

За допомогою спеціально розробленого опитувальника вивчали особливості інформаційного дефіциту, що стосується багатьох питань, пов'язаних з психічними розладами, серед хворих на БАР та їх родичів. Як показали результати дослідження, найважливішою є достовірна інформація про причини виникнення захворювання; про розпізнавання ознак загострення та необхідну у такому разі допомогу; про ліки, які використовуються для лікування БАР, механізми їх дії, можливі побічні ефекти; про юридичні та соціальні аспекти, пов'язані з захворюванням на БАР.

Базуючись на отриманих даних ми розробили систему психоосвітньої роботи. До основних цілей цієї системи ми віднесли наступне.

1. Власне «освіта» шляхом доступного для кожного пацієнта та його родини надання інформації про природу захворювання; важливість медикаментозного лікування і пов'язані з ним питання (дієвість ліків, побічні ефекти, прихильність до терапії); розпізнавання та дії при ранніх ознаках релапсу.

2. Формування у хворих і членів їх родин адекватного уявлення про захворювання.

3. Зниження емоційного напруження, викликаного фактом і проявами психічного захворювання.

4. Зниження у пацієнтів і членів їх родин рівня стигматизації та самостигматизації.

5. Вироблення у хворих та їх родичів комплаєнсу (усвідомленого дотримання приписаного режиму лікування).

6. Корекція спотворених хворобою соціальних позицій пацієнтів і покращення їх комунікативних здібностей.

7. Забезпечення «психосоціальної підтримки», коли група хворих є постійним джерелом підтримки і одночасно терапевтичним середовищем, у якому пацієнти можуть у безпечних умовах відпрацьовувати адекватні навички поведінки, спілкування, копінг-стратегії у складних ситуаціях.

8. Поліпшення адаптації пацієнта і його родини.

9. Поліпшення якості життя хворого на БАР.

Розроблена нами групова психоосвітня програма складалася з 12 занять та включала в себе використання різноманітних інформаційних модулів, прийомів когнітивно-поведінкової психотерапії, тренінгових взаємодій (позитивного самосприйняття, поліпшення комплаєнсу, формування комунікативних вмій і навичок, вирішення проблем міжособистісної взаємодії), проблемно-орієнтованих дискусій, а також сімейну психотерапію. Як форма психотерапевтичного втручання також використовувалася групова дискусія. У процесі групової дискусії обговорювали можливі способи подолання власного хворобливого стану, аналізували варіанти адаптивних поведінкових реакцій.

У ході роботи використовували наступні варіанти психоосвітнього втручання: викладання (міні-лекції), емоціональну підтримку, стимуляцію, пораду, роз'яснення, уточнення, об'єктивізацію, інтерпретацію.

Психоосвітня програма складалася з трьох етапів:

I етап – інформаційний – включав роз'яснення хворобу особливостей формування БАР, його клінічних проявів, варіантів терапії та механізмів дії медикаментів, мотивування пацієнтів до участі у психоосвітній програмі.

II етап – терапевтичний, був спрямований на формування комплаєнсу, відновлення соціального функціонування пацієнтів за рахунок зміни їх ставлення до хвороби, до свого «я», сприйняття себе як особистості, здатної впоратися з проблемами, що виникають через хворобу; запобігання аутоагресивним тенденціям і зміну звичних патологічних копінг-стратегій.

III етап – заключний, був спрямований на закріплення нових позитивних психосоціальних тенденцій, форм реагування і адаптивних варіантів поведінки в разі декомпенсації стану, закріплення адекватних і конструктивних форм міжособистісної взаємодії шляхом виконання функціональних тренінгів з подальшим обговоренням та аналізом результатів їх виконання.

Групова робота давала можливість пацієнтам обговорити отриману інформацію з учасниками групи, зіставити її з власним досвідом. Важливе значення мав той факт, що учасники мали змогу отримати важливу інформацію не тільки від лікаря, а й від інших учасників, обмінятися з ними досвідом, разом пошукати шляхи вирішення проблем. Заняття в групі дозволяють підтримати пацієнта на стабільному рівні функціонування, допомагають краще зрозуміти характер і особливості захворювання та його вплив на пацієнта і членів його родини. Не менш значущим результатом групової програми є її сприяння створенню додаткової мережі емоційної підтримки.

Встановлена виражена позитивна динаміка рівня соціального функціонування у хворих основної групи,

яким у традиційний комплекс лікувально-реабілітаційних заходів була включена психоосвіта, що достовірно ($p < 0,05$) перевищує відповідні зміни у контрольній групі. У механізмах дії технологій психоосвіти слід виділити трансформацію копінг-стратегій (активація адаптивних форм подолання, орієнтованих на соціальну підтримку, аналітичний підхід до вирішення проблем), перехід дезадаптивних типів ставлення до хвороби (апатичного, меланхолійного, іпохондричного й тривожного) в адаптивні (гармонійний і ергопатичний) та розвиток особистісного ресурсу за рахунок особистісної реалізації, поліпшення особистісних стосунків і відчуття підтримки близьких, що визначає високий рівень сприйняття якості життя.

У ході роботи була проведена динамічна оцінка якості життя хворих на БАП під впливом психоосвіти (за методикою SF-36). У хворих основної групи достовірно покращилися всі показники якості життя, порівняно з пацієнтами групи контролю.

Висновки

Отримані результати дослідження дозволяють зробити висновок, що розроблена психоосвітня програма в структурі комплексної терапії БАП не тільки збільшує обсяг знань пацієнтів, підсилює їх впевненість у боротьбі з хворобою, а й одночасно з цим дозволяє вирішити непрямі завдання терапії: покращити можливості в сфері впевненої поведінки, удосконалити комунікативні навички та навички повсякденного життя, сформувати нові стратегії вирішення проблем, підвищити рівень соціальної успішності. Таким чином, психоосвіта допомагає вирішити проблему соціальної реінтеграції хворого.

Список використаної літератури

1. Кожина А. М. Современные стратегии в терапии биполярного аффективного расстройства / А. М. Кожина, Л. М. Гайчук // Психичне здоров'я. – 2009. – Т. 3–4 (24–25). – С. 60–62.
2. Марута Н. А. Биполярные расстройства: распространенность, медико-социальные последствия, проблемы диагностики / Н. А. Марута // Нейро News. – 2011. – № 2 (29). – С. 19–24.
3. Марута Н. О. Когнітивні порушення у хворих на біполярний афективний розлад (клініка, діагностика, терапія) / Н. О. Марута, Г. М. Вербенко // Український вісник психоневрології. – 2016. – Т. 24, Вип. 3 (88). – С. 5–10.
4. Очеретяная Н. Биполярное расстройство: клинический обзор / Н. Очеретяная // Здоров'я України. – 2011. – № 4 (19). – С. 36–37.
5. Тахташова Д. Р. Програма диференційованої профілактики суїцидальної поведінки у хворих з біполярними афективними розладами / Д. Р. Тахташова // Український вісник психоневрології. – 2014. – Т. 22, Вип. 1 (78). – С. 91–96.

6. Хаустова Е. А. Современные аспекты диагностики и лечения биполярной депрессии / Е. А. Хаустова, В. Г. Безшеико, А. П. Романов // Нейро News. – 2012. – № 1 (36). – С. 38–42.
7. Чабан О. С. Биполярная депрессия: проблемы диагностики и терапии / О. С. Чабан, Е. А. Хаустова // Нейро News. – 2011. – № 5 (32). – С. 18–22.
8. Trotta A. Do premorbid and post-onset cognitive functioning differ between schizophrenia and bipolar disorder? A systematic review and meta-analysis / A. Trotta, R. M. Murray, J. H. MacCabe // Psychol. Med. – 2015. – Vol. 45, issue 2. – P. 381–394. DOI:10.1017/S0033291714001512.
9. Cognition and functioning in bipolar depression / N. S. Kapczynski, J. C. Narvaez, P. V. Magalhães [et al.] // Rev. Bras. Psiquiatr. – 2016. – Vol. 38, issue 3. – P. 201–206. DOI: 10.1590/1516-4446-2014-1558.
10. Clinical management and burden of bipolar disorder: results from a multinational longitudinal study (WAVE-bd) / E. Vieta, J. M. Langosch, M. L. Figueira [et al.] // International Journal of Neuropsychopharmacology. – 2013. – Vol. 16, issue 8. – P. 1719–1732. DOI:10.1017/S1461145713000278.

References

1. Kozhyna, H. M., & Haichuk, L. M. (2009). Sovremennye strategii v terapii bipolar'nogo affektivnogo rasstrojstva [Current strategies in the treatment of bipolar affective disorder]. *Psikhichne zdorov'ia – Mental health*, issue 3–4 (24–25), pp. 60–62. (In Russian).
2. Maruta, N. O. (2011). Bipoljarnye rasstrojstva: rasprostranennost', mediko-social'nye posledstvija, problemy diagnostiki [Bipolar disorder: prevalence, medical and social consequences, problems of diagnosis]. *NeiroNews – NeuroNews*, no. 2 (29), pp. 19–24. (In Russian).
3. Maruta, N. O., & Verbenko, H. M. (2016). Kognitivni porushennia u khvorykh na bipoljarnyi afektivnyi rozlad (klinika, diahnostryka, terapiia) [Cognitive impairments in patients with bipolar affective disorder (clinical features, diagnosis, therapy)]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohii – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 24, issue 3 (88), pp. 5–10. (In Ukrainian).
4. Ocheretiana, N. (2011). Bipoljarnoe rasstrojstvo: klinicheskij obzor [Bipolar Disorder: A Clinical Overview]. *Zdorovia Ukrainy – Ukraine's Health*, no. 4 (19), pp. 36–37. (In Russian).
5. Takhtashova, D. R. (2014). Prohrama dyferentsiivanoi profilaktyky suitsydalnoi povedinky u khvorykh z bipoljarnymi afektivnymi rozladamy [Program for a differentiated prevention of a suicidal behavior in patients with bipolar affective disorders]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohii – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 22, issue 1 (78), pp. 91–96. (In Ukrainian).
6. Khaustova, O. O., Bezsheiko, V. H., & Romaniv, O. P. (2012). Sovremennye aspekty diagnostiki i lechenija bipolar'noj depressii [Modern aspects of diagnosis and treatment of bipolar depression]. *NeiroNews – NeuroNews*, no. 1 (36), pp. 38–42. (In Russian).
7. Chaban, O. S., & Khaustova, O. O. (2011). Bipoljarnaja depressija: problemy diagnostiki i terapii [Bipolar depression: problem diagnosis and therapy]. *NeiroNews – NeuroNews*, no. 5 (32), pp. 18–22. (In Russian).
8. Trotta, A., Murray, R. M., & MacCabe, J. H. (2015). Do premorbid and post-onset cognitive functioning differ between schizophrenia and bipolar disorder? A systematic review and meta-analysis. *Psychol. Med.*, vol. 45, issue 2, pp. 381–394. DOI:10.1017/S0033291714001512.
9. Kapczynski, N. S., Narvaez, J. C., Magalhães, P. V., Bücker, J., Peuker, A. C., Loreda, A. C., & Gama, C. S. (2016). Cognition and functioning in bipolar depression. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, vol. 38, issue 3, pp. 201–206. DOI:10.1590/1516-4446-2014-1558.
10. Vieta, E., Langosch, J. M., Figueira, M. L., Souery, D., Blasco-Colmenares, E., Medina, E., ... Bellivier, F. (2013). Clinical management and burden of bipolar disorder: results from a multinational longitudinal study (WAVE-bd). *International Journal of Neuropsychopharmacology*, vol. 16, issue 8, pp. 1719–1732. DOI:10.1017/S1461145713000278.

ПРИНЦИПЫ И АЛГОРИТМ ПСИХООБРАЗОВАНИЯ БОЛЬНЫХ БИПОЛЯРНЫМ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ О. Ю. Резуненко

Актуальность. Современные научные исследования биполярного аффективного расстройства (БАП) посвящены обновлению концепции психосоциальной реабилитации больных, их социальной реинтеграции и улучшению качества жизни.

Цель – разработать принципы и алгоритм проведения психообразовательной программы в комплексном лечении и реабилитации больных БАП.

Материалы и методы. Проведено комплексное клинико-психопатологическое, клинико-анамнестическое и психодиагностическое обследование 158 больных БАП обоих полов. Основную группу составили 94 больных, которые получали регламентированную психофармакотерапию и принимали участие в психообразовательной программе; контрольную группу – 64 больных, получавших только стандартную регламентированную терапию.

Результаты. Изучены социально-демографические и клинико-психопатологические особенности пациентов обеих групп. Разработана и апробирована система психообразования в комплексной реабилитации больных, включающая в себя использование информационного тренинга, тренинга формирования приверженности к терапии и интерперсонального взаимодействия, тренинга улучшения комплаенса, приемы когнитивно-поведенческой психотерапии, проблемно-ориентированных дискуссий. Проведение психообразовательной программы в комплексном лечении пациентов с БАП способствует выраженной положительной динамике уровня социального функционирования, трансформации копинг-стратегий, переходу дезадаптивных типов отношения к болезни в адаптивные, развитию личностного ресурса, что достоверно ($p < 0,05$) превышает соответствующие изменения в контрольной группе.

Выводы. Разработанная психообразовательная программа в структуре комплексной терапии БАП увеличивает объем знаний, усиливает уверенность в борьбе с болезнью и способствует достижению косвенных задач терапии, таких как улучшение возможностей в сфере уверенного поведения, совершенствование коммуникативных навыков и навыков повседневной жизни, формирование новых стратегий решения проблем, повышение уровня социальной успешности, таким образом помогая решить проблему социальной реинтеграции больного.

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство, психообразование, психосоциальная реабилитация.

PRINCIPLES AND ALGORITHM OF PSYCHOEDUCATION OF PATIENTS WITH BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER

O. Yu. Rezenko

Background. Modern scientific researches of bipolar affective disorder (BAD) is devoted to the renewal of the concept of psychosocial rehabilitation of patients, their social reintegration and improvement of the quality of life.

Objective – to develop the principles and algorithm for conducting a psycho-educational program in the complex treatment and rehabilitation of patients with BAD.

Materials and methods. We conducted a comprehensive clinical-psychopathological, clinical-anamnestic and psychodiagnostic examination of 158 patients with BAD of both sexes. The main group consisted of 94 patients, who received standard psychopharmacotherapy and took part in the psycho-educational program. Control group consisted of 64 patients, who were received only standard psychopharmacotherapy.

Results. We studied sociodemographic and clinical-psychopathological peculiarities of patients of both groups, and then developed and tested the system of psychoeducation in complex rehabilitation of patients. It included the use of information training, training of adherence to therapy and interpersonal interaction, training in improving compliance, methods of cognitive-behavioral psychotherapy, problem-oriented discussions. Carrying out a psychoeducational program in the complex treatment of patients with BAD in the main group promoted a pronounced positive dynamics of the level of social functioning, transformation of coping strategies, the transition of maladaptive types of attitude towards the disease into adaptive ones, the development of a personal resource, which significantly ($p < 0.05$) exceeds the corresponding changes in the control group.

Conclusions. The developed psycho-educational program in the complex therapy of BAD increases the amount of knowledge, strengthens confidence in fighting disease and contributes to the achievement of indirect therapeutic tasks, such as improving opportunities in the field of confident behavior, improving communication skills and skills of daily life, developing new strategies for solving problems, increasing the level of social success, thus helping to solve the problem of social reintegration of the patient.

Keywords: bipolar affective disorder, psychoeducation, psychosocial rehabilitation.

Стаття надійшла до редакції 28.09.2016 р.

РЕЗУНЕНКО Олег Юрійович, здобувач кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету, лікар-нарколог Харківського медичного центру «Альтернатива», м. Харків, Україна; e-mail: ol84eg@ukr.net

РЕЗУНЕНКО Олег Юрьевич, соискатель кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Харьковского национального медицинского университета, врач-нарколог Харьковского медицинского центра «Альтернатива», г. Харьков, Украина; e-mail: ol84eg@ukr.net

REZUNENKO Oleg Yuriiovich, competitor of PhD degree of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine; e-mail: ol84eg@ukr.net