20. Groenewegen, K. H. Increased Systemic Inflammation Is a Risk Factor for COPD Exacerbations [Text] / K. H. Groenewegen, D. S. Postma, W. C. J. Hop, P. L. M. L. Wielders, N. J. J. Schlösser, E. F. M. Wouters // Chest. – 2008. – Vol. 133, Issue 2. – P. 350–357. doi: 10.1378/chest.07-1342

21. Barnes, P. J. Systemic manifestations and comorbidities of COPD [Text] / P. J. Barnes, B. R. Celli // European Respiratory Journal. – 2009. – Vol. 33, Issue 5. – P. 1165–1185. doi: 10.1183/09031936.00128008

Рекомендовано до публікації д-р мед. наук Яшина Л. О.
Дата надходження рукопису 22.05.2017

Назаренко Ксенія Володимирівна, кандидат медичних наук, відділення пульмонології, ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського», вул. Амосова, 10, м. Київ, Україна, 03680
E-mail: k.nazarenko123@gmail.com

УДК: 616.895.8-08-039.76-039.11+00.891
DOI: 10.15587/2519-4798.2017.108070

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПСИХООСВІТИ У СТРУКТУРІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА БІПОЛЯРНИЙ АФЕКТИВНИЙ РОЗЛАД

© О. Ю. Резуненко

Проведена оцінка ефективності психоосвіти в реабілітації хворих, яка включає використання тренінгових впливів когнітивної психотерапії, орієнтованих дискусій.
На тлі проведення психоосвітньої програми у системі реабілітації встановлена виражена позитивна динаміка рівня соціального функціонування у хворих на біполярний афективний розлад, позитивна трансформація копінгу, перехід дезадаптивних типів відносини до хвороби в адаптивні, підвищення рівня якості життя
***Ключові слова**: біполярний афективний розлад, психоосвіта, реабілітація, соціальне функціонування, копінг-стратегії, якість життя*

1. Вступ

В даний час проблема психосоціальної реабілітації хворих на біполярний афективний розлад (БАР), є однією з пріоритетних для психіатрії та медичної психології [1]. Враховуючи хронічний характер БАР з формуванням різних психопатологічних утворень в різні періоди хвороби, очевидно, що тільки комплексна терапія у поєднанні з сучасними методами психосоціальної реабілітації може забезпечити стабілізацію стану та збереження соціальної адаптації та соціального функціонування цього контингенту хворих [2, 3].

Українські реалії щодо розповсюдження біполярного афективного розладу та його медико-соціальних наслідків відповідають загальносвітовій тенденції, а саме за даними ВООЗ, 150 млн осіб у світі страждають на великий депресивний розлад, 30 млн осіб – на біполярний афективний розлад, а понад 16 млн осіб у віці до 60 років щорічно втрачають працездатність внаслідок уніполярної та біполярної депресії [4]. Сучасні наукові дослідження щодо біполярного афективного розладу присвячені оновленню концепції психосоціальної реабілітації хворих, їх соціальній реінтеграції та покращенню якості життя [5].

2. Обгрунтування дослідження

Реабілітація психічно хворих не обмежується усуненням психопатологічної симптоматики і повинна бути націлена на створення для них оптимальних умов соціального функціонування, підвищення якості життя, здатності до самостійної активної діяльності – в сучасних умовах ця проблема набуває особливої важливості [6].

У зв'язку з цим гостро відчувається необхідність розробки комплексних реабілітаційних програм та їх впровадження в практику роботи психіатричних установ [7]. Відомо, що важливу роль в реабілітаційному процесі відіграє психоосвітнє середовище [8]. Метою психоосвіти є залучення пацієнта в процес активної зміни власної поведінки. Ця мета конкретизується у вигляді профілактики рецидивів, підвищення комплайєнсу [9].

Актуальність використання психоосвітніх програм у структурі реабілітаційних заходів у хворих на БАР обумовлена необхідністю поліпшення комунікативних здібностей пацієнта, потенціювання активності у вирішенні власних проблем, розширення повноважень і більш успішного і ефективного пристосування до вимог реального оточення, що в свою чергу дозволить досягнути скорочення термінів і частоти госпіталізацій, поліпшення сімейного мікроклімату, зменшення навантаження на членів сім'ї хворих на БАР [10, 11].

Вищевикладене обумовило актуальність і необхідність проведення даного дослідження.

3. Мета дослідження

Оцінка ефективності психоосвітніх програм у комплексній психосоціальної реабілітації хворих на біполярний афективний розлад (БАР).

4. Матеріали та методи

Для досягнення поставленої мети, за умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології, на базі Харківської обласної клінічної психіатричної лікарні № 3, було проведено комплексне обстеження 158 хворих, обох статей, з встановленим діагнозом біполярний афективний розлад (F31).

Усі пацієнти отримували регламентовану психофармакотерапію згідно стандартів МОЗ України в межах забезпечення лікувального закладу. Основну групу (пацієнти якої приймали участь у психоосвітній програмі, розробленої за результатами власних досліджень) склали 94 особи, обох статей (53 жінки, 41 чоловік) у віці 25–55 років (середній вік 41±2,0 рік). В контрольну групу увійшли 64 хворих, обох статей (37 жінок, 27 чоловіків) у віці 25–55 років (середній вік 41±2,0 рік), які отримували стандартну регламентовану терапію у лікарні.

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 групи знаходився в межах від 20 до 65 років. Серед пацієнтів основної групи переважали особи у віці 41–50 років (35,9 %) та 61–65 років (25,6 %). В контролі більшість пацієнтів належала до вікових категорій 31–40 та 51–60 років (41,8 % та 27,3 %).

Усі обстежені отримували фармакотерапію у вигляді монотерапії та комбінованої терапії. Монотерапія при депресивному епізоді БАР базувалася на використанні ламотриджину або кветіапіну; при маніакальному епізоді – вальпроєвої кислоти, або оланзапіну; при маніакальному епізоді – рисперидону. Комбінована терапія перших включала застосування при депресивному епізоді БАР вальпроєвої кислоти з сертраліном; при маніакальному епізоді – поєднання вальпроєвої кислоти з оланзапіном; при змішаному епізоді – поєднання літію карбонату з вальпроєвою кислотою або рисперидоном.

Психотерапевтичний комплекс у пацієнтів з депресивним та мішаним епізодом БАР включав використання індивідуально-орієнтованої короткотермінової психодинамічної психотерапії (Карвасарський Б. Д., 1999), індивідуальної та групової когнітивно-поведінкової терапії (Beck A. T., 2006), сімейної терапії (Эйдмиллер Э. Г., 2003) та прогресивної м'язової релаксації за Jacobson E. (1963).

Основними формами психотерапевтичного впливу при маніакальному епізоді були індивідуальна раціональна психотерапія за П. Дюбуа, (1912) та групова когнітивно-поведінкова аналітична психотерапія за Д. Мак-Каллоу (2002).

Хворі основної групи поряд з фармакотерапією та психотерапією приймали участь у психоосвітній програмі.

У роботі були використані наступні методи обстеження: клініко-психопатологічний, який базувався на загальноприйнятих підходах до психіатричного обстеження шляхом інтерв'ювання та спостереження. Опитування здійснювалось із застосуванням діагностично-дослідницьких критеріїв МКХ-10.

Анамнестичне дослідження включало структуроване інтерв'ю із вивченням спадковості, впливу контекстуальних факторів на розвиток психічного захворювання.

Психодіагностичний метод включав досліджування типу відношення до хвороби й визначення типології психологічного захисту за допомогою «Особистісний опитувальник Бехтерєвського інституту (ООБІ, А. Є. Лічко, 1983); рівня соціальної фрустрованості – за однойменним опитувальником Л. І. Вассермана в модифікації В. В. Бойка (за Д. Я. Райгородським, 2008); стилів стрес-долаючої поведінки «Способи копінгу» (в адаптації Т. А. Крюкової, 2002); якості життя за опитувальником SF-36 (J. E. Ware, 1992).

5. Результати дослідження

Психоосвітній підхід відноситься до так званого навчаючого типу психосоціального втручання, при якому заняття будуються за принципом тематичного семінару з елементами соціально-поведінкового тренінгу.

Для вирішення поставленої мети була використана інтегративна модель психоосвітньої роботи, яка включала в себе використання: інформаційного тренінгу, тренінгу формування прихильності до терапії та інтерперсональної взаємодії [9] тренінгу поліпшення комплаєнсу, прийоми когнітивно-поведінкової психотерапії, проблемно-орієнтованих дискусії.

Псіхоосвітні заняття проводилися в закритих групах (тобто після початку циклу нові учасники не приймаються), з кількістю учасників від 6 до 10–15 чоловік. Кожен цикл психоосвіти складався з 10–12 занять, тривалістю 1,5–2,0 години з частотою 1–2 рази на тиждень.

Групова робота давала можливість пацієнтам обговорити отриману інформацію з другими учасниками, співвіднести її з власним досвідом. Важливе значення мав той факт, що учасники могли отримати важливу інформацію не тільки від лікаря, але і від інших учасників, обмінятися з ними досвідом, разом пошукати вирішення проблем. Заняття в групі дозволяють підтримати пацієнта на стабільному рівні функціонування, допомагають пацієнту краще розуміти характер і особливості захворювання і його вплив на пацієнта і членів його родини. Не менш значущим результатом групової програми є і те, що вона сприяє створенню додаткової мережі емоційної підтримки.

Ефективність розробленої комплексної програми терапії БАР з використанням психоосвіти здійснювалася у співставленні з традиційними заходами на підставі оцінки динаміки клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей хворих та якості життя.

Аналіз клінічних результатів використання розробленої системи показав, що в основній групі стабільна інтермісія реєструвалася у 74,5 %, покращення психічного стану – у 10,9 %, відсутність позитивної динаміки психічного стану – у 9,1 %, погіршення психічного стану – у 5,5 %. В контрольній групі ці показники дорівнювали 53,1 % – стабільна інтермісія, 12,2 % – покращення психічного стану, 28,6 % – відсутність позитивної динаміки психічного стану, 6,1 % – погіршення психічного стану та відрізнялися достовірним переважанням осіб з відсутністю динаміки й меншою кількістю осіб, які досягнули стабільної інтермісії.

На першому етапі дослідження (перед проведенням психоосвітньої роботи) у всіх обстежених хворих виявлено значну поширеність дисгармонійних типів ставлення до хвороби: іпохондричний (22,4 % обстежених), неврастенічний (19,3 %), тривожний (17,2 %), анозогностичний (9,6 %), егоцентричний (8,1 %), меланхолійний (7,2 %), сенситивний (6,2 %), ергопатичний (5,4 %), гармонійний тип відзначався лише у 4,6 %. Інтерпретація профілю шкальних оцінок дозволила виділити специфічні особливості особистісної адаптації пацієнтів на першому етапі дослідження, які полягають в інтрапсихічної спрямованості особистісного реагування на хворобу, що обумовлює порушення соціальної адаптації пацієнтів з цими типами реагування. Для обстежених хворих характерна виражена пригніченість хворобою, невіра в одужання, в ефект лікування; втрата інтересу до життя, млявість і апатія в поведінці, діяльності і міжособистісних відносинах; тривожний настрій; надмірне зосередження на суб'єктивних хворобливих та інших неприємних відчуттях. При цьому рівень інформованості про хворобу виявився пов'язаним із характером виконання лікарських призначень і ставленням до лікування: понад 50,0 % хворих, які не мали уявлення про особливості своєї хвороби, ставилися до лікування негативно або нейтрально.

Дослідження динаміки типів ставлення до хвороби у хворих основної групи продемонструвало зміни типів відношення до хвороби, що полягає в підвищенні показників гармонійного (58,2 %) і ергопатічного (33,4 %) типів у порівнянні із 10,1 % гармонійного та 8,6 % ергопатичного у хворих контрольної групи (табл. 1).

Як показали результати вивчення соціального функціонування хворих на БАР на першому етапі дослідження у обстежених хворих відмічалися порушення загальної поведінкової дисфункції у суспільстві: очевидна – 24,2 %, серйозна – 26,5 % та дуже серйозна – 28,1 % дисфункція; порушення при виконанні соціальних ролей у суспільстві: очевидна – 24,8 %, серйозна – 27,4 %, дуже серйозна – 28,6 % дисфункція; порушення функціонування пацієнтів у лікарні: без дисфункції – 2,4 %, мінімальна дисфункція – 10,9 %, очевидна – 27,1 %, серйозна – 33,5 %, дуже серйозна – 25,9 %; дисфункція модифікуючих чинників у хворих (позитивні якості пацієнта, особливі завади, домашню атмосферу, підтримку ззовні): без дисфункції – 3,4 %, мінімальна дисфункція – 13,1 %, очевидна – 25,6 %, серйозна –24,1 %, дуже серйозна – 34,2 % обстежених.

Таблиця 1

Динаміка типів ставлення до хвороби під впливом психоосвіти (%)

	І етап дослідження	ІІ етап дослідження	
		Основна група	Контрольна група
Іпохондричний	22,4	2,2	20,8
Неврастенічний	19,3	1,3	17,6
Тривожний	17,2	2,1	16,4
Анозогностичний	9,6	0,3	7,8
Егоцентричний	8,1	0,1	7,5
Меланхолійний	7,2	1,3	6,4
Сенситивний	6,2	1,1	4,8
Ергопатичний	5,4	33,4	8,6
Гармонійний	4,6	58,2	10,1

На другому етапі після завершення психоосвітньої програми встановлено, що рівень загальної поведінкової дисфункції у суспільстві в основній групі покращився на 87,4 %; у контрольній – на 66,2 %; дисфункція при виконанні соціальних ролей у суспільстві – на 75,1 % і 39,3 % відповідно; порушення функціонування пацієнтів у лікарні – в основній групі на 73,7 %; у контрольній – на 72,5 %; дисфункція модифікуючих чинників у хворих – на 82,5 % і 65,4 % відповідно.

Як показав аналіз рівня соціальної фрустрованості на першому етапі дослідження для пацієнтів основної групи був притаманний виражений фрустраційний стан – 40,9 % обстежених вказували на повну незадоволеність функціонуванням, 50,1 % на часткову незадоволеності, або неможливість обстежених адекватно оцінити рівень своєї соціальної реалізації. На другому етапі дослідження встановлено, що серед хворих основної групи переважали особи з частковою оцінкою власних соціальних досягнень, в бік задоволеності, серед осіб контрольної навпаки у бік незадоволеності наявною реалізацією. Крім того, необхідно зазначити, що в хворих основної групи більшість проблемних ситуацій, які викликали підвищений рівень соціальної фрустрованості, були саме в професійній сфері, у обстежуваних контрольній групі як у професійній та і у сімейно-побутовій.

В сфері реалізації копінг-стратегій на першому етапі дослідження у 45,2 % обстежених хворих

відмічався копінг, орієнтований на уникнення, у 28,7 % на соціальне відволікання, у 20,2 % на емоції, у 5,9 % на вирішення завдань. Після проведення комплексної терапії у хворих основної групи переважали копінг-стратегії спрямовані на вирішення завдань (42,4 %), у 22,2 % обстежених відмічався копінг спрямований на емоції, у 19,2 % на уникнення, у 16,2 % на соціальне відволікання (табл. 2).

Таблиця 2

Динаміка копінг-стратегій хворих на БАР під впливом психоосвіти (%)

Копінг-стратегії	І етап дослідження	ІІ етап дослідження	
		Основна група	Контрольна група
Уникнення	45,2	19,2	42,2
Соціальне відволікання	28,7	16,2	26,4
Емоції	20,2	22,2	21,6
Вирішення завдань	5,9	42,4	9,8

У ході роботи була проведена динамічна оцінка якості життя хворих на БАР під впливом психоосвіти (за методикою SF-36), як показали результати дослідження у хворих основної групи достовірно покращилися всі показники якості життя пацієнтів основної групи у порівнянні з групою контролю (табл. 3).

Таблиця 3

Якість життя у пацієнтів основної та контрольної груп

Шкали SF-36	Етапи дослідження			
	Основна група		Група контролю	
	І етап	ІІ етап	І етап	ІІ етап
Фізичний статус	38,0±2,6	79,4± 3,6	37,8±2,5	64,3±3,6
Психічний статус	35,9±2,4	79,7±3,5	35,7±2,4	56,3±3,2

Як показали результати дослідження 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 відносини до хвороби (апатичного, меланхолійного, іпохондрії чеського і тривожного) в адаптивні (гармонійний і ергопатічний) та розвиток особистісного ресурсу за рахунок особистісної реалізації, поліпшення особистісних відносин і відчуття підтримки близьких, що визначає високий рівень сприйняття якості життя.

6. Обговорення результатів дослідження

Як показали результати дослідження використання розробленої інтегративної моделі психоосвітньої роботи показало високу результативність в порівнянні з традиційним комплексним лікуванням та реабілітаціей хворих на БАР щодо редукції психопатологічної симптоматики. У хворих основної групи стабільна інтермісія реєструвалася у 74,5 %, покращення психічного стану – у 10,9 %, відсутність позитивної динаміки психічного стану – у 9,1 %, погіршення психічного стану – у 5,5 %. В контрольній групі ці показники дорівнювали інтермісія – 53,1 %, покращення психічного стану – 12,2 %, відсутність позитивної динаміки психічного стану – 28,6 %, погіршення психічного стану 6,1 % та відрізнялися достовірним переважанням осіб з відсутністю динаміки й меншою кількістю осіб, які досягнули стабільної інтермісії.

На фоні використання психоосвітніх заходів встановлена виражена позитивна динаміка рівня соціального функціонування у хворих основної групи, яким у традиційний комплекс лікувально-реабілітаційних заходів була включена психоосвіта, що достовірно. перевищує відповідні зміни в контрольній групі. Відмічена позитивна трансформація копінг-стратегій (активація адаптивних форм подолання, орієнтованих на соціальну підтримку, аналітичний підхід до вирішення проблем), перехід дезадаптивних типів відносини до хвороби (апатичного, меланхолійного, іпохондричного і тривожного) в адаптивні (гармонійний і ергопатічний). Психоосвіта сприяла розвитку особистісного ресурсу за рахунок особистісної реалізації, поліпшенню особистісних відносин і відчуття підтримки близьких, що визначло високий рівень сприйняття якості життя.

Таким чином, використання психоосвіти у системі психосоціальної реабілітації хворих на БАР приводить до відновлення їх соціальної активності і успішної ресоціалізації. Що в свою чергу підтверджує дослідження кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету – науково-методичного центра з психоосвіти МОЗ України, та свідчать, що психоосвіта не тільки збільшує об'єм знань, посилює впевненість у боротьбі з хворобою, але й вирішує проблему соціальної реінтеграції хворого.

Отримані дані, щодо ефективності психоосвіти у терапії та психосоціальній реабілітації психічно хворих корелюють з даними зарубіжних дослідників [12, 13] та свідчать про необхідність подальшої розробки психоосвітніх заходів для хворих на психічні розлади та членів їх родин, що буде сприяти формуванню у хворих і членів їх сімей адекватного уявлення про психічні розлади і залучення до адекватної участі в лікувально-відновлювальних заходах, дозволить знизити рівень стигматизації та самостігматізації хворих та покращити якість їх життя.

7. Висновки

1. Запропонована система психоосвіти хворих на БАР, показала високу результативність в порівнянні з традиційним реабілітаційним комплексом.

2. Встановлена виражена позитивна динаміка рівня соціального функціонування, позитивна трансформація копінг-стратегій, перехід дезадаптивних типів відносини до хвороби в адаптивні, підвищення рівня особистісної реалізації та якості життя у хворих основної групи, яким у традиційний комплекс лікувально-реабілітаційних заходів була включена психоосвіта, що достовірно перевищує відповідні зміни в контрольній групі.

Література

1. Kapczinski, N. S. Cognition and functioning in bipolar depression [Text] / N. S. Kapczinski, J. C. Narvaez, P. V. Magalhães, J. Bücker, A. C. Peuker, A. C. Loredo et. al. // Revista Brasileira de Psiquiatria. – 2016. – Vol. 38, Issue 3. – P. 201–206. doi: 10.1590/1516-4446-2014-1558

2. Тахташова, Д. Р. Програма диференційованої профілактики суїцидальної поведінки у хворих з біполярними афективними розладами [Текст] / Д. Р. Тахташова // Український вісник психоневрології. – 2014. – Т. 22, Вип. 1 (78). – С. 91–96.

3. Хаустова, Е. А. Современные аспекты диагностики и лечения биполярной депрессии [Текст] / Е. А. Хаустова, В. Г. Безшейко, А. П. Романив // Нейро News. – 2012. – № 1 (36). – С. 38–42.

4. Марута, Н. О. Когнітивні порушення у хворих на біполярний афективний розлад (клініка, діагностика, терапія) [Текст] / Н. О. Марута, Г. М. Вербенко // Український вісник психоневрології. – 2016. – Т. 24, Вип. 3 (88). – С. 5–10.

5. Vieta, E. Clinical management and burden of bipolar disorder: results from a multinational longitudinal study (WAVE-bd) [Text] / E. Vieta, J. M. Langosch, M. L. Figueira, D. Souery, E. Blasco-Colmenares, E. Medina et. al. // The International Journal of Neuropsychopharmacology. – 2013. – Vol. 16, Issue 08. – P. 1719–1732. doi: 10.1017/s1461145713000278

6. Kapczinski, N. S. Cognition and functioning in bipolar depression [Text] / N. S. Kapczinski, J. C. Narvaez, P. V. Magalhães, J. Bücker, A. C. Peuker, A. C. Loredo et. al. // Revista Brasileira de Psiquiatria. – 2016. – Vol. 38, Issue 3. – P. 201–206. doi: 10.1590/1516-4446-2014-1558

7. Чабан, О. С. Биполярная депрессия: проблемы диагностики и терапии [Текст] / О. С. Чабан, Е. А. Хаустова // НейроNews. – 2011. – № 5 (32). – С. 18–22.

8. Кожина, А. М. Современные стратегии в терапии биполярного аффективного расстройства [Текст] / А. М. Кожина, Л. М. Гайчук // Психічне здоров'я. – 2009. – Т. 3-4 (24-25). – С. 60–62.

9. Марута, Н. О. Особливості клінічної симптоматики на різних стадіях перебігу біполярного афективного розладу [Текст] / Н. О. Марута, Г. М. Вербенко // Український вісник психоневрології. – 2014. – Т. 22, Вип. 3 (80). – С. 77–82.

10. Очеретяная, Н. Биполярное расстройство: клинический обзор [Текст] / Н. Очеретяная // Здоров'я України. – 2011. – № 4 (19). – С. 36–37.

11. Trotta, A. Do premorbid and post-onset cognitive functioning differ between schizophrenia and bipolar disorder? A systematic review and meta-analysis [Text] / A. Trotta, R. M. Murray, J. H. MacCabe // Psychological Medicine. – 2014. – Vol. 45, Issue 02. – P. 381–394. doi: 10.1017/s0033291714001512

12. Cole, A. J. Patterns of treatment resistance in bipolar affective disorder [Text] / A. J. Cole, J. Scott, I. N. Ferrier, D. Eccleston // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 1993. – Vol. 88, Issue 2. – P. 121–123. doi: 10.1111/j.1600-0447.1993.tb03424.x

13. Sachs, G. S. Strategies for improving treatment of bipolar disorder: integration of measurement and management [Text] / G. S. Sachs // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 2004. – Vol. 110, Issue s422. – P. 7–17. doi: 10.1111/j.1600-0447.2004.00409.x

Рекомендовано до публікації д-р мед. наук, професор Кожина Г. М.
Дата надходження рукопису 19.05.2017

Резунено Олег Юрійович, лікар психіатр, Харківський медичний центр «Альтернатіва», вул. Черноморська, 3, м. Харків, Україна, 61000
E-mail: rezunenko201@gmail.com