

УДК 612.015

О. Ю. РЕЗУНЕНКО

ПСИХООСВІТНІ ПРОГРАМИ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА БІПОЛЯРНИЙ АФЕКТИВНИЙ РОЗЛАД

Харківський національний медичний університет

Проведено комплексне обстеження 150 хворих із діагнозом біполярний афективний розлад у період стабілізації стану. Запропоновано інтегративну модель психоосвітньої програми, яка містить використання індивідуальних і групових методів і складається з трьох етапів: початкового, терапевтичного, заключного. Установлено високу результативність психоосвіти порівняно з традиційною комплексною терапією та реабілітацією хворих на біполярний афективний розлад. Доведено, що психоосвіта не тільки підсилює впевненість у боротьбі з хворобою, але й вирішує проблему соціальної реінтеграції хворого.

Ключові слова: психоосвіта, біполярний афективний розлад, якість життя, соціальне функціонування.

У теперішній час проблема біполярних афективних розладів (БАР) є однією з пріоритетних для клінічної практики та теоретичної психіатрії. Показник захворюваності на психічні розлади в Україні у 2010 р. дорівнює 232,4 на 100 000 населення, при цьому згідно зі статистичними даними частка хворих на БАР становить 5% від усіх психічно хворих, які госпіталізуються у стаціонар [1–3].

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 — у сучасних умовах ця проблема набуває особливої важливості [4, 5].

У зв'язку з цим гостро відчувається необхідність розробки комплексних реабілітаційних програм та їх впровадження в практику роботи психіатричних установ. Відомо, що важливу роль у реабілітаційному процесі відіграє психосоціальне

втручання. Судячи із закордонних джерел, великий потенціал має психоосвіта (psychoeducation), яка посідає особливе місце в структурі реабілітаційних заходів. Це поетапно здійснювана система психотерапевтичних впливів, які передбачають інформування пацієнта та його родичів про психічні розлади та їх навчання методів подолання специфічних проблем, обумовлених проявами захворювання. Метою психоосвіти є залучення пацієнта до процесу активної зміни власної поведінки, вона конкретизується у вигляді профілактики рецидивів, підвищення комплаєнсу [6, 7].

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, ефективного пристосування до вимог реального оточення, що, у свою чергу, дасть змогу досягти скорочення

строків і числа госпіталізацій, поліпшення сімейного мікроклімату, зменшення навантаження на членів сім'ї хворих [8–10].

Мета цього дослідження — оцінка ефективності психоосвітніх програм у комплексній реабілітації хворих на БАР і розробка оптимальних методів її застосування.

Для вирішення поставленого завдання нами з дотриманням принципів біоетики і деонтології та відповідно до Закону України «Про психіатричну допомогу» було проведено комплексне обстеження 150 хворих обох статей віком від 20 до 55 років із встановленим діагнозом: БАР у період стабілізації стану.

У клінічній картині спостерігались депресивні й маніакальні фази різної структури. Типовими афективними станами були, насамперед, класична циркулярна депресія і манія.

Усі пацієнти отримували регламентовану психофармакотерапію згідно зі стандартами МОЗ України у межах забезпечення лікувального закладу. Основну групу (пацієнти якої брали участь у психоосвітній програмі, розробленій за результатами власних досліджень) становили 100 осіб. В контрольну групу увійшли 50 хворих, які отримували стандартну регламентовану терапію у лікарні.

У ході роботи нами за допомогою спеціально розробленого опитувальника було проведено вивчення особливостей інформаційного дефіциту, що стосується багатьох питань, які пов'язані з психічними розладами серед хворих на БАР та їхніх родичів. Як показали результати дослідження, найважливішою є достовірна інформація про причини виникнення психічних захворювань; розпізнавання ознак загострення та необхідна у такому разі допомога; ліки, які використовуються для лікування БАР, механізми їх дії, можливі побічні ефекти; юридичні аспекти, що пов'язані з психічним захворюванням; механізми подолання стресу.

Базуючись на отриманих даних, ми розробили таку систему заходів психоосвітньої роботи.

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

2. Зниження у пацієнтів і членів їхніх родин рівня стигматизованості та самостигматизованості.

3. Зниження емоційного напруження, що викликане фактом і проявами психічного захворювання.

4. Формування у хворих і членів їхніх родин адекватного уявлення про захворювання.

5. Корекція спотворених хворобою соціальних позицій пацієнтів і покращання їхніх комунікативних здібностей.

6. Вироблення у хворих та їхніх родичів комплаєнсу (усвідомленого дотримання приписаного режиму лікування).

7. Забезпечення «психосоціальної підтримки», коли група хворих є постійним джерелом підтримки й одночасно терапевтичним середовищем, у якому пацієнти можуть у безпечних умовах відпрацьовувати адекватні навички поведінки, спілкування, подолання складних ситуацій.

8. Поліпшення адаптації пацієнта і його родини.

9. Поліпшення якості життя хворого.

Психоосвітня програма, розрахована на індивідуальну та групову форми проведення, складається з трьох етапів.

I етап — початковий, проводився в індивідуальній формі з використанням раціональної психотерапії. Метою цього етапу було роз'яснення пацієнтові особливостей клінічних проявів БАР, необхідності прийому медикаментів, спрямованих на купірування симптомів захворювання. Проводилася мотивація пацієнтів до виконання психологічних тренінгів, направлених на формування соціально-адаптивних навичок. Кількість бесід — 2–3 залежно від досягнення комплаєнтності відносин між лікарем і пацієнтом.

II етап — терапевтичний, полягав у груповій формі роботи. На зустрічах обговорювалися всі ключові питання, що стосуються психічного здоров'я. Тривалість заняття становила до 1,5 год, кількість зустрічей — від 5 до 10. Метою цього етапу було: відновлення соціального функціонування пацієнтів за рахунок зміни їх ставлення до хвороби, до свого «Я», сприйняття себе як особистості, здатної впоратися з виникаючими проблемами, обумовленими хворобою; попередження аутоагресивних тенденцій і зміна звичних патологічних копінг-стратегій. На тлі сформованої безпечної для пацієнта обстановки, яка знижує загальний тривожний фон в учасників групи, використовувалися прийоми когнітивно-поведінкової психотерапії, тренінгові впливи (інформаційний тренінг, тренінг позитивного самосприйняття, тренінг формування комунікативних умінь і навичок, тренінг вирішення проблем міжособистісної взаємодії). Як форма психотерапевтичного втручання також використовувалася групова дискусія, у процесі якої обговорювалися можливі способи подолання власних хворобливих станів, аналізувалися варіанти адаптивних поведінкових реакцій. Також застосовувалася сімейна психотерапія, спрямована на усунення емоційних порушень у сім'ї, формування підтримки і розуміння переживань хворого. Це приводило до нових варіантів розвитку сімейної взаємодії, значно знижувався загальний рівень тривоги у хворих від «нерозуміння» до

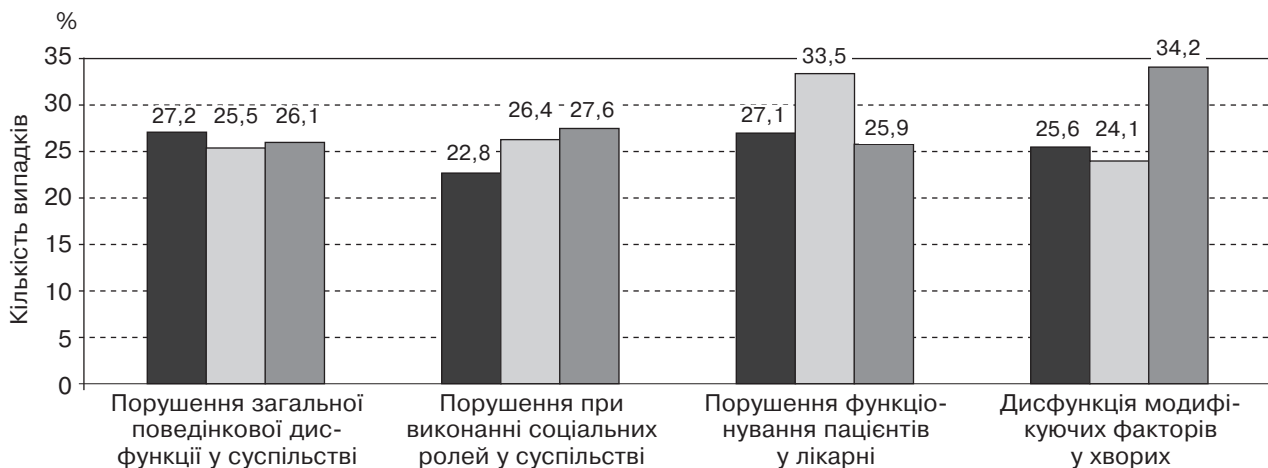


Рис. 1. Показники соціального функціонування хворих на біполярний афективний розлад до проведення психоосвітніх програм: ■ — очевидна дисфункція; □ — серйозна дисфункція; ▒ — дуже серйозна дисфункція

усвідомлення, в яких випадках і куди звертатися по допомогу при зміні їхнього психічного стану.

III — заключний. Метою етапу було закріплення нових позитивних психосоціальних тенденцій, форм реагування і варіантів поведінки у разі загострення БАР, а також адекватних і конструктивних форм міжособистісної взаємодії шляхом виконання функціональних тренінгів із подальшим обговоренням та аналізом результатів їх виконання. Цей етап спрямований на соціальну реабілітацію хворих із БАР. Загалом проводилося 3–4 зустрічі.

Відповідно до отриманих у ході роботи даних на фоні проведення комплексної терапії із застосуванням психоосвітніх заходів відзначалися швидка редукція психопатологічної симптоматики, нормалізація емоціонального стану, стабілізація поведінки хворих, поліпшення когнітивних показників, підвищення психофізичної активності пацієнтів, що дозволило розширити контакти з оточуючими, відновити звичний руховий режим.

Як показали результати вивчення соціального функціонування хворих на БАР, на першому етапі дослідження (до початку проведення психоосвітніх програм) в обстежених хворих відзначалися порушення загальної поведінкової дисфункції у суспільстві: очевидна — в 27,2% випадків, серйозна — в 25,5% і дуже серйозна — в 26,1% спостережень дисфункція; порушення при виконанні соціальних ролей у суспільстві: очевидне — у 22,8% пацієнтів, серйозне — у 26,4%, дуже серйозне — у 27,6%; порушення функціонування пацієнтів у лікарні без дисфункції спостерігалися в 2,4% випадків, мінімальна дисфункція — в 10,9%, очевидна — в 27,1%, серйозна — в 33,5%, дуже серйозна — в 25,9%; дисфункція модифікуючих факторів у хворих (гідність пацієнта, особливі перешкоди, домашня атмосфера, підтримка ззовні) визначалася у 3,4%, мінімальна — у 13,1%,

очевидна — у 25,6%, серйозна — у 24,1%, дуже серйозна — у 34,2% обстежених (рис. 1).

На другому етапі після завершення психоосвітньої програми було встановлено, що рівень загальної поведінкової дисфункції у суспільстві в основній групі знизився на 87,4%, в 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%, в контрольній — на 72,5%; дисфункція модифікуючих факторів у хворих — на 82,5 і 65,4% відповідно.

За результатами катамнестичного спостереження в основній групі на тлі проведеної комплексної терапії з використанням психоосвітнього втручання у 82,2% хворих було досягнуто стійкий терапевтичний ефект, який зберігався протягом двох років, у 11,1% пацієнтів стан залишався без динаміки і у 6,7% — відзначався рецидив захворювання.

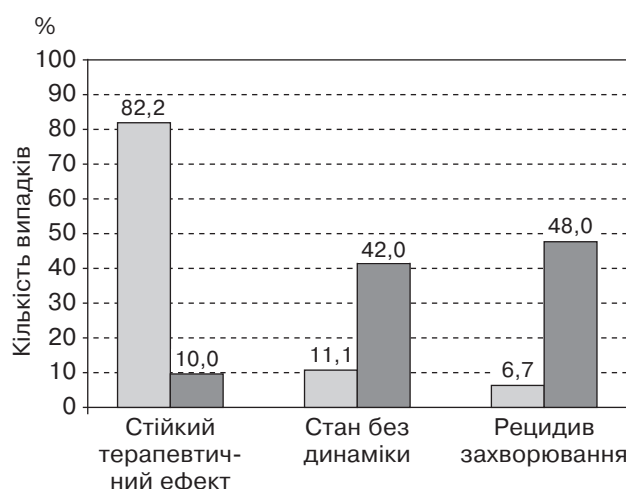


Рис. 2. Результати катамнестичного спостереження в обох групах хворих: □ — основна група; ▒ — група контролю

У групі контролю поліпшення стану спостерігалось лише у 10% пацієнтів, у 48% реєструвалася госпіталізація у зв'язку з рецидивом захворювання. Критеріями ефективності були: стійкість ремісії, частота госпіталізацій, якість життя, рівень тривоги, поліпшення психічного стану (рис. 2).

Таким чином, комплексний підхід до терапії БАР, який містив психофармакотерапію у поєднанні з психоосвітніми програмами, приводить до відновлення соціальної активності й успішної ресоціалізації хворих. Це, у свою чергу, свідчить про те, що психоосвіта не тільки посилює впевненість у боротьбі з хворобою, але й вирішує проблему соціальної реінтеграції хворого.

Список літератури

1. Основные направления реабилитации больных с психическими расстройствами в отделении медико-социальной реабилитации / В. А. Абрамов, О. Г. Студзинский, Т. Л. Ряполова [и др.] // Укр. вісн. психоневрології.— 2007.— Т. 15, вип. 1 (50).— С. 146–147.
2. Бурчинский С. Г. Нейролептики в фармакотерапии биполярных аффективных расстройств: возможности выбора / С. Г. Бурчинский // Нейронews.— 2009.— № 4 (15).
3. Кожина А. М. Роль психообразовательных программ в оказании психиатрической помощи / А. М. Кожина, Л. М. Гайчук, Г. А. Самардакова // Укр. вісн. психоневрології.— 2010.— Т. 18, вип. 3 (64).— С. 130.
4. Кожина А. М. Психообразование как неотъемлемая составляющая медико-психологической реабилитации больных шизофренией / А. М. Кожина, В. Е. Кришталь, Е. И. Сухоиванова // Укр. вісн. психоневрології.— 2012.— Т. 20, вип. 1 (70).— С. 44–45.
5. Левада О. А. Современные аспекты изучения биполярных расстройств / О. А. Левада // Нейронews.— 2009.— № 4 (15).
6. Марута Н. О. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні / Н. О. Марута // Нейронews.— 2010.— № 5 (24).— С. 83–90.
7. Марценковский И. А. Некоторые особенности дифференциальной диагностики и лечения биполярного аффективного расстройства в педиатрической практике / И. А. Марценковский, Я. Б. Бикшаева, И. И. Марценковская // Нейронews.— 2009.— № 1 (12).— С. 54–60.
8. Михайлов Б. В. Современное состояние проблемы шизофрении (обзор литературы) / Б. В. Михайлов // Укр. вісн. психоневрології.— 2010.— Т. 18, вип. 4 (65).— С. 39–47.
9. Пшук Н. Г. Предикторы формування процесу психосоціальної реабілітації психічнохворих / Н. Г. Пшук // Укр. вісн. психоневрології.— 2010.— Т. 18, вип. 3 (64).— С. 145.
10. Хобзей М. К. Соціально-орієнтована психіатрична допомога в Україні: проблеми та рішення / М. К. Хобзей, П. В. Волошин, Н. О. Марута // Укр. вісн. психоневрології.— 2010.— Т. 18, вип. 3 (64).— С. 10–14.

ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ БИПОЛЯРНЫМ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

О. Ю. РЕЗУНЕНКО

Проведено комплексное обследование 150 больных с диагнозом биполярное аффективное расстройство в период стабилизации состояния. Предложена интегративная модель психообразовательной программы, которая включает использование индивидуальных и групповых методов и состоит из трех этапов: начального, терапевтического и заключительного. Установлена высокая результативность психообразования по сравнению с традиционной комплексной терапией и реабилитацией больных биполярным аффективным расстройством. Доказано, что психообразование не только усиливает уверенность в борьбе с болезнью, но и решает проблему социальной реинтеграции больного.

Ключевые слова: психообразование, биполярное аффективное расстройство, качество жизни, социальное функционирование.

PSYCHOEDUCATIONAL PROGRAMS IN REHABILITATION OF PATIENTS WITH BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER

O. Yu. REZUNENKO

A complex examination of 150 patients with the diagnosis of bipolar affective disorder during stabilization was done. An integrative model of psychoeducational work, including the use of individual and group practices and consists of three stages (primary, therapeutic and final) was suggested. High efficacy of psychoeducation v. s. traditional complex therapy and rehabilitation of patients with bipolar affective disorder was revealed. It was proven that psychoeducation not only enhances confidence in the fight against the disease, but also solves the problem of social reintegration of the patient.

Key words: psychoeducation, bipolar affective disorder, quality of life, social functioning.

Надійшла 17.04.2015