

## **Вплив психоедукації на адаптацію соматичних хворих з коморбідними психічними розладами**

Стаття присвячена сучасній проблемі – застосуванню комплексного медико-психолого-педагогічного підходу, який призводить до підвищення ефективності курації (лікувальних та реабілітаційних заходів) соматичних хворих з коморбідними психічними розладами. Виявлено істотний вплив застосування психоедукації на ефективність функціонування пацієнтів у виробничій сфері та на характер їх міжособистісного функціонування після виписки зі стаціонару. Доведено, що застосування комплексного медико-психолого-педагогічного підходу у соматичних пацієнтів з психічними розладами дає стійке і тривале покращення показників ефективності усього процесу їх курації. А також, що ефект впливу психоедукації з часом мало нівелюється, що підтверджує доцільність проведення психотерапевтичних занять як у період стаціонарного лікування, так і після виписки пацієнтів зі стаціонару. Підкреслено, що сучасна комплексна медико-психологічна допомога передбачає також застосування спеціальних педагогічних умінь, за допомогою яких лікар і психолог в кожному конкретному випадку повинен використовувати найбільш ефективні засоби впливу на пацієнтів.

**Ключові слова:** комплексний медико-психологічний підхід, соматичні хвороби, коморбідні психічні розлади, комплаєнс, психоедукація.

Статья посвящена современной проблеме – применению комплексного медико-психолого-педагогического подхода, который приводит к повышению эффективности курации (лечебных и реабилитационных мероприятий) соматических больных с коморбидными психическими расстройствами. Выявлено существенное влияние применения психоедукации на эффективность функционирования пациентов в производственной сфере и на характер их межличностного функционирования после выписки из стационара. Доказано, что применение комплексного медико-психолого-педагогического подхода у соматических пациентов с психическими расстройствами дает стойкое и длительное улучшение показателей эффективности всего процесса их курации. А также, что эффект воздействия психоедукации со временем мало нивелируется, что подтверждает целесообразность проведения психотерапевтических занятий как в период стационарного лечения, так и после выписки пациентов из стационара. Подчеркнуто, что современная комплексная медико-психологическая помощь предусматривает также применение специальных педагогических умений, с помощью которых

врач и психолог в каждом конкретном случае должен использовать наиболее эффективные способы воздействия на пациентов.

**Ключевые слова:** комплексный медико-психологический подход, соматические болезни, коморбидные психические расстройства, комплаенс, психоедукация

**Актуальність** дослідження обумовлена потребою забезпечити прийнятний рівень соціальної адаптації соматичних хворих з коморбідними психічними розладами як у період перебування на стаціонарному лікуванні, так і в періоди ремісії. Оскільки у пацієнтів загальної медичної практики, у зв'язку з недостатнім рівнем діагностики даної патології та відсутністю адекватної лікувальної допомоги відбувається порушення соціальної адаптації. Стан проблеми потребує розробки алгоритмів діагностики, лікувальної тактики при таких розладах, профілактичних та організаційних заходів, а також створення навчальних програм з даних питань для лікарів загальної медичної практики, психіатрів, медичних психологів.

**Мета дослідження** – на підставі вивчення поширеності і структури коморбідних психічних розладів у соматичних хворих визначити ефективність застосування психоедукаційних програм та їх вплив на рівень соціальної адаптації даної категорії пацієнтів.

Сучасна концепція хвороби вимагає врахування всієї сукупності змін, які стосуються біологічного рівня порушень (симптоми та синдроми), а також соціального рівня функціонування пацієнта зі зміною рольових позицій, цінностей, інтересів, кола спілкування; з переходом в принципово нову соціальну ситуацію зі своїми специфічними заборонами, приписами і обмеженнями.

Лікування соматичних хворих з коморбідними психічними розладами передбачає врахування двоскладової природи реактивних станів, структура яких розгортається у психопатологічній площині, що має відповідні синдромальні властивості, і психологічній, яка відображає усвідомлення індивідумом свого «тілесного Я», його «ставлення», «усвідомлення», «суб'єктивне сприймання» хвороби, суб'єктивний сенс захворювання, самооцінку стану здоров'я.

Структура цих розладів детермінується психологічними, соціальними, конституціональними і біологічними факторами. Для визначення психологічного рівня у вітчизняній психології використовують термін «внутрішня картина хвороби».

В численних публікаціях описані особливості психічної сфери хворих тими чи іншими соматичними захворюваннями. Існують спроби їх систематизації і класифікації. Сьогодні реко-

мендованою до застосування є класифікація, розроблена співробітниками НЦПЗ РАМН під керівництвом проф. А.Б. Смулевича.

Залежно від особливостей виникнення, перебігу та прогнозу соматичних розладів формуються і психічні порушення, може змінюватися поведінка пацієнта та його ставлення до хвороби і свого оточення. Надмірна дратівливість, плаксивість, агресивність, зниження порогу чутливості, зміни сну й апетиту, підвищена тривожність, демонстративність – далеко не повний перелік психічних змін, які виявляються у хворих з соматичною патологією.

На вираженість, тривалість та зміни психічної діяльності впливає виникнення та перебіг соматичного захворювання.

Соматичні захворювання часто спричинюють розвиток різних психічних розладів, що часто називають „соматично обумовленими психозами». Найчастіше при соматичних захворюваннях зміни психічної діяльності виражаються невротичними симптомами.

Клінічна картина соматогенних розладів залежить від характеру основного захворювання, ступеня його важкості, етапу перебігу, рівня ефективності терапевтичного впливу, а також від індивідуальних властивостей хворого: спадковості, конституції, преморбідного складу особистості, віку, статі, реактивності організму, наявності попередніх шкідливих чинників. При вираженій інтоксикації і блискавичному перебігу захворювання можливий розвиток соматогенних психозів, що супроводжується станами зміненої свідомості. Такі соматичні хвороби, як цукровий діабет, атеросклероз чи гіпертонічна хвороба можуть призводити до виникнення психоорганічних розладів.

Тривале соматичне захворювання, що обмежує соціальну активність та трудову діяльність пацієнта, часто призводить до патологічного розвитку особистості.

Принцип психосоматичної та соматопсихічної єдності є основним як для нормального функціонування організму, так і для всіх форм клінічної патології. Та при деяких захворюваннях психосоматична генеза та соматопсихічний компонент, якщо не в походженні, то у виникненні та перебігу захворювання виявляється особливо демонстративним. Усвідомлення цілісності та єдності соматичного і психічного впливає на визначення етіологічних і патогенетичних факторів у розвитку як соматопсихічних, так і психосоматичних захворювань, на вивчення ме-

ханізмів розвитку захворювань, розробку нових діагностичних методик та методів психопрофілактики і реабілітації.

Підхід до хвороби з позицій єдності соматичного та психічного компонентів, дозволяє створити програми попередження виникнення даних розладів шляхом проведення психологічної роботи з групами ризику і пом'якшення впливу преморбідних особливостей особистості.

Актуальність диктується як логікою наукових досліджень в галузі клінічної психіатрії, так і потребами практичної медицини та практичної психології. В цілому ряді досліджень продемонстровано, що психічні розлади є одним із провідних факторів, що визначають поведінку хворих, в тому числі ступінь дотримання лікарських рекомендацій.

У низці випадків, реакції, що асоціюються із проявом тривоги, депресії, іпохондрії, можуть стати передумовою для надто частих – неадекватних об'єктивній важкості соматичного страждання – звернень за консультаціями в медичні заклади, та для надмірної жорсткості обмежувального режиму, передозування медикаментозних засобів, збільшення тривалості госпіталізації.

Поява у медицині принципово нових методів лікування, призвела до значного скорочення смертності, збільшення числа станів, при яких досягнення потрібного рівня контролю над симптомами хвороби дозволяє не тільки продовжити тривалість життя пацієнта, але й, в значній мірі, повернути йому працездатність, соціалізувати його. Водночас, даний підхід до здійснення лікувального процесу неможливий без досягнення між пацієнтом та лікарем терапевтичного альянсу, що включає розробку індивідуального плану довготривалого лікування, який ґрунтується на ознайомленні пацієнта із сучасними уявленнями про терапію захворювання, навчання його навичкам розпізнавання ознак загострення соматичного і/ або психічного страждання, методам самостійного моніторингу важкості перебігу захворювання. Однак, намагання реалізації таких програм наштовхнулися на суттєві труднощі, що пов'язані із неможливістю добитися від пацієнтів необхідного рівня комплаєнсу.

Діагностика та лікування психічних розладів належить до компетенції психіатрів. Загалом погоджуючись із таким становищем, вважаємо за потрібне зазначити, що значна частина пацієнтів (10-51%) загальносоматичних стаціонарів, за даними різних авторів, страждають на неврози, психогенні розлади, акцентуації характеру та інші пограничні психічні розлади, а

отже – спершу отримують лікування від лікарів іншого профілю. Зважаючи на безупинне зближення сучасної загальної медицини та психіатрії, кожен лікар повинен не лише вміти діагностувати психічний розлад, а й надати фахову медичну допомогу у випадках, які не виходять за межі пограничних психічних розладів. Сьогодні для оцінки психотичних розладів у соматичних пацієнтів залучають психіатра-консультанта, який переводить пацієнта у психіатричне відділення. Очевидно, що переважна більшість пацієнтів з незначними симптомами пограничних психічних розладів надавали і надаватимуть перевагу лікуванню у загальносоматичних, а не у психіатричних відділеннях. Дана ситуація потребує нових організаційних рішень і визначення місця психіатрії у загальномедичних установах. Залучення лікарів-психологів до роботи з пацієнтами загальномедичних установ з пограничними психічними розладами, на нашу думку, є доцільним і раціональним. Базова медична освіта з поглибленим вивченням курсу психіатрії у поєднанні із знаннями медичної та загальної психології, навичками застосування психокорекційних і психотерапевтичних методик, дають можливість лікарям-психологам на належному фаховому рівні діагностувати психічні розлади і надавати адекватну медичну допомогу.

Завжди слід пам'ятати, що пацієнт – не тільки об'єкт діагностики і терапії, але й суб'єкт зі складним психологічним світом, що індивідуально реагує на хворобу й умови мікросоціального середовища. Розвиток і поглиблення психологічного аспекту медичної моделі хвороби дозволяють сприймати хворого не як нозологічну одиницю, а як неповторну індивідуальність. Концентрація уваги лікаря лише на органічних проявах патологічного процесу призводить до сприйняття хворого як носія певної симптоматики позаіндивідуальної своєрідності його емоційних реакцій, які нерідко значно впливають на хід хвороби і терапію. Дезорганізація соціального життя пацієнта, що викликається хворобою, іноді більш гостро переживається ним, ніж порушення функціонування організму.

Сучасні принципи терапії значною мірою орієнтовані на мобілізацію і активацію резервів хворої людини. З-поміж цих резервів провідну роль відіграють психологічні можливості особистості. Особистісний підхід у терапії дозволяє переборювати недоліки лікарняної практики, що заснована на односторонньому біологізаторському розумінні хвороби, оскільки на відміну від традиційної соматотерапії, прагне не тільки усунути симптоми хвороби, але й, опосередковуючи терапевтичні заходи через

особистість пацієнта, досягнути відновлення його особистого і соціального статусу.

У загальній медичній практиці у 37,3% пацієнтів кардіологічного стаціонару виявлено коморбідні психічні розлади не-психотичного рівня. Показник коморбідності у середньому в одного пацієнта складав  $3,3 \pm 1,56$  психопатологічних розлади. Основними предиспозиційними факторами сприяння виникненню коморбідних психічних розладів у пацієнтів кардіологічного профілю є спадкова обтяженість на психічні захворювання, порушення повсякденного функціонування, низький рівень доходу, самотність, втрата близьких, погіршення соматичного стану, тривалі психотравматичні ситуації.

Для лікарів загальної практики, зорієнтованих на природничо-наукову модель медицини поєднання соматичних та психічних розладів у пацієнтів створює певні діагностичні та терапевтичні складності. Вагомі міжнародні дослідження, проведені в 14 медичних установах у 12 країнах світу засвідчують, що психічні розлади широко представлені у пацієнтів первинної медичної мережі (Т.В. Ustin, N. Sartorius, 1995). Так, за даними ВООЗ поширеність депресивних розладів серед пацієнтів, які страждають на соматичні захворювання, складає 22-33% стаціонарних хворих. Наявність коморбідності психічних розладів створює додаткові труднощі для діагностики та терапевтичної тактики соматичних хворих із психічними розладами. Діагностика таких розладів та їхня корекція недостатні через незначну кількість звертань хворих по спеціалізовану психолого-психіатричну допомогу, а також – внаслідок труднощів розпізнавання психічної патології лікарями загальної медичної практики. Психічні розлади впливають на перебіг соматичного захворювання, обтяжують його перебіг та погіршують прогноз. Отже, назріла нагальна потреба вивчення поширеності та структури психічних розладів, що зустрічаються в загальній медичній практиці, для покращання діагностики та лікування таких форм психічної патології, а також удосконалення форм організації психіатричної допомоги цієї групи пацієнтів.

Оскільки на даний час організаційно такий порядок лікування пацієнтів з пограничними психічними розладами не узаконений, у компетенцію лікаря-психолога входить діагностика розладу та за узгодженістю із лікуючим лікарем-психіатром психокорекційна та психотерапевтична допомога в умовах загально-медичних або психіатричних стаціонарів.

Психічні розлади можуть проявлятися патологічними запереченнями хвороби, асоціюватися із гіршим виконанням

медичних рекомендацій, несвоєчасним зверненням за медичною допомогою, небажанням пацієнтів виключити контакти із факторами, що провокують напад та загострення захворювання, відмовою від довгострокової підтримуючої терапії, ухилянням від лікарських оглядів в межах динамічного спостереження, пізнім зверненням за медичною допомогою.

Сучасна клінічна практика передбачає комплексний підхід до процесу лікування соматичних пацієнтів з коморбідними психічними розладами, який включає поєднання терапевтичної інтервенції щодо соматичної хвороби та психотерапії (медикаментозної і мовленнєвої), яка знижує інтенсивність патопсихологічних проявів і сприяє покращенню самопочуття пацієнта. Логічним доповненням до цих методів виступає психоедукація – психонавчання – за допомогою якого зростає рівень комплаєнсу і регламентується спостереження за маніфестацією клінічних ознак психічного розладу.

Оскільки пацієнти і члени їх сімей зазвичай важко приймають діагноз (особливо психіатричний), тому такою важливою є функція сприяння дестигматизації психічних розладів і зниження бар'єрів для лікування. Завдяки кращій обізнаності щодо причин і наслідків хвороби розширюється усвідомлення і розуміння пацієнтом своєї хвороби, а це позитивно позначається на самопочутті хворого, його соціальних контактах, формуванні комплаєнсу, що підвищує ефективність лікування і знижує ризик рецидиву.

Основні елементи психоедукації:

- передача інформації (симптоматика порушення, причини, прогноз, лікування і побічні дії ліків);
- емоційна розрядка близьких пацієнта (розуміння ними сприяння курації одужанню, обмін досвідом з іншими особами, дотичними до життя та лікування пацієнтів, соціальні контакти тощо);
- пояснення доцільності дотримання регулярного і повного медикаментозного та психотерапевтичного лікування, оскільки кожна співпраця та комплаєнс сприяють покращенню психічного та соматичного здоров'я і підтримують пацієнта;
- допомога у виробленні навичок самопомоги (наприклад, навчання, як оперативно виявляти ознаки маніфестування хвороби чи кризових ситуацій у пацієнта і які кроки слід зробити, щоб сам пацієнт або його близькі могли надати першу допомогу: медичну, психологічну, соціальну).

Сьогодні психоедукацію у країнах Європи та США зазвичай пропонують пацієнтам з психічними розладами: шизофренією, клінічною депресією, тривожними розладами, психотичними захворюваннями, розладами харчової поведінки і розладами особистості [1 колом]. На нашу думку, психодукацію теж слід застосовувати до пацієнтів та їхніх близьких в контексті лікування соматичних хвороб. Мета психоедукації для пацієнта – краще зрозуміти і навчитися справлятися з хворобою, а також сприяти виявленню та залученню сильних особистісних властивостей пацієнта, його ресурсів і навичок подолання кризових станів для уникнення рецидиву і покращення їх здоров'я і благополуччя на довгостроковій основі, адже при кращому знанні пацієнта своєї хвороби, він краще може жити з цим станом.

Психоедукаційні заняття застосовувалися в комплексному лікуванні 116 пацієнтів терапевтичного відділення ДОЛ № 1 протягом 2005-2012 рр. при первинному поступленні та при подальших зверненнях до лікаря, у яких були діагностовані психічні синдроми.

*Таблиця*

**Синдромальна структура психічних розладів**

Варіанти синдромів	Діагноз при виписці зі стаціонару							
	Невротичні розлади		Особистісні розлади		Органічні психічні розлади		Всього	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Депресивний	2	4,2	0	0	0	0	2	1,7
Тривожно-фобійний	5	10,4	3	6,3	2	10,0	10	10,3
Істерио-депресивний	2	4,2	2	4,2	2	10,0	6	6,0
Істеричний	1	2,1	2	4,2	0	0	3	2,6
Емоційно-вольової нестійкості	8	16,7	15	31,3	4	20,0	27	25,9
Іпохондричний	0	0	0	0	4	20,0	4	3,4
Обсесивний	3	6,3	0	0	0	0	3	2,6
Галюцинаторно-маячні і афективно-маячні	3	6,3	5	10,4	4	20,0	12	10,3
Синдром залежності	2	4,2	0	0	0	0	2	1,7
Відсутність синдрому	22	45,8	21	43,8	4	20,0	47	40,5
Всього	48	100	48	100	20	100	116	100



*Застосування психоедукації у комплексному лікуванні соматичних хворих з коморбідними психічними розладами та членів їх сімей.*

Для визначення ефективності психоедукаційної групи в контрольну групу входили пацієнти, які не проходили курс психоедукації, всього 50 пацієнтів (29 чоловіків і 21 жінка), з різними варіантами психічних розладів.

У хворих та їх родичів є інформаційний дефіцит, що стосується багатьох питань, пов'язаних з психічними розладами та соматичними хворобами, і потреба в її отриманні. Водночас слід відзначити в більшій чи меншій мірі виражений спротив тій частині інформації, яку лікар доносить до членів сім'ї. Ця обставина зумовлює необхідність проведення з пацієнтами та їх родичами спеціально організованих психоедукаційних занять.

Зазвичай програма психоедукації складається з трьох частин:

- інформування пацієнтів і членів їх сімей;
- проведення специфічних психотерапевтичних заходів;
- навчання навичкам опанування стресом і хворобою.

**Висновки.** Психоедукація є спеціальною частиною реабілітаційного комплексу, що суттєво доповнює терапевтичні зусилля з дестигматизації пацієнтів та їх родичів. Ця модель придатна при лікуванні та реабілітації хворих, які перебувають в амбулаторних, напівстаціонарних і стаціонарних умовах.

Психоедукаційні заходи доцільно проводити в «закритих» групах, на початкових етапах яких протягом нетривалого часу допустимий напівзакритий етап роботи. Кожна наступна сесія – підвищення рівня специфічної медичної освіти пацієнта і його сім'ї; формування вміння управляти медикаментозною терапією; вироблення навичок вирішення життєвих проблем; тренінг комунікативних навичок; тренінг навичок опанування.

У хворих, що пройшли психоедукаційну групу, в більшій мірі, ніж в осіб, які не відвідували ці заняття, поліпшувалася комплаєнтність не тільки самих пацієнтів, але й членів їх сімей, що брали участь в психоедукаційних програмах для родичів.

Після відвідування пацієнтами психоедукаційної програми більш істотно, ніж у хворих, які не пройшли ці заняття, скоротилася кількість регоспіталізацій упродовж року після виписки (через 6 місяців – 8,2% проти 14,6%; через рік – 14,9% проти 19,4% у групі порівняння).

Проведення психоедукаційної програми сприяло зниженню загальної напруженості психологічних захистів, зменшенню ри-

гідності копінг-стратегій та створенню умов (за рахунок зміни внутрішньої картини хвороби) для більш адекватного ставлення хворих до реабілітаційних заходів та прийому підтримуючої медикаментозної терапії.

Проведене дослідження дозволило з'ясувати істотний вплив психоедукації на ефективність функціонування пацієнтів у виробничій сфері та у меншій мірі – на характер їх міжособистісного функціонування. При цьому з часом мало нівелюється ефект впливу психоедукації на характер міжособистісного функціонування, що підтверджує доцільність проведення психотерапевтичних занять після виписки пацієнтів із стаціонару.

The article is devoted to the modern problem – the use of complex medical and psychic pedagogical approach that leads to improving performance of supervision (treatment and rehabilitation) of somatic patients with comorbid mental disorders. This study confirms the efficiency of incorporation of medical, psychological and educational components as essential aspects of a more complete and thorough approach to curation of patients and a comprehensive medical and psychic pedagogical approach to the process of curation of somatic patients with comorbid borderline personality disorders.

The data presents that the implementation of psychoeducational program reduces the total intensity of psychological defenses, stiffness of the coping strategies and create conditions for a more adequate treatment of patients to rehabilitation and receive supportive medical therapy and counseling. A significant effect was revealed to influence on the efficiency of application psychoeducational functioning of patients in the work and learning and the nature of their interpersonal functioning after discharge from hospital.

The application of complex medical and psychic pedagogical approach to somatic patients with mental disorders was proved to provide steady and sustained improvement in the efficiency of the whole process of curation. The effect of psychoeducation eventually had leveled confirming the feasibility of psychotherapy training in the period of hospitalization and after the discharge of patients from hospital. The present complex medical and psychological assistance is proved to include the use of special pedagogical skills with the help of which doctor and psychologist in each case must use the most effective means of influencing on the patients.

**Keywords:** complex medical and psychological approach, somatic illnesses, comorbid mental disorders, compliance, psychoeducation.

*Отримано: 2.02.2013 р.*