

УДК 616.89 – 008:159.924.7

© І. Д. Спіріна, С. Ф. Леонов, М. М. Чернова, Т. Й. Шустерман, А. Є. Ніколенко, А. М. Дячук,
І. В. Баранова, В. В. Бакеркіна, 2009.

ПРОФІЛАКТИКА ПСИХОСОМАТИЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У РОДИЧІВ ХВОРИХ ІЗ ПЕРВИННИМ ПСИХОТИЧНИМ ЕПІЗОДОМ

І. Д. Спіріна, С. Ф. Леонов, М. М. Чернова, Т. Й. Шустерман, А. Є. Ніколенко, А. М. Дячук,
І. В. Баранова, В. В. Бакеркіна

Дніпропетровська державна медична академія, кафедра психіатрії, загальної і медичної психології

PROPHYLAXIS OF PSYCHOSOMATIC DEADAPTATION AT THE RELATIVES OF THE PATIENTS WITH A PRIMARY PSYCHOTIC EPISODE

I. D. Spirina, S. F. Leonov, M. N. Chernova, T. I. Shusterman, A. E. Nikolenko, A. N. Dyachuk, I. V. Baranova, V. V. Bakerkina

SUMMARY

Clinic, psychopathologic, psychological features of psychical deadadaptation and quality of life of 88 relatives of 55 patients with a primary psychotic episode are studied by the authors. Systematic, complex, differentiated and successive program of prophylaxis of psychosomatic deadadaptation is developed for the relatives of the mentally ill. Five primary prophylactic work assignments are selected. It is indicated on its sufficient efficiency and possibility of application for relatives both on stationary and ambulatory stages of treatment of patients with a primary psychotic episode.

ПРОФИЛАКТИКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У РОДСТВЕННИКОВ БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ

И. Д. Спирина, С. Ф. Леонов, М. Н. Чернова, Т. И. Шустерман, А. Е. Николенко, А. Н. Дьячук,
И. В. Баранова, В. В. Бакеркина

РЕЗЮМЕ

Авторами изучены клинко-психопатологические, психологические особенности психической дезадаптации и качество жизни 88 родственников 55 больных с первичным психотическим эпизодом. Разработана системная, комплексная, дифференцированная, последовательная программа профилактики психосоматической дезадаптации у родственников психически больных. Выделены пять направлений первичной профилактической работы. Показана ее достаточная эффективность и возможность применения для родственников как на стационарном, так и амбулаторном этапах лечения больных с первичным психотическим эпизодом.

Ключові слова: психосоматична дезадаптація, родичі, первинний психотичний епізод, профілактика.

В даний час зміцнення психічного здоров'я розглядається як вид імунізації, направлений на підвищення резистентності індивіда, сім'ї, організації і співтовариства, а також на подолання умов, які завдають шкоди психічному стану людини, незалежно від того, чи має він психічні проблеми на даний момент чи ні [1]. Міцна сім'я, відчуття безпеки, можливість брати участь в житті суспільства, доступ до улюбленої роботи і змістовна зайнятість поза нею, комфортні умови мешкання і економічний достаток, підтримка в кризовій ситуації і відчуття причетності та потреби сім'ї і суспільству - ось далеко не повний перелік чинників, які покращують психічне здоров'я людини. Все це не тільки знижує уразливість відносно проблем з психічним здоров'ям, але й

знижує вірогідність прояву психосоматичної дезадаптації (ПД).

За даними багатьох епідеміологічних досліджень психосоматичні розлади зустрічаються значно частіше у пацієнтів амбулаторних й стаціонарних лікувальних закладів, ніж серед всього населення [2,3]. Розповсюдженість психосоматичних розладів в загальній популяції складає 15-50%, так, у даному контексті, виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки складає 5-10%, гіпертонічна хвороба – 30%. Депресивні розлади реєструються у 20% населення, а серед осіб з соматичною патологією – 45% [4,5]. Тривожні розлади при соматичних захворюваннях зустрічаються з частотою від 27% до 50%, що свідчить про взаємозв'язок

психічних та соматичних процесів [6,7]. У зв'язку з цим стає зрозумілим проведення профілактичних заходів відносно родини хворих на психічні розлади, бо наявність психічно хворого у родині є обтяжливим психогенним фактором, що впливає на якість життя мікросоціального оточення, зрозумілим чином може призводити до декомпенсації вже наявних соматичних розладів, особливо за наявності ситуації первинного виникнення психотичного епізоду.

Згідно класифікації ВООЗ, виділяють первинну, вторинну і третинну психопрофілактику [8-10]. Первинна психопрофілактика включає заходи, що попереджують виникнення нервово-психічних та психосоматичних розладів, вторинна - об'єднує заходи, направлені на профілактику несприятливої динаміки вже виниклих захворювань, їх хронізації, на зменшення патологічних проявів, полегшення перебігу хвороби і поліпшення результату, а також на ранню діагностику. Третинна психопрофілактика сприяє попередженню несприятливих соціальних наслідків захворювання, рецидивів і дефектних станів, що негативно впливають на трудову діяльність індивіда [10].

Питання психопрофілактики станів ПД в літературі освітлені достатньо широко, але в той же час потребують подальшої диференційованої поглибленої розробки. Зміст психопрофілактичних заходів в даному випадку визначається в основному загальними принципами первинної психопрофілактики [11-13]. Згідно В.К. М'ягера, психопрофілактика повинна розглядатися з трьох аспектів: особистісного, інтерперсональної взаємодії, ситуаційного [14]. Ці аспекти взаємозв'язані і дуже актуальні в контексті практичної роботи.

Більшість дослідників роблять акцент на необхідності комплексної профілактики станів ПД, що включає різноманітні психотерапевтичні, фізіо- і фармакотерапевтичні дії [15-17], тобто психопрофілактика ПД у родичів психічно хворих повинна бути системною, комплексною, диференційною, послідовною. Тільки за цих умов можливо розробити ефективні заходи щодо попередження, раннього виявлення і своєчасної психокорекції ПД у родичів хворих із первинним психотичним епізодом (ППЕ).

Метою дослідження була розробка програми профілактики ПД у родичів хворих із ППЕ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У дослідженні брали участь 88 родичів 55 хворих із ППЕ. Критеріями включення родичів до дослідження були: добровільна згода на проведення клініко-психопатологічного та психологічного обстеження; відсутність попередніх звернень за допомогою до психіатра та нарколога; 1-2 ступінь споріднення з хворим із ППЕ (особи інших родинних зв'язків до дослідження не включалися). Серед

досліджених було 65,9% жінок у віці від 14 до 67 років, чоловіків було 34,1%, віком від 20 до 65 років. Середній вік родичів – 46,77±1,3. До дослідження за ступенем споріднення увійшло: матерів – 52,3%, батьків – 23,9%, братів – 10,2%, сестер – 8,0%, бабусь – 3,4%, дітей (доньки) – 2,3%. Із всіх досліджених 60,2% були одруженими, 18,2% - знаходилися у розлученні, 11,4% - у шлюбі ніколи не були, 10,2% - вдови (вдівці). За освітою 44,3% осіб мали середню освіту, середню спеціальну – 31,8%, вищу – 22,7%, незакінчену середню – 1,1%. Працювали або отримували освіту – 47,7% осіб, 31,8% - тимчасово не працювали, 13,6% - пенсіонери за віком, 4,5% - працюючі пенсіонери, 2,3% – інваліди внаслідок соматичного захворювання.

У всіх учасників дослідження вивчалися скарги, дані анамнезу, проводився детальний аналіз психічного та соматичного станів. Психологічне обстеження проводилося за допомогою наступних експериментально-психологічних методик: скринінгова анкета для виявлення депресії, скринінг-тест для виявлення тривожних розладів, скринінг-тест для виявлення суїцидальної поведінки, оціночна шкала депресії Гамільтона (HDRS-21), особистісна шкала виявлення тривоги (опитувальник Тейлор в адаптації Т.А. Немчинова), методика „Вихід з важких життєвих ситуацій”, методика „Незакінчені речення” Сакса та Леві. Дослідження якості життя (ЯЖ) проводилося методом оцінки інтегративного показника ЯЖ, розробленим у 1999 році Mezzich J., Cohen N., Ruiperez M., Liu J., Yoon G. et al.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За допомогою клініко-психопатологічного методу у 39,8% обстежених не було виявлено психічних розладів (Z 63.7), серед залишившихся – у 77,3% були виявлені невротичні, пов'язані зі стресом розлади (F4), афективні (депресивні) розлади (F3) – у 20,8%, гострий психотичний розлад (F2) – у 1,9% осіб. При детальному вивченні скарг та даних анамнезу у 18 (20,5%) родичів була виявлена супутня соматична патологія, а саме: гіпертонічна хвороба – 7 (7,9%), ішемічна хвороба серця – 4 (4,5%), виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки – 3 (3,4%), цукровий діабет – 3 (3,4%), бронхіальна астма – 1 (1,1%) осіб. Прослідковані специфічні періоди ПД у родичів на етапі стаціонарного лікування хворих із ППЕ: період емоційного шоку, усвідомлення, розршення та адаптації, відновлення або виснаження.

При проведенні експериментально-психологічного дослідження виявлено, що 52,3% опитуваних страждали на депресивні розлади, тривога зустрічалась у 40,4% обстежених. Підтвердили наявність суїцидальних думок 8% обстежених. Половина родичів мали складнощі в переживанні важких життєвих ситуацій. Основне негативне відношення у родичів пов'язане з родиною. Нереалізовані можливості по відношенню до здоров'я

близької людини, свого здоров'я або всіх відмітили 77,0% опитуваних. Мали певні страхи та побоювання 60,9% родичів, серед них привалює страх хвороб та смерті близької людини – у 52,9% осіб. Відчували провину за хворобу та стан здоров'я свого хворого родича 51,7% учасників дослідження.

У досліджених виявлено зниження показників ЯЖ за всіма шкалами, найбільш низькі за показниками „Психологічне благополуччя”, „Фізичне благополуччя”, „Особистісна реалізація”, „Соціо-емоційна підтримка”. Інтегративний показник ЯЖ досягає лише середнього рівня та складає 6,68 бала у порівнянні із родичами психічно хворих без соматичної обтяженості, у яких цей показник становив 7,9 балів. Отримані дані були використані для розробки програми профілактики ПД у родичів хворих із ППЕ.

У контексті нашої роботи первинна профілактика перш за все була направлена на соціальні заходи, які приводили до посилення дії стресу при появі в сім'ї людини з психічним захворюванням: заходи щодо зняття стигматизації психічно хворих і їх родичів з боку суспільства, а також всієї психіатрії як науки, просвітницькі заходи про реальну загрозу і наслідки психічних захворювань, вирішення юридичних і правових питань, пов'язаних з психічно хворими людьми і їх родичами, вивчення сучасних суспільних процесів і попередження їх патогенних дій – обґрунтування соціальних програм для населення і т.п.

З урахуванням отриманих даних про особливості ПД та ЯЖ родичів хворих із ППЕ нами було виділено наступні напрямки первинної профілактичної роботи.

Перш за все, зміцнення психічного благополуччя за рахунок наявності доступу до ефективних програм батьківської підтримки і освіти, починаючи з періоду вагітності; до науково обґрунтованих програм, таких, що сприяють розвитку навиків і отриманню інформації, в яких основна увага приділяється таким питанням, як психічна стійкість, уміння управляти емоціями і психосоціальна взаємодія. Важливими є питання розширення можливості доступу до здорового раціону і фізичної активності, заохочення споживання здорових продуктів харчування та відмови від шкідливих звичок. До цього напрямку також було віднесено забезпечення наявності доступу до ефективних заходів зміцнення психічного здоров'я для груп підвищеного ризику, включаючи осіб, страждаючих на проблеми психічного здоров'я, а також тих, хто здійснює за ними догляд. Створення здорових робочих місць за допомогою таких заходів, як заняття фізичними вправами, зміна режиму або характеру роботи, перехід на сприятливіші для здоров'я години роботи і здорові стилі управління є складовими частинами даного напрямку.

Другий напрямок – забезпечення розуміння найважливішої ролі психічного здоров'я. Питання

охорони психічного здоров'я мають бути невід'ємною частиною суспільної охорони здоров'я з проведенням оцінки потенційної дії будь-якої нової стратегії на психічне благополуччя населення до початку її реалізації. При цьому особливу увагу необхідно приділяти відносному впливу стратегій на людей, вже страждаючих психічними розладами, і осіб, що піддалися ризику їх розвитку, у тому числі і родичів психічно хворих.

Боротьбу з стигматизацією і дискримінацією ми розглядали як третій, пріоритетний напрямок в первинній профілактиці. На державному рівні упроваджується законодавство відносно прав людей з проблемами психічного здоров'я, забезпечується дотримання принципів рівності і справедливості. До даного напрямку відноситься реалізація національних стратегій боротьби зі стигматизацією і дискримінацією при працевлаштуванні осіб з проблемами психічного здоров'я, стимулювання участі населення в місцевих програмах охорони психічного здоров'я за рахунок підтримки відповідних ініціатив неурядових організацій. Сприяння створенню місцевих і національних неурядових організацій, керованих самими споживачами послуг, які представляють людей з психічними проблемами і особами, що здійснюють за ними догляд, є важливою складовою цього напрямку.

Підвищення психіатричної грамотності населення – четвертий напрямок первинної профілактики ПД. Важливе місце займає й освітній процес, в ході якого члени сімей пацієнтів отримують первинні знання про природу психічних розладів, методи їх лікування, особливості поведінки з психічно хворими і т.д. Актуальним є проведення освітньої роботи вдома в сім'ях підвищеного ризику для цілеспрямованого сприяння розвитку позитивних виховних навичок, здорових форм поведінки і взаємодії між батьками і дітьми. Необхідно підвищити рівень інформованості громадськості про поширеність, симптоми і можливості лікування шкідливих для здоров'я стресових і тривожно-депресивних станів, а також шизофренії, за допомогою засобів масової інформації.

Як п'ятий напрямок первинної психо-профілактики ми виділили забезпечення доступу осіб з проблемами психічного здоров'я до високоякісної первинної медико-санітарної допомоги. Забезпечення безперешкодного доступу всього населення до служб охорони психічного здоров'я в рамках установ первинної медико-санітарної допомоги, здатної виявити і лікувати психічні розлади, включаючи депресію, тривожні стани, стресогенні розлади – шлях до профілактики ПД. Співробітники служб первинної медико-санітарної допомоги повинні здійснювати заходи по зміцненню психічного здоров'я і попередженню його порушень, особливо шляхом цілеспрямованої дії на чинники, що сприяють

розвитку або збереженню порушень здоров'я. До даного напрямку також відносили створення центрів передового досвіду і сприяння розвитку в кожному регіоні мереж консультаційної допомоги для працівників охорони здоров'я, користувачів служб охорони психічного здоров'я, осіб, що здійснюють за ними догляд, і засобів масової інформації.

Особлива увага при проведенні первинної профілактики приділялася родичам з групи умовної норми, у яких не було виявлено клінічних ознак ПД та яких ми вважали групою ризику.

Вторинна профілактика проводилася з родичами хворих із ППЕ, у яких вже були виявлені ознаки ПД і базувалася на виявлених клініко-психопатологічних та психологічних особливостях. Метою вторинної психофілактики було купірування психічного розладу, що розпочався. У вторинній психофілактиці найбільш значущими було проведення комплексної фармако- і психотерапії, психокорекції по запропонованій нами схемі.

Превентивні втручання включали низку заходів діагностичного характеру, найбільш важливими з яких були скринінгові тести по виявленню депресії, тривожних розладів, суїцидальної поведінки. Сюди також входили ранній початок психокоректувальних заходів, застосовуваних з урахуванням виявлених у родичів психічних порушень, і подальша підтримуюча корекція ПД.

Третинна профілактика ПД була направлена на попередження повторного розвитку даної патології за рахунок тривалої підтримуючої психокорекції, при необхідності медикаментозної терапії; налагодження внутрішніх відносин, соціальну реабілітацію. Третинна профілактика для родичів психічно хворих найтісніше пов'язана з соціальною реабілітацією самого хворого, але також значущі і процеси їх власної включеності і реадатованості в суспільство.

ВИСНОВКИ

1. В ході дослідження, на основі виявлених клінічних, клініко-психопатологічних, психологічних особливостей психосоматичної дезадаптації та зниження якості життя, розроблена програма профілактики для родичів хворих із первинним психотичним епізодом.

2. Програма профілактики психосоматичної дезадаптації у родичів хворих із первинним психотичним епізодом була системною, комплексною, диференційною, послідовною та включала в себе принципи первинної, вторинної і третинної психофілактики.

3. Виділено п'ять напрямків первинної психофілактичної роботи: зміцнення психічного благополуччя за рахунок наявності доступу до ефективних програм батьківської підтримки і освіти; забезпечення розуміння найважливішої ролі психічного здоров'я; боротьба зі стигматизацією і дискримінацією; підвищення психіатричної

грамотності населення; забезпечення доступу осіб з проблемами психічного здоров'я до високоякісної первинної медико-санітарної допомоги.

4. Первинна психофілактика була ефективною при пріоритетному проведенні з родичами у групі умовної норми, в яких не було виявлено клінічних ознак психосоматичної дезадаптації.

5. Розроблені заходи вторинної й третинної профілактики можуть бути застосовані до родичів з виявленими депресивними та невротичними розладами, в тому числі із супутньою соматичною патологією.

6. Апробація розробленої програми профілактики вказує на її достатню ефективність та можливість використання для родичів не тільки на етапі стаціонарного, а й на амбулаторному етапі лікування хворого із первинним психотичним епізодом.

ЛІТЕРАТУРА

1. Европейская декларация по охране психического здоровья: Проблемы и пути их решения. EUR/04/5047810/6

2. Prevalence, Detection and Treatment of Anxiety, Depression and Delirium in the Adult Critical Care Unit / Rincon H.G., Granados M., Unutzer J. et al. // Psychosomatics. – 2001. – Vol. 42. – P. 391-396.

3. Depression, anxiety and health status after hospitalization for COPD: A multicentre study in the Nordic countries / Gudmundsson G., Gislason T., Janson C. et al. // Respir. Med. – 2006. – Vol. 100 (1). – P. 87-93.

4. Бурлаков А.В. Аспекты эффективности и безопасности применения антипсихотиков у больных шизофренией с сопутствующей соматической патологией (по материалам симпозиума «Фармакотерапия психозов и расстройств настроения с сопутствующей соматической патологией») // Психические расстройства в общей медицине. - №2. – 2006. – С. 33-34.

5. Александровский Ю.А. Организационные аспекты психиатрической помощи в общемедицинской практике // Междунар. конф. «Психиатрические аспекты общемедицинской практики»: Тез. докл. – С-Пб, 2005. – С. 6-7.

6. Старостина Е.Г. Генерализованное тревожное расстройство и симптомы тревоги в общемедицинской практике // Рус. мед. журн. – 2004. – Т. 12, № 22. – С. 2-7.

7. Body image drugs: A growing psychosomatic problem / Kanayama G., Pope H.G., Hudson J.I. // Psychoter. Psychosom. – 2001. – Vol. 70. – P. 61-65

8. Підкоритов В.С. Психіатрія в Україні – минуле, теперішнє, майбутнє... // Укр. вісн. психоневрології. – 2007. – Т. 15, вип. 1 (50). – С. 28-31.

9. Табачников С.І. Актуальні проблеми психічного здоров'я населення України // Міжнар. психіатр., психотерапевт. та психоаналіт. журн. – 2007. – Т. 1, № 1. – С. 5-7.

10. Руководство по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского. Т.1. – М.: Медицина, 1983. – С. 284-291.
11. Верченко Н.В. Физиология экстремальных состояний и индивидуальная защита человека. – М., 1986. – С. 16.
12. Гавенко В.Л., Самардакова Г.О., Бачериков Н.Е. Психиатрия и наркология. К.: Здоров'я, 1993. – 192 с.
13. Генералова Н.Г., Свердлов Л.С. Клинико-социальные и биологические аспекты адаптации при нервно-психических заболеваниях. – Красноярск, 1990. – Т.1. – С. 18-21.
14. Мягер В.К. Дизэнцефальные нарушения и неврозы. – Л.: Медицина, 1976. – 166 с.
15. Виноградов М.В., Ласков Н.Б. Физиология экстремальных состояний и индивидуальная защита человека. – М.: 1986. – 320 с.
16. Гончарская Т.В., Коцюбинский А.П., Мальков Н.Р. Предболезнь и факторы повышенного риска в психоневрологии. – Л.: 1986. – С. 129-133.
17. Абрамов В.А., Лебедев Д.С. Психическая дезадаптация // Журн. психиатрии и мед. психологии. – 1996. - №1(2). – С. 45-54.