УДК 616.895,1:616-071,2:159.962

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПСІХООСВІТИ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ БІПОЛЯРНОГО АФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУ

Проф. Г. М. КОЖИНА, проф. В. І. КОРОСТІЙ, О. Ю. РЕЗУНЕНКО

Харківський національний медичний університет

Визначено клініко-психопатологічні особливості біполярного розладу у пацієнтів, які перебувають на лікуванні у стаціонарі. Комплексне лікування включало психофармакотерапію з використанням атипових нейролептиків і нормотиміків, психотерапевтичних програм у поєднанні із психоосвітніми тренінгами, що сприяло відновленню соціальної активності та успішній ресоціалізації пацієнтів.

Ключові слова: біполярний розлад, психоосвіта, клініко-психопатологічні особливості, ефективність лікування.

На сьогодні проблема біполярних афективних розладів (БАР) є однією з найважливіших для клінічної практики й теоретичної психіатрії [1–3].

Питання діагностики й терапії БАР — одні з найбільш обговорюваних медичних проблем через значну поширеність захворювання [4–6].

Основні прояви БАР — депресивні й маніакальні фази різної структури. Типовими афективними станами є, насамперед, класична циркулярна депресія та манія, що мають характерну рису — достатню гармонійність виразності афективної тріади симптомів (при депресії — пригнічений настрій, рухове й ідеаторне гальмування, при манії — підвищений настрій, ідеаторне й рухове збудження).

Маніакальні стани (F30 за МКХ-10) виражаються в підвищеному, життєрадісному настрої, ейфорії, при цьому настрій хворих залишається підвищеним навіть у разі отримання неприємних звісток і нещасть. Реактивні емоції неглибокі й нестійкі, темп мислення прискорений, увага нестійка, критика знижена, відзначаються гіпермнезії. Хворі товариські, без угаву говорять, виявляючи підвищений інтерес до діяльності, беруться за одну справу, кидають її, переходять до іншої, швидко відволікаються, постійно кудись поспішають. Характерним є посилення інстинктів. Підвищена еротичність виявляється в кокетуванні, вигадливому вбранні і прикрасах, у любовних записках і пошуках любовних пригод, загостренні харчового інстинкту — у ненажерливості. Перебуваючи весь час у русі та бурхливій діяльності, хворі при цьому не виявляють ознак втоми, попри недостатній сон протягом тижнів і місяців. Розлади сприйняття бувають, як правило, неглибокими й проявляються у вигляді ілюзій (зорових і слухових), парейдолій і метаморфопсій — симптом «оманливого впізнавання». При маніакальній фазі БАР спостерігаються соматичні й вегетативні розлади, зумовлені підвищенням тонусу симпатичного відділу вегетативної нервової системи (тріада В. П. Протопопова): тахікардія, підвищення артеріального тиску, втрата ваги, порушення менструального циклу в жінок, безсоння. За ступенем виразності психопатологічних симптомів розрізняють легкі маніакальні стани — гіпоманію, манію без психотичних симптомів, манію із психотичними симптомами.

Центральне місце в клінічній картині депресивної фази (F32 за МКХ-10) посідає вітальний афект туги, суму, скорботи. Хворобливо знижений настрій підсилюється особливо в ранкові години до меланхолії зі зневірою. Хворі скаржаться на хворобливу тугу зі стискаючими болями в області серця, тяжкістю за грудиною (передсерцева туга). Пацієнта неможливо відволікти, розвеселити, його настрій лишається таким самим навіть у разі впливу позитивних подразників із зовнішнього світу. Хворі загальмовані (аж до депресивного ступору), малорухомі, весь час вдаються до одноманітних скорботних поз. Тихим, монотонним голосом вони відповідають на запитання, не виявляючи інтересу до бесіди, висловлюють ідеї самознищення, самозвинувачення, гріховності, які у тяжких випадках набувають характеру марень. У таких хворих, як правило, виникають суїцидальні думки й дії. Вони не роблять планів на майбутнє, вважають його безперспективним, не висловлюють жодних бажань, крім бажання вмерти, однак останнє можуть приховувати й дисимулювати. Увага таких пацієнтів прикута до власних переживань, зовнішні подразники не викликають адекватної відповіді. Інстинкти пригнічені (анорексія аж до повної відмови від їжі, зниження лібідо, спроби самогубства). У ряді випадків, поряд із посиленням негативних емоцій, може спостерігатися переживання втрати почуттів, коли хворі кажуть, що вони не відчувають звичайних людських емоцій, стали бездушними автоматами, не чутливими до переживань близьких, тому вони мучаться від власної нечутливості — симптом «хворобливої анестезії психіки» (*anaesthesia psychical dolorosa*), у них нерідко трапляються синестопатії, ілюзії. Частим симптомом при депресії є порушення сприйняття часу й простору,

www.imj.kh.ua

© Г. М. КОЖИНА, В. І. КОРОСТІЙ, О. Ю. РЕЗУНЕНКО, 2014

психосенсорні розлади, що призводять до переживань деперсоналізації й дереалізації.

Соматовегетативні симптоми, як і при маніакальній фазі, зумовлені підвищенням тонусу симпатичної нервової системи: зменшення ваги, безсоння, неспокійний сон із частими пробудженнями й відсутністю бадьорості після сну, можливе утруднене сльозовиділення, відзначаються сухість, гіркота в роті, у жінок — аменорея. Характерною є тріада Протопопова: мідреаз, тахікардія, спастичний коліт.

Тривалість депресивної фази нерідко перевищує 6–8 міс. Депресивні стани зустрічаються в 6–8 разів частіше, ніж маніакальні. За ступенем виразності симптомів розрізняють легкі, середньої тяжкості й тяжкі депресії з непсихотичними й психотичними симптомами.

Враховуючи хронічний характер БАР із формуванням різних психопатологічних утворень у різні періоди хвороби, стає очевидним, що тільки комплексна фармакотерапія із гнучким динамічним підходом до вибору терапевтичної тактики залежно від існуючої на тому чи іншому етапі хвороби клінічної картини може забезпечити стабілізацію стану й збереження соціальної адаптації зазначеного контингенту хворих [7–9].

Зараз у терапії БАР використовують комплексний підхід, що включає застосування стабілізаторів настрою, нейролептиків, антидепресантів, а також інтенсивні психотерапевтичні заходи (сімейна, групова, когнітивно-поведінкова терапія). До основних терапевтичних завдань слід віднести лікування поточного гострого епізоду й забезпечення максимально можливої тривалої ремісії (переривання циклічності процесу).

До препаратів першої лінії вибору при БАР незалежно від фази й етапу захворювання належать нормотиміки, які мають призначатися вже на початкових етапах захворювання з їх подальшим тривалим прийомом. Як препарати першого вибору при маніакальних і «змішаних» розладах розглядають сучасні антипсихотики (атипові нейролептики). Ці препарати ефективні при БАР і як монотерапія, так і в комбінації із традиційними стабілізаторами настрою (нормотиміками).

Психоосвітню роботу визнано одним із пріоритетів як Всесвітньою організацією охорони здоров'я, так і Всесвітньою психіатричною асоціацією. Її головна мета — дестигматизувати психічний розлад і психіатричну допомогу, досягти розуміння суспільством щоденних побутових, матеріальних і духовних потреб пацієнтів, які потребують психіатричної допомоги, і членів їх родин. Саме тому психоосвітня робота є невід'ємною складовою сучасної комплексної психіатричної допомоги, однією з найчастіше використовуваних методик психосоціального втручання.

Для швидкої й успішної реінтеграції хворого в суспільство, підвищення його психофізичної активності, розширення контактів із оточенням необхідно використовувати комплексний підхід до терапії БАР, що включає комбінацію психофармакотерапії, психотерапії та психоосвітніх тренінгів [10].

Мета цього дослідження — розробка й апробація психоосвітніх програм у системі комплексної реабілітації хворих із БАР.

На базі Харківської обласної клінічної психіатричної лікарні № 3 за умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики й деонтології було проведено комплексне обстеження 111 хворих із установленим діагнозом БАР у період стабілізації стану.

Усі пацієнти отримували регламентовану психофармакотерапію згідно зі стандартами МОЗ України в межах забезпечення лікувальної установи. Основну групу становили 64 пацієнта, які брали участь у психоосвітній програмі, розробленій за результатами авторських досліджень. До контрольної групи увійшли 47 хворих, які одержували стандартну регламентовану терапію в лікарні.

Під час дослідження нами була використана система заходів психоосвітньої роботи, до основних цілей якої належать: власне «освіта» шляхом доступного для кожного пацієнта і його родини надання інформації про причини захворювання; важливість медикаментозного лікування й пов'язаних із ним питань (дієвості, побічних ефектів, схильності до лікування), розпізнавання й дії при ранніх ознаках релапсу; формування у хворих і членів їхніх родин адекватного уявлення про захворювання; зменшення емоційного напруження, викликаного фактом і проявами психічного захворювання; зниження в пацієнтів і членів їхніх родин рівня стигматизованості й самостигматизованості, корекція спотворених хворобою соціальних позицій пацієнтів; вироблення у хворих та їхніх родичів комплаєнса (усвідомленого дотримання запропонованого режиму лікування); поліпшення якості життя хворого.

Психоосвітні заняття проводили в закритих групах із числом учасників від 6 до 10–15. Кожний цикл психоосвіти складався з 10–12 занять тривалістю 1,5–2,0 год із частотою 1–2 рази на тиждень.

Для вирішення поставлених завдань ми використовували інтегративну модель психоосвітньої роботи, що включає застосування різних інформаційних модулів, прийомів когнітивно-поведінкової психотерапії, тренінгових взаємодій (інформаційні тренінги, тренінги позитивного самосприйняття, поліпшення комплаєнса, формування комунікативних умінь і навичок, вирішення проблем міжособистісної взаємодії), проблемно-орієнтованих дискусій, а також сімейну психотерапію.

Згідно з отриманими в ході роботи даними на фоні комплексної терапії із проведенням психоосвітніх заходів відзначали швидку редукцію психопатологічної симптоматики, нормалізацію емоційного стану, стабілізацію поведінки хворих, поліпшення когнітивних показників, підвищення

www.imj.kh.ua

психофізичної активності пацієнтів, що дало змогу розширити їхні контакти з оточенням, відновити звичний руховий режим.

Як показали результати вивчення соціального функціонування хворих із БАР, на першому етапі дослідження в них відзначали порушення загальної поведінкової дисфункції в суспільстві: очевидні в 27,2% випадків, серйозні — у 25,5% і дуже серйозні — у 26,1%; порушення під час виконання соціальних ролей: очевидні — у 22,8% випадків, серйозні — у 26,4%, дуже серйозні — у 27,6% випадків. Порушення функціонування пацієнтів у лікарні без дисфункції відзначали в 2,4% спостережень, мінімальну дисфункцію — у 10,9%, очевидну — у 27,1%, серйозну — у 33,5%, дуже серйозну — у 25,9%. Дисфункція модифікуючих факторів у хворих (достоїнства пацієнта, особливі перешкоди, домашня атмосфера, підтримка ззовні) без дисфункції — у 3,4% випадків, мінімальна дисфункція — у 13,1%, очевидна — у 25,6%, серйозна — у 24,1%, дуже серйозна — у 34,2%.

На другому етапі після завершення психоосвітньої програми було встановлено, що рівень загальної поведінкової дисфункції в суспільстві в основній групі знизився 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 — на 73,7 і 72,5%, дисфункція модифікуючих факторів у хворих — на 82,5 і 65,4% відповідно.

Під час роботи з позиції тріалогу було проведено оцінку якості життя хворих на шизофренію (за Н. О. Марутою, 2004). У всіх пацієнтів у загальній структурі якості життя на першому етапі обстеження найбільш проблемними були: соціо-емоційна підтримка — у 15,1% випадків; фізичне благополуччя й працездатність — у 11,3%; суспільна й службова підтримка — у 14,4%; самообслуговування й незалежність у діях — у 10,1%; самореалізація — у 7,9%, міжособистісна взаємодія — у 8,3%; психологічне, емоційне благополуччя — у 7,2%; загальне сприйняття якості життя — у 11,6%.

Після проведення психоосвітніх заходів показник якості життя у пацієнтів основної групи за всіма шкалами підвищився на 40,2%, контрольної — на 27,7%.

За результатами катамнестичного спостереження в основній групі на фоні проведеної комплексної терапії з використанням психоосвітнього втручання в 82,2% хворих було досягнуто стійкого терапевтичного ефекту, який зберігався протягом двох років, у 11,1% пацієнтів стан залишався без динаміки й у 6,7% випадків відзначався рецидив захворювання. У групі контролю поліпшення стану спостерігалося тільки в 10% пацієнтів, 48% обстежених госпіталізували у зв'язку з рецидивом захворювання. Критеріями ефективності лікування було визначено стійкість ремісії, частоту госпіталізації, якість життя, рівень тривоги, поліпшення психічного стану.

Як показали результати дослідження, комплексний підхід у терапії БАР, що включає психофармакотерапію з використанням атипових нейролептиків і нормотиміків, психотерапевтичних програм у комбінації із психоосвітніми тренінгами, призводить до відновлення соціальної активності й успішної ресоціалізації хворих. Це, у свою чергу, свідчить про те, що психоосвіта не тільки збільшує обсяг знань, підсилює впевненість у боротьбі із хворобою, але й вирішує проблему соціальної реінтеграції хворого.

www.imj.kh.ua

Список літератури

1. *Александров А. А.* Диагностика и лечение пациентов с биполярным аффективным расстройством: учебно-методическое пособие / А. А. Александров.— Минск: БелМАПО, 2007.— 30 с.
2. *Марута Н. О.* Стан психічного здоров'я населення та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні / Н. О. Марута // Здоров'я України.— 2012.— № 3 (22).— С. 6–8.
3. *Мосолов С. Н.* Современные подходы к диагностике и фармакотерапии биполярного аффективного расстройства / С. Н. Мосолов, Е. Г. Костюкова // Трудный пациент.— 2005.— № 12.— С. 16–21.
4. *Левада О. А.* Современные аспекты изучения биполярных расстройств: материалы IX Междунар. симпозиума по биполярным расстройствам (Лиссабон, 6–8 мая 2009 г.) / О. А. Левада // НейроNews.— 2009.— № 4 (15).— С.
5. *Пшук Н. Г.* Предиктори формування процесу психосоціальної реабілітації психічнохворих / Н. Г. Пшук // Укр. вісн. психоневрології.— 2010.— Т. 18, вип. 3 (64).— С. 145.
6. *Bowden C. L.* Lamotrigine in the treatment of bipolar disorder / C. L. Bowden // Expert Opin. Pharmacother.— 2002.— № 3.— P. 1513–1519.
7. *Бурчинский С. Г.* Нейролептики в фармакотерапии биполярных аффективных расстройств: возможности выбора / С. Г. Бурчинский // НейроNews.— 2009.— № 4 (15).— С.
8. *Марценковский И. А.* Некоторые особенности дифференциальной диагностики и лечения биполярного аффективного расстройства в педиатрической практике / И. А. Марценковский, Я. Б. Бикшаева, И. И. Марценковская // НейроNews.— 2009.— № 1 (12).— С. 54–60.
9. *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.
10. A double-blind, placebo-controlled prophylaxis study of lamotrigine in rapid-cycling bipolar disorder / J. R. Calabrese, T. Suppes, C. L. Bowden [et al.] // J. Clin. Psychiatry.— 2000.— Vol. 61.— P. 841–850.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХООБРАЗОВАНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА

А. М. КОЖИНА, В. И. КОРОСТИЙ, О. Ю. РЕЗУНЕНКО

Определены клинико-психопатологические особенности биполярного аффективного расстройства у пациентов, находящихся на лечении в стационаре. Комплексное лечение включало психофармакотерапию с использованием атипичных нейролептиков и нормотимиков, психотерапевтических программ в сочетании с психообразовательными тренингами, что способствовало восстановлению социальной активности и успешной ресоциализации пациентов.

Ключевые слова: биполярное расстройство, психообразование, клинико-психопатологические особенности, эффективность лечения.

EFFICIENCY OF PSYCHOEDUCATION IN COMPLEX THERAPY FOR BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER

H. M. KOZHYNA, V. I. KOROSTIY, O. Yu. REZUNENKO

Clinical and psychopathological features of bipolar affective disorder were determined in in-patients. The complex treatment included psychopharmacotherapy with atypical neuroleptics and normothymics, psychotherapy programs in combination with psychoeducating trainings, which promoted restoration of social activity and successful resocialization of the patients.

Key words: bipolar disorder, psychoeducation, clinical and psychopathological features, effectiveness of treatment.

Надійшла 23.06.2014

www.imj.kh.ua