

УДК 159.923.2:159.953.5:159.923.35:616.89-053.9:614.4:159.9.019.2

КОВАЛЬ І. А.

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця

ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНИХ ПРИЙОМІВ ПРИ КУРАЦІЇ СОМАТИЧНИХ ХВОРИХ З КОМОРБІДНИМИ МЕЖОВИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

У статті представлено дослідження впливу застосування медико-психолого-педагогічних прийомів на віддалені результати курації соматичних хворих з коморбідними межовими психічними розладами та обґрунтування доцільності застосування психоедукації у комплексному підході до курації хворих

Ключові слова: медико-психолого-педагогічні прийоми, психоедукація, соматичні хворі, межові психічні розлади, комплаєнс.

Актуальність дослідження зумовлена потребою обґрунтування доцільності активнішого застосування медико-психолого-педагогічних прийомів у процесі комплексного лікування соматичних хворих з коморбідними психічними розладами, оскільки, не зважаючи на досягнення медицини, сьогодні не можна не відзначити, що кількість пацієнтів не зменшується, і рівень їхнього життя не покращується, що вимагає від медицини нового багаторівневого підходу до пацієнта та забезпечення співпраці з ним на рівні його особистості, соматичної та психологічної чи психічної проблеми, та бути зорієнтованою на кінцеву мету – зміну стратегії та якості життя пацієнта, його соціалізацію, а не лише позбавлення пацієнта якогось з симптомів захворювання.

Мета: обґрунтування доцільності застосування нових сучасних медико-психолого-педагогічних методів і прийомів у комплексному лікуванні соматичних пацієнтів з коморбідними психічними розладами.

Завдання дослідження:

1. Теоретично обґрунтувати концептуальну модель медико-психолого-педагогічного підходу до курації соматичних хворих з коморбідними психічними розладами.
2. Експериментальним шляхом визначити ефективність застосування медико-психолого-педагогічного підходу до курації соматичних хворих з коморбідними психічними розладами.

Обширні міжнародні дослідження, проведені у 12 країнах виявили, що психічні розлади широко представлені у пацієнтів первинної медичної мережі [4]. Наприклад, поширеність депресивних розладів серед соматичних пацієнтів скла-

дає 22–33% стаціонарних хворих. Наявність коморбідності психічних розладів значною мірою утруднює процес діагностики та терапевтичної тактики соматичних хворих.

Поява у медицині принципово нових методів лікування призвела до значного скорочення смертності, збільшення числа станів, за яких досягнення потрібного рівня контролю над симптомами хвороби дозволяє не тільки продовжити тривалість життя пацієнта, але й значною мірою повернути йому працездатність.

Останнім часом науковці намагаються визначити новий комплекс критеріїв оцінювання ефективності лікарської діяльності, адекватним для комплексної оцінки ефективності лікування сьогодні вважають підхід, що враховує всі три площини розгляду терапевтичної динаміки: соматичну, психологічну та соціальну, а не обмежуються традиційними лікарськими симптоматичними критеріями: одужання, покращання, без змін, погіршення.

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 неповний 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. 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.

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

У зв'язку з цим у процесі лікування усе частіше застосовуються різні методи психотерапії, основним завданням яких є подолання зафіксованих реакцій тривоги, що призводять до формування психопатологічних проявів – страху, астенії, депресії, іпохондрії, та нейровегетативних і нейросоматичних функціонально-динамічних розладів серцево-судинної, дихальної, травної систем. Застосування психотерапії дає позитивні результати при гіпертонічній хворобі, ішемічній хворобі серця (особливо у постінфарктних хворих), бронхіальній астмі, хворобах травної системи та ревматоїдному артриті, і, звичайно, при психічних розладах.

Поширення біопсихосоціальної концепції у медицині загальної практики призвело до актуалізації питання взаємодії фармакологічних і психотерапевтичних методів лікування у єдиній системі. На сьогодні у зв'язку з розвитком психотерапії і психосоціальної реабілітації найбільш актуальною і сучасною стає проблема співвідношення психологічних та біологічних методів впливу на пацієнтів. І саме медична психологія як міждисциплінарна, межева галузь досліджень, що виходить з психологічних теорій і психологічних методів, розроблених на їхній підставі, головна роль яких полягає у вирішенні наукових і практичних проблем, актуальних для медицини спроможна поєднати всі необхідні складові для повноцінної курації пацієнтів.

Залучення до процесу курації як соматичних, так і психічних хворих медичних психологів, які не лише допомагають діагностувати психосоматичні розлади і визначити особистісний психологічний профіль пацієнта, а й допомагають лікарям-інтерністам виявити ознаки психічних розладів, долучитися до процесу встановлення діагнозу основного і супутніх захворювань, спільно з лікуючим лікарем розробити план обсте-

ження і лікування, застосувати до пацієнта методи психокорекційного та психотерапевтичного впливу, що дасть змогу підвищити ефективність лікування, знизити тривалість непрацездатності пацієнта, знизити ризик хронізації захворювання і зменшити рівень тривожності, агресивності чи пригніченості.

З метою підвищення рівня ефективності взаємодії лікарів та психологів з пацієнтами до їхнього професійного арсеналу методів впливу повинні залучатися нові дієві методи і прийоми [3]. На сучасному рівні медико-психологічної допомоги – це спеціальні педагогічні вміння, за допомогою котрих лікар і психолог у кожному конкретному випадку застосовують найбільш ефективні засоби впливу на пацієнтів з метою підвищення ефективності курації пацієнта. Серед сучасних методів важливу роль посідає психоедукація – психо-освіта – метод навчання, освіти, адресований людям, які живуть з психічними розладами.

Для підтримуючого лікування рекомендується раннє залучення соціального оточення, недирективне ставлення лікаря, котре не посилює конфлікт агресивності/залежності, активне повідомлення інформації лікарем, посилення відповідальності і самостійності пацієнта, та самосприяття і прості схеми лікарських призначень.

У подальшому у комплексі з медикаментозним лікуванням психотерапевтичний вплив з метою корекції особистості хворого та вироблення адекватної поведінки в умовах стресогенних ситуацій має вагоме значення. Релаксація і поведінкові методи добре зарекомендували себе як засіб потенціювання медикаментозної терапії, за рахунок чого вдається істотно знизити дози ліків. У межах поведінкової терапії слід вимагати власної відповідальності пацієнта при використанні методу біологічного зворотнього зв'язку і застосування методик зняття напруження. Пацієнти повинні зрозуміти, які ситуації, труднощі, конфлікти провокують підвищення артеріального тиску, навчитися контролювати свої успіхи та невдачі. Необхідно з'ясувати, чи відповідають ці успіхи канонам класичної рефлексорної теорії та чи йдеться про пряме утворення умовних зв'язків, а не просто про навчання хворих загальним заспокійливим методикам.

Можуть успішно використовуватися методи терапії: символдрама, арт-терапія, креативна візуалізація, транзактний аналіз, сімейна психотерапія, біосинтез.

Водночас комплексний підхід до здійснення лікувального процесу неможливий без досяг-

нення між пацієнтом та лікарем терапевтичного альянсу, що включає розробку індивідуального плану курації, котрий ґрунтується на ознайомленні пацієнта з сучасними уявленнями про терапію захворювання, навчання його навичкам розпізнавання ознак загострення соматичної чи психічної хвороби, методам самостійного моніторингу важкості її перебігу. Однак, намагання реалізації таких програм наштовхнулися на суттєві труднощі, пов'язані з неможливістю добитися від пацієнтів необхідного рівня комплаєнсу.

Пацієнтам і членам їхніх сімей часто важко прийняти 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 чи його близькі були у змозі 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]. На нашу думку, психоедукацію слід застосовувати до пацієнтів та їхніх близьких у контексті лікування соматичних хвороб. Мета психоедукації для пацієнта – краще зрозуміти і навчитися справлятися з хворобою, а також сприяти виявленню та залучен-

ню сильних особистісних властивостей пацієнта, його ресурсів і навичок подолання кризових станів для уникнення рецидиву і покращення здоров'я і благополуччя на довгостроковій основі, оскільки з кращим знанням пацієнта про свою хворобу, він краще може жити з цим станом.

Результати клініко-психопатологічного дослідження соматичних пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні у терапевтичному відділенні ДОЛ упродовж 2003–2012 рр. У дослідженні використовували психологічні і клінічні тести та питальники для об'єктивізації різних психічних параметрів. Процес обстеження здійснювався у два етапи.

На першому – всіх пацієнтів піддавали скринінговому дослідженню з застосуванням шкали оцінки функціональної повсякденної життєдіяльності (Katz S., Akrom C.A., 1976), госпітальної шкали тривоги і депресії HADS (A.S.Zigmond, R.P.Snaith, 1983).

На другому етапі пацієнтів з виявленими психічними розладами обстежували клініко-психопатологічним методом для оцінки глибини виразності цих розладів із застосуванням таких питальників: шкали реактивної та особистісної тривожності Ч.Д.Спілбергера і Ю.Л.Ханіна (1978), шкали депресії Бека BDI (A.T.Beck, 1961), Торонтської алекситимічної шкали TAS (G.J.Taylor et al., 1985), шкали діагностики самооцінки психічних станів Г.Айзенка (1976). Перед випискою (через 3 тижні) пацієнтів обстежували повторно за допомогою скринінгових методик (HADS, MMSE). Групу хворих із депресивними розладами обстежували катamnестично при повторному надходженні скринінговими методами (HADS).

Проведено обстеження 100 пацієнтів віком від 30 до 71 років. Із них – 65 (65%) жінок і 35 (35%) чоловіків. Усі обстежені пацієнти мали ознаки ішемічної хвороби серця (ІХС) та гіпертонічної хвороби (ГХ). Контрольну групу порівняння склали 18 пацієнтів без психопатологічної симптоматики. За статтю, віком, соціальними факторами (родинним станом, освітнім рівнем, умовами проживання та рівнем доходу), соматичним станом достовірних розбіжностей з основною групою не виявлено.

Досліджувані пацієнти отримували терапію серцево-судинними засобами згідно з клінічним діагнозом кардіологічного захворювання. Пацієнтів із межовими психічними розладами поділили на 3 групи (за їхнім вибором та згодою на лікування): 1) які отримували лише терапевтичне лікування (34 особи) (середній бал за BDI

22,73±4,2); 2) які отримували психотерапевтичне лікування (33 особи) (середній бал за BDI 22,69±4,48); 3) які отримували комбіновану терапію (антидепресанти та психотерапію з застосуванням психоедукації) (33 особи) (середній бал за BDI 26,48±4,02). Результати терапії представлено у табл. 1.

Т а б л и ц я 1
Результати курації пацієнтів із межовими психічними розладами за результатами тестування (у балах)

Групи пацієнтів	Результати тестування	
	TAS	HADS
1 група: – при поступленні – через 3 тижні – через 6–12 міс.	6,4±1,1 5,5±1,32* 6,6±1,3	10,1±2,7 8,7±1,6* 10,3±2,2
2 група: – при поступленні – через 3 тижні – через 6–12 міс.	6,6±1,0 4,9±1,04** 5,5±0,6**	10,6±1,5 8,7±1,2** 8,9±0,9**
3 група: – при поступленні – через 3 тижні – через 6–12 міс.	6,6±0,8 4,2±0,8** 4,1±0,95**	11,1±2,2 8,0±1,4** 7,8±0,98**

Примітка. Різниця достовірна відносно першого поступлення при: * – $p < 0,01$, ** – $p < 0,001$.

Результати показують, що вираженість депресивної симптоматики у пацієнтів першої групи після курсу серцево-судинної терапії зменшилася, проте при повторному поступленні досягла тих самих показників, що й перед першим лікуванням. У третій групі пацієнтів, де поєднувалися психотерапія з елементами психоедукації з комбінованою терапією, редукція депресивної симптоматики була більш вираженою, ніж у групах пацієнтів, які не отримували антидепресивної терапії. У другій групі при повторному поступленні депресивна симптоматика була менш вираженою, ніж при першому, проте більше вираженою, ніж після проведеного курсу психотерапії. Пацієнти, які отримували комбіновану терапію, при повторному поступленні не виявляли ознак депресивних розладів.

Результати ефективності психотерапії у пацієнтів виявили, що одразу після завершення лікування всі пацієнти відзначали покращення самопочуття і зниження рівня психотичних проявів. У контрольній групі, де психотерапія не застосовувалась, 35,9% не виявляли ознак покращення, а інші пацієнти з цієї групи у результаті патопсихологічного дослідження виявляли ознаки зниження рівня прояву симптомів психічних розладів, хоча перед початком лікування у пацієнтів цієї групи вони не були діагностовані. Це, ймовірно, можна пояснити тим, що пацієнти були залучені у проект психотерапевтичної допомоги і не були поінформовані, що у них недіаг-

новані коморбідні психічні розлади, а особистість хворих має властивість сприймати будь-які прояви соматичних захворювань як загрозові і проектувати їх у психічну сферу. Тому, не зважаючи на відсутність цілеспрямованих психотерапевтичних впливів на них, вони у результаті психологічних раціональних бесід відзначали і виявляли ознаки змін психічного стану.

Результати катamnестичного дослідження пацієнтів виявили значне зниження рівня ефективності психотерапії у пацієнтів. У контрольній групі 71,9% не відзначали жодних ознак покращення. Пацієнти третьої групи, де застосовувалась комбінована терапія (терапевтична інтервенція, антидепресанти та психотерапія з застосуванням психоедукації) виявили ознаки більш істотного рівня збереження ефективності психотерапії, ніж пацієнти, які займалися в інших групах.

Діагностика коморбідних психічних розладів у соматичних пацієнтів та їхня корекція недостатні через незначне число звертань хворих у психоневрологічну службу, а також через труднощі розпізнавання психічної патології лікарями загальної медичної практики. Психічні розлади впливають на перебіг соматичного захворювання, обтяжують його перебіг та погіршують прогноз. Отже, нарізла нагальна потреба вивчення поширеності та структури психічних розладів, що зустрічаються у загальній медичній практиці, для покращення діагностики та лікування таких форм психічної патології, а також удосконалення форм організації медичної допомоги цій групі пацієнтів.

Застосування психотерапії у соматичних пацієнтів підвищує загальну ефективність їхнього лікування. У пацієнтів з коморбідними психічними розладами значно знижується рівень прояву патопсихологічних симптомів і покращується самопочуття, знижується вираженість соматичної симптоматики.

Оскільки у багатьох соматичних пацієнтів (особливо за наявності коморбідних психічних розладів) можуть проявлятися: патологічні заперечення хвороби, погіршуватися виконання медичних рекомендацій, несвоєчасні звернення за медичною допомогою, небажання пацієнтів виключити контакти з чинниками, що провокують напад та загострення захворювання, відмови від тривалої чи постійної підтримуючої терапії, ухиляння від лікарських оглядів у межах динамічного спостереження, пізні звернення за медичною допомогою – застосування психоедукації у процесі психотерапії сприяє уникненню

цих загрозливих для життя та здоров'я пацієнта чинників.

Сучасне поняття психоедукації передбачає перенавчання пацієнта емоційним і соціальним навичкам, необхідним для можливості повноцінного і самодостатнього життя з урахуванням обмежень й обов'язків, пов'язаних з його хворобою. Протягом кількох останніх років усе більше систематичних групових програм розроблені для того, щоб зробити знання про хворобу більш зрозумілим для пацієнтів та їхніх сімей [2].

Залучення психоедукації до арсеналу сучасних впливів на процес курації пацієнта вимагає від лікаря і психолога вміння вибудовувати свої стосунки з пацієнтами і їхніми родичами, здатності впливати на них, уміння у кожному конкретному випадку застосовувати до пацієнтів та їхніх родичів найбільш ефективний спосіб виховного впливу.

Особливо важливими є дані, які свідчать про те, що ефективність застосування комбінованої терапії (специфічне лікування соматичної хвороби, антидепресанти та психотерапія з застосуванням елементів психоедукації) не лише знач-

но підвищили ефективність лікування як соматичних, так і психічних розладів, а й виявили стійке протягом 6–12 місяців покращення самопочуття і відсутність рецидивів, що, безумовно, вказує на доцільність її подальшого застосування.

Тому дуже важливим на цьому етапі підготовки сучасних лікарів є запровадження комплексного підходу до вивчення всіх медичних дисциплін, яке поєднувалося б з глибоким розумінням психологічної та педагогічної складових виникнення та перебігу захворювань, що дасть змогу, застосовуючи комплексний підхід до курації пацієнтів, лікувати не хворобу, а хворого.

Список використаних джерел

1. Colom F. Keeping therapies simple: psychoeducation in the prevention of relapse in affective disorders. *Br J Psychiatry*. — 2011 May;198(5):338–40.
2. Grabski B, Mączka G, Dudek D. The role of psychoeducation in the complex treatment of bipolar disorder. *Arch Psychiatry Psychotherapy*, 2007; 3: 35–41
3. Walsh J. *Psychoeducation in Mental Health*, Walsh J. Chicago, Illinois, Lyceum Books, inc. 2010
4. Ustin T.B. *Mental illness in general health care : an international study*/ T.B.Ustin, N.Sartorius. N.Y.: Willey, 1995.

КОВАЛЬ И. А.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ПРИЕМОВ ПРИ КУРАЦИИ СОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНЫМИ ГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

В статье представлено исследование влияния применения медико-психолого-педагогических приемов на отдаленные результаты курации соматических больных с коморбидными пограничными психическими расстройствами и обоснование целесообразности применения психоедукации в комплексном подходе к курации больных

Ключевые слова: медико-психолого-педагогические приемы, психоедукация, соматические больные, пограничные психические расстройства, комплаенс.

KOVAL I. A.

LONG-TERM RESULTS OF THE EFFECTIVENESS OF MEDICAL, PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL METHODS FOR SUPERVISION SOMATICHNYH BOUNDARY OF PATIENTS WITH COMORBID MENTAL DISORDERS

The study of the effect the application of medical, psychological and pedagogical techniques for long-term results of Supervision somatic patients with comorbid mental disorders boundary and rationale psyhoedukatsiyi use in an integrated approach to curation patients

Keywords: medical, psychological and pedagogical techniques psyhoedukatsiya, somatic patients, boundary psychiatric disorders, compliance.

Стаття надійшла до редколегії 28.02.2013 року.