

ЭКОЛОГИЧЕСКИ ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРИГАДОЙ. СООБЩЕНИЕ 2

А.П. Коцюбинский, Б.Г. Бутома, С.Э. Медведев,
Н.Б. Лутова, М.Ю. Сорокин

*Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии
и неврологии имени В.М. Бехтерева»*

Теоретические положения, приведенные в сообщении¹, представляются тесно связанными с экологией семейных отношений и отчетливо иллюстрируют проведенное исследование.

Целью работы являлось изучение роли отдельных характеристик, определяющих особенности биологического (психопатологического), психологического, социального и функционального диагнозов как «мишеней» для алгоритма комплексной реабилитационной терапии пациентов с разработкой содержательной структуры бригадной формы работы и с оценкой эффективности непосредственных и отдаленных результатов лечения.

Объектом исследования были больные с эндогенными психическими расстройствами шизофренического и аффективного спектров.

Исходя из поставленных задач и оценки возможности эффективного бригадного полипрофессионального обслуживания больных на основании биопсихосоциальной парадигмы в рамках системного подхода к семейной психотерапии, рассматривался изоморфизм структуры отношений в семье идентифицированного пациента (ИП) и специалистов помогающей службы. Известно, что важным показателем эффективности помогающей (бригадной) деятельности является успешность адаптации пациента в социуме, что во многом определяется уровнем его социальной компетентности (СК). Это явилось основанием для проведения настоящего исследования уровня СК у больных с эндогенными психическими расстройствами шизофренического и аффективного спектров. В исследование было включено 44 пациента (23 жен., 21 муж.) в возрасте от 18 до 30 лет,

участвовавших в программе биопсихосоциальной реабилитации не менее 12 месяцев. Психотерапевтическая работа с семьей пациента могла проводиться параллельно с его обследованием. Сам пациент мог включиться в этот процесс позднее. Пациенты из семей, принявших участие в психотерапевтической работе, продемонстрировали рост социальной компетентности (СК) в виде повышения социального коэффициента (SQ) более чем на 15% через три месяца и более чем на 32% через 12 месяцев после начала реабилитационной программы, по сравнению с исходным уровнем [9, 10]. Динамика уровня социальной компетентности ИП. представлена в табл. 1.

Таблица 1

**Динамика уровня социальной компетентности
идентифицированного пациента**

| Начало | 3 месяца | | 12 месяцев | |
|------------|------------|---------|-------------|-------|
| | SQ | P | SQ | P |
| 81,61±1,33 | 94,09±1,22 | <0,0001 | 108,14±1,54 | 0,001 |

Результат этой части работы свидетельствует о необходимости проведения специальных мероприятий, направленных на согласованную работу всех членов терапевтической бригады, подчиненную единой цели – реабилитации психически больных и, как следствие, улучшению экологии семейных отношений.

Проводилось исследование по выделению содержательных характеристик биологического (психопатологического), психологического, социального и функционального диагнозов. В частности, была изучена одна из составляющих психологического блока функционального диагноза, а именно – самостигматизация пациентов, влияющая на формиро-

¹ Социальная и клиническая психиатрия. 2017. Т.27, № 4. С. 5–9.

вание их приспособительного поведения. С этой целью проведено исследование 118 пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра. Исследовались факторы, влияющие на самостигматизацию как в условиях семейного окружения, так и в период пребывания пациента в психиатрическом стационаре. Был выявлен ряд факторов, на который следует обратить внимание в процессе работы по дестигматизации в рамках полипрофессиональной бригады. В частности, было показано, что в процессе работы по дестигматизации, осуществляемой в рамках «полипрофессиональной бригады», следует обратить внимание на преодоление психофобической стигмы, как и других «ловушек нейтральности» у «помогающих специалистов» (членов профессиональной бригады), для чего необходимо осуществлять их супервизию, личную психотерапию и обсуждение конкретных «случаев» в полипрофессиональной бригаде. Снижению самостигматизации способствовало и внедрение новой организационной формы реабилитации психически больных с функционированием на единой территории стационарного отделения (с открытыми дверями) и дневного стационара, которая также способствовала дестигматизации не только пациента, но и его семьи на всех этапах лечения и реабилитации [3].

Результат этой части работы свидетельствует о широкой представленности у психически больных феноменов самостигматизации и о необходимости избегания стигматизационных эффектов [7] в системе деятельности полипрофессиональной бригады.

В ходе работы осуществлялся отбор наиболее эффективных методов оказания помощи больным, направленных на улучшение различных показателей функционального диагноза.

Другая часть нашего исследования была сфокусирована на сравнительной оценке эффективности различных видов социотерапевтических мероприятий относительно важнейшего параметра, предопределяющего включенность больных в процесс лечения — мотивации к лечению. Динамика изменений мотивации к лечению оценивалась с помощью авторского опросника [5, 6, 8, 12, 13]. Обследовано 77 пациентов, страдающих эндогенными психическими расстройствами. Из них: 30 человек получали психофармакологическое лечение, посещая

10 сеансов (45 час.) групповой психообразовательной программы (ПФТ+ПО); 34 пациента — психофармакотерапию и 5 сеансов (22,5 час.) групповой программы повышения мотивации к лечению (ПФТ+М) и контрольная группа из 13 больных, получавших только фармакологическое лечение. Результаты исследования приведены в табл. 2.

Приведенные данные отчетливо демонстрируют высокую эффективность как психообразовательной программы, так и групповой формы программы повышения мотивации к лечению относительно улучшения мотивации больных к лечению. В частности, в обеих группах одинаково наблюдается изменение структуры мотивации благодаря повышению готовности больных к собственному активному участию в лечении, осознанию собственных психологических механизмов дезадаптации, что сопровождается снижением значимости внешней мотивации к лечению и параллельным усилением внутренней мотивации. Исследование показало, что при организации помощи больным выявлено преимущество групповой программы мотивации больных к лечению за счет ее меньшей ресурсоемкости (22,5 час. против 45 час. работы).

В рамках проводимого нами исследования с целью определения «мишеней» для алгоритма комплексной персонализированной реабилитационной терапии пациентов была уточнена роль эффективности и стабильности проводимой терапии для такого важного параметра психологического блока функционального диагноза, как мотивация больного.

В мировой психиатрической науке отсутствует инструмент квантификации уровня мотивации к лечению больных психозами. На материале данных о 256 больных с непсихотическими и психотическими психическими расстройствами был создан опросник, позволяющий проводить стандартизированную инструментальную оценку мотивационных паттернов в отношении лечения у больных с психическими расстройствами в ходе психофармакотерапии. В ходе разработки данного опросника на основе принципа квантификации поведения пациентов по уровням оригинальной шкалы мотивации к лечению выполнена внешняя конвергентная и дивергентная валидизация опросника с различными инструментами оценки клинико-динамиче-

Таблица 2

Динамика показателей опросника мотивации к лечению разных групп пациентов

| Группы больных | Этапы наблюдения | Уровень 2 | Уровень 5 | Фактор 3 |
|----------------|------------------|---------------|------------|------------|
| ПТФ+ПО | До лечения | 0,47±1,02 | -0,44±1,31 | -0,45±1,06 |
| | После лечения | -0,55±1,11*** | 0,2±1,11** | 0,34±0,99* |
| ПФТ+М | До лечения | 0,09±0,88 | 0,05±0,85 | 0,01±0,82 |
| | После лечения | -0,3±1,06* | 0,35±0,83* | 0,36±0,79* |
| ПФТ (контроль) | До лечения | 0,25±1,31 | -0,33±0,11 | -0,70±1,35 |
| | После лечения | 0,31±0,867 | 0,18±0,843 | 0,48±0,67 |

Примечания: * – $p \leq 0,05$; ** – $p \leq 0,01$; *** – $p \leq 0,001$.

ских показателей лечебного процесса: альтернативными методами исследования мотивации, интуитивными оценками мотивации больных в рутинной врачебной практике. Также изучены взаимосвязи уровня мотивации к лечению с выраженностью стигматизации, типом отношения пациентов к болезни, шкалой медикаментозного комплаенса. Выполнена внутренняя валидизация оригинального опросника с определением параметров ретестовой надёжности и внутренней согласованности, проанализирована его факторная структура.

В рамках данного исследования была проведена адаптация шкалы оценки медикаментозного комплаенса для различных нозологических форм [5, 6, 13]. Результатом этой части исследования явилось получение данных о структуре медикаментозного комплаенса у 21 больного, страдающего аффективными расстройствами.

Поскольку важным для построения персонализированных реабилитационных программ является такой психологический показатель, как субъективная удовлетворенность лечением, было изучено влияние личностных показателей больных шизофренией на субъективную удовлетворенность лечением в стационаре. Известно, что на субъективную удовлетворенность лечением и мотивацию к нему влияет стигматизация. Проведение опроса среди 610 респондентов при помощи Опросника стигматизации (PSQ) [16] (раздел обесценивание/дискриминации) позволило получить следующие данные: а) выявлен уровень дискриминации психически больных среди 610 респондентов; б) обнаружены различные уровни внешней стигматизации среди респондентов различных профессиональных групп, что предполагает необходимость проведения корректирующих мероприятий среди отдельных профессиональных групп. Результаты, полученные на основании использования Опросника стигматизации (PSQ) [16], потребовали разработки терапевтических подходов оптимизации коррекции комплаенса, которые были проведены с учетом сведений, полученных с учетом мультипараметрической структуры мотивации к лечению и её динамического характера [8]. Установлены специфические различия в механизмах влияния различных аспектов мотивации к лечению на медикаментозный комплаенс, а также эффективность отдельных психотерапевтических методов (психообразование, мотивационная терапия) в отношении структуры мотивации к лечению [13].

Практическое значение. В целом результаты работы позволяют считать, что биопсихосоциальный подход и бригадное взаимодействие обеспечивают синергизм в работе помогающих специалистов нозо- и валео-центрической ориентации. В рамках этого направления сформулирован ряд рекомендаций по реализации эффективной реабилитационной программы, включающей психотерапевтические интервенции и социотерапевтические мероприятия,

а также адекватное соотношение удельного веса различных форм специализированной медицинской помощи на каждом из этапов течения психических расстройств, что в настоящее время может быть реализовано в рамках персонализированной медицины.

Заключение

В рамках биопсихосоциальной концепции психических расстройств при формулировании индивидуальной терапевтической программы требуется учитывать не только клинические, но и психологические особенности пациента, а также важные характеристики его социума, поскольку только совокупность saniрующих факторов – усилий самого пациента, правильного поведения его семьи и квалифицированной помощи специалистов службы психического здоровья и социальных институтов – составляет максимальный потенциал восстановления пациента [2]. Такое положение в известной степени соотносится с замечанием В.С.Ястребова и соавт. [14] о том, что «в качестве необходимого условия оказания психосоциальной помощи лицам с психическими расстройствами все больше утверждается холистический подход, который предполагает проведение комплексных мер, дифференцированных на разных уровнях воздействия – индивидуальном, семейном, институциональном или общества в целом», то есть направленный на улучшение как экологии личности пациента, так и экологии его семейных отношений, а, в конечном счете, и его общественных отношений.

При целостном (холистическом) подходе достигается системное понимание сущности психических расстройств, при котором соотношения биологического, психологического и социального «предстают более полными и многогранными, как реципрокные, взаимодействующие и взаимосодействующие развитию психического заболевания» [11]. Холистический подход, являясь надежным индикатором эффективности терапевтических вмешательств, позволяет разработать методику выбора индивидуализированно соответствующих конкретному больному психофармакологических препаратов, видов психотерапевтических интервенций и социотерапевтических мероприятий, а также адекватного соотношения удельных весов различных форм специализированной медицинской помощи в зависимости от этапов течения психических расстройств.

Таким образом, использование целостного подхода обеспечивает «стереоскопическое» видение ситуации и позволяет преодолеть старую дихотомию «биологическое или психосоциальное», а также антиномию «первопричины» и четко обозначить природу заболевания с однозначным отнесением его к тому или иному классу психических расстройств. Можно сказать, что этот подход является своего рода антитезой линейным (несистемным) моделям понимания психических расстройств, приводящим подчас

специалистов одной из помогающих профессий (врачи-психиатры, психотерапевты, психологи, социальные работники и т.д.) к попыткам необоснованного расширения сферы своей профессиональной активности в вопросах, требующих специализированной компетенции других членов терапевтической бригады.

Исходя из сказанного, программа лечения и реабилитации должна быть разработана для «каждого больного в каждом конкретном случае» [1] и базироваться на анализе индивидуальной структуры системы психической адаптации с выявлением ее проблемных областей («терапевтических мишеней») и базовых саногенных механизмов, в совокупности составляющих биопсихосоциальный потенциал адаптации индивидуума. Это помогает сформулировать необходимую персонализированную реабилитационную программу пациента, составными компонентами которой являются фармакотерапия, психотерапия и социотерапия. Удельный вес каждого из компонентов, составляющих реабилитационную программу конкретного больного, зависит от особенностей проявлений заболевания и этапа его течения, определяющих комплекс проводимых восстановительных мероприятий.

Целостный (холистический) подход является базовой концепцией для дальнейшего совершенствования психиатрической помощи, осно-

ванной на перераспределении приоритетов в объеме различных ее видов с преимущественным развитием стационарозамещающих и внебольничных организационных форм, что увеличивает доверие к службе, позволяет избежать «шока выписки», осуществляя плавный переход «больница (клиника)–дом», и способствует тем самым раннему обращению к врачу, началу лечения и профилактике инвалидизации, а также оптимальной ресоциализации больных [9, 10, 14], что делает необходимым создание новых организационных форм реабилитации психически больных [3].

Таким образом, современные тенденции развития психиатрии, направленные на расширение круга специалистов службы психического здоровья и углубление взаимопонимания между ними, смещение акцентов лечения во внебольничные учреждения, создание интегративных персонологических подходов к терапии, гибко адаптированных к индивидуальным нуждам больного и этапам заболевания, повышение уровня знаний населения в вопросах психопрофилактики и психогигиены, дают обоснованную надежду на достойное противостояние тенденции роста психопатологии среди населения [2] и уменьшение явлений стигматизации в отношении психически больных [4, 7, 10] что, в целом, будет способствовать улучшению экологии личности пациента [15, 17].

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. М.: ГОЭТАР-Медиа, 2007. 720 с.
2. Аутохтонные непсихотические расстройства/ Под ред. А.П.Коцюбинского: СпецЛит. 2015. 495 с.
3. Коцюбинский А.П., Бутома Б.Г. Стационарное отделение (с открытыми дверями) и дневной стационар как новая организационная форма в современной концепции реабилитации психически больных // Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. Выпуск III/ Под ред. О.В.Лиманкина, С.В.Бабина). СПб.: Издательство «Таро». 2016. С. 132–139.
4. Коцюбинский А.П., Бутома Б.Г., Медведев С.Э., Степанова А.В. Системные аспекты дестигматизации в психиатрии // Вестник психотерапии. 2016. № 60. С. 74–87.
5. Лутова Н.Б., Макаревич О.В. Взаимосвязь терапевтического альянса и типа отношения семьи к лечению у больных шизофренией // Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. 2012. № 4. С. 59–63.
6. Лутова Н.Б. Структура комплайенса у больных с эндогенными психическими расстройствами: Автореф. дисс. Док. мед. наук. СПб., 2013.
7. Лутова Н.Б., Сорокин М.Ю., Петрова Ю.И., Вид В.Д. Структура психиатрической стигмы в наши дни // Психическое здоровье. 2016. № 8. С. 44–50.
8. Лутова Н.Б., Раковская Н.В., Соркин М.Ю., Вид В.Д. Влияние личностных параметров больных шизофренией на показатели субъективной удовлетворенности лечением в стационаре // Вестник психотерапии. 2016. №58. С. 113–124.
9. Медведев С.Э., Коцюбинский А.П., Бутома Б.Г., Задонская О.Ю. Место системной психотерапии в полипрофессиональном комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий при расстройствах шизофренического спектра // Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. 2016. № 3. С. 10–15.
10. Медведев С.Э., Бутома Б.Г. Практика применения биопсихосоциального подхода в лечении и реабилитации пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра // Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. Выпуск III/ Под ред. О.В.Лиманкина, С.В.Бабина). СПб.: Издательство «Таро», 2016. С. 162–168.
11. Семичов С.Б. Системный подход и социально-биологическая проблема в психиатрии // Проблемы системного подхода в психиатрии. Рига, 1977. С. 39–44.
12. Сорокин М.Ю. Распространённость внешней стигматизации у психически больных и её взаимосвязь с мотивацией к лечению // Неврологический вестник. 2016. Т. XLVIII, вып. 2. С. 73–77.
13. Сорокин М.Ю., Лутова Н.Б., Вид В.Д. Роль подсистемы мотивации к лечению в общей структуре комплайенса у больных при проведении психофармакотерапии // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. 2016. № 4, Вып. 1. С. 32–36.
14. Ястребов В.С., Митихин В.Г., Солохина Т.А., Михайлова И.Н. Системно-ориентированная модель психосоциальной реабилитации // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. 2008. № 6. С. 4–10.
15. Bronfenbrenner U. Ecological systems theory // Ann. Child Development. 1989. Vol. 6. P. 187–224.
16. Link B.G., Struening E.L., Neese-Todd S., Asmussen S., Phelan Jo.C. Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses // Psychiatr. Serv. 2001. Vol. 52, N 12. P. 1621–1626.
17. Rodgers B.E. An Ecological Approach to Understanding the Stigma Associated with Receiving Mental Health Services: The Role of Social Proximity – Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy, Blacksburg, Virginia. 2009. 120 p.

ЭКОЛОГИЧЕСКИ ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРИГАДОЙ (СООБЩЕНИЕ 2)

А.П. Коцюбинский, Б.Г. Бутома, С.Э. Медведев, Н.Б. Лутова, М.Ю. Сорокин

В статье показано, что многомерная (холистическая) диагностика, учитывающая изоморфизм структуры отношений в семье пациента, является основанием для работы специалистов полипрофессиональных терапевтических бригад, способствует уменьшению явлений стигматизации, повышению адаптивных возможностей пациента и его возвращению в социум, что в целом улучшает экологию личности пациента.

Ключевые слова: бригадная форма работы, психические расстройства, холистический подход, биологический диагноз, психологический диагноз, социальный диагноз, функциональный диагноз, мотивация к лечению, комплаенс, психотерапия, системная семейная терапия, экология семейных отношений, социотерапия, психофармакотерапия.

ECOLOGICALLY ORIENTED APPROACH TO REHABILITATION OF MENTAL PATIENTS HANDLED BY A MULTIDISCIPLINARY TEAM (PAPER 2)

A.P. Kotsyubinsky, B.G. Boutoma, S.E. Medvedev, N.B. Loutova, M.Yu. Sorokin

This article shows how multivariable (holistic) diagnosis - that takes into account isomorphism of relations in patient's family - forms the basis for specialists' functioning in multidisciplinary teams. It reduces stigma, contributes to patient's adaptive ability development and his returning to society, and in general improves the ecology of the patient's personality.

Key words: teamwork, mental disorders, holistic approach, biological diagnosis, psychological diagnosis, social diagnosis, functional diagnosis, motivation to treatment, compliance, psychotherapy, system family therapy, ecology of partner relations, sociotherapy, psychopharmacotherapy.

Коцюбинский Александр Петрович – доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник, руководитель отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М.Бехтерева»; e-mail: ak369@mail.ru

Бутома Борис Георгиевич – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М.Бехтерева»; e-mail: butbor08@gmail.com

Медведев Сергей Эрнстович – кандидат медицинских наук, врач-психотерапевт отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М.Бехтерева»; e-mail: sem2001@bk.ru

Лутова Наталия Борисовна – доктор медицинских наук, главный научный сотрудник, руководитель отделения интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М.Бехтерева»; e-mail: lutova@mail.ru

Сорокин Михаил Юрьевич – младший научный сотрудник отделения интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М.Бехтерева»; e-mail: m.sorokin@list.ru