

М. В. Маркова, Г. П. Сябренко

Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков)

Аффективные нарушения в структуре дезадаптации супругов пожилого возраста и их комплексная терапия

На основе исследования с позиций системного подхода 144 супружеских пар (СП) в возрасте от 65 до 82 лет, в которых мужчины проходили стационарное лечение вследствие соматических заболеваний (патологии сердечно-сосудистой и/или эндокринной систем, а также опорно-двигательного аппарата), среди которых 112 СП с психосексуальной неудовлетворенностью составили основную группу, а 32 с психосексуальной удовлетворенностью — группу сравнения, доказана важность сексуальной адаптации для супругов пожилого возраста и разработана система ее комплексной терапии. На основе полученных данных разработана система комплексной терапии дезадаптации супругов пожилого возраста, внедрение которой позволило ликвидировать психопатологические проявления тревожно-депрессивно-фобического содержания у 91,1 ± 2,9 % мужчин и 87,5 ± 3,3 % женщин, нормализовать сексуальную функцию — у 65,2 ± 4,8 % мужчин и 73,2 ± 4,4 % женщин и восстановить супружескую адаптацию у 71,4 ± 4,5 % СП.

Ключевые слова: дезадаптация, супруги, пожилой возраст, комплексная терапия.

M. V. Markova, G. P. Syabrenko

Kharkiv medical Academy of Postgraduate Education (Kharkiv)

Affective disorders in structure disadaptation means of elderly and complex therapy

Based on the systems research approach 144 married couples aged from 65 to 82, which men were hospital patients for the reasons of somatic disease (cardiovascular pathology and/or pathocrine and support-motor apparatus pathology) were analyzed. 112 testees representing sexually dissatisfied married couples made up main group, the rest of 32 sexually satisfied married couples made up control group of a research. This analysis showed up importance of sexual adaptation for the elderly aged married couples and contributed to the elaboration of its complex therapy system. Its implementation enabled disposition of psychopathological features of depressive phobic-anxious origin within 91.1 ± 2.9 % men and of 87.5 ± 3.3 % women, as well as improved sexual function of 65.2 ± 4.8 % men and of 73.2 ± 4.4 % women and renewed marital adaptation of 71.4 ± 4.5 % married couples.

Key words: disadaptation, married couple, elderly age, complex therapy.

УДК 616.832-004.2:616.895.4-008.47

Н. А. Марута, д-р мед. наук, проф., зам. директора по НИР, зав. отд. неврозов и пограничных состояний, М. В. Данилова
 ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины»
 (г. Харьков)

**ДЕПРЕССИВНЫЕ РЕАКЦИИ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ
 (Клинико-психопатологические и патопсихологические особенности
 и факторы формирования)**

Обследовано 167 больных рассеянным склерозом, из них основную группу составили 38 больных с депрессивными реакциями в клинической картине, контрольную — 129 больных без признаков депрессивной патологии. На основании комплексного клинико-психопатологического и патопсихологического исследования выделены основные особенности протекания и факторы формирования депрессивных реакций у больных рассеянным склерозом. Описан патопсихологический механизм развития депрессивной реакции.

Ключевые слова: депрессивные реакции, рассеянный склероз, клинико-психопатологические особенности, патопсихологические факторы

Неутешительная статистика последних лет свидетельствует о значительном росте и тенденции к прогрессирующему увеличению депрессивных расстройств в общей популяции населения планеты. В 50-х годах XX века в популяции определялось 2—5 % депрессивных пациентов. Сейчас тех, кто хотя бы раз в жизни пережил депрессивный эпизод, уже около 30 %, а к концу XXI века риск возникновения таких «эпизодов» в популяции населения планеты, по прогнозам, приблизится к 100 % [4, 7]. Подобная динамика позволяет некоторым авторам говорить о своеобразной «большой эпидемии депрессий».

В общей популяции депрессивные расстройства занимают 5—17 %, причем в условиях специализированных психиатрических учреждений амбулаторного звена они составляют примерно 1 %, при массовом

обследовании на промышленных предприятиях обнаруживаются уже у 26 % людей, а среди обратившихся к специалистам общей практики — у 68 %, в неврологии — у 86 % [2, 5, 6]. Наличие депрессии значительно усугубляет течение основного заболевания, снижает эффективность лечения и увеличивает суицидальный риск [4—7]. В связи с чем проблема депрессивных расстройств при соматической и неврологической патологии является одним из актуальнейших направлений исследовательской и лечебно-диагностической работы.

Целью данного исследования явилось изучение клинико-психопатологических и патопсихологических особенностей депрессивных реакций при рассеянном склерозе.

В исследовании приняли участие 38 больных рассеянным склерозом, осложненным расстройством адаптации в виде депрессивных реакций (F 43.21—43.22), которые составили основную группу. В группу контроля вошли больные рассеянным склерозом без депрессивных проявлений в количестве 129 человек.

В качестве инструментария использовались *клинико-психопатологический метод*, включающий оценку психического состояния больного; *психометрические методы*: шкала Монтомери — Асберга — для объективной оценки тяжести депрессии (MADRS) [12]; опросник депрессии Бека — для субъективной оценки тяжести депрессии [10]; клиническая шкала тревоги (CAS) — для объективной оценки степени выраженности тревожной симптоматики [11]; шкала самооценки

© Марута Н. О., Данилова М. В., 2011

тревоги Шихана — для суб'єктивної оцінки тяжести тривожної симптоматики [11] і *психодіагностическіє методи*: тест СМІЛ — для виявлення особливостей [8]; цвєтєвої тест Люшєра — для изучення особливостей емоцієнального і поведєнчєского реагированія [9]; Торєнтська шкала алекситимії — для аналіза ролі алекситимії в генезє депрєссій [3]; опросник Бєхтерєвського інститута — для изучення тїпа отношєний к болєзни [1]. Для обрєботки получєнных даних іспользовались мєтєды описатєльной статистики і сравнитєльного аналіза для установлєния вєроятности разлічій мєжду выбєрками.

Согласно анамнєстическим даним, наследственная отягощенность психическими расстройствами у больных рассеянным склерозом, осложненным депрессивными реакциями, регистрировалась в 84,2 % случаев, из которых в 71,0 % случаев наследственность была отягощена психическими расстройствами невротического регистра (соматоформные — 52,6 % и невротические расстройства — 18,4 %). Наличие перинатальной патологии фиксировалось у 15,8 % больных данной группы, в то время как невропатическая конституция в детстве была выявлена у 78,4 % (с раннего детства эти обследуемые были капризные, плаксивые, у них отмечался плохой сон и аппетит). Данная патология формировалась преимущественно на фоне интровертированных (в 89,5 % случаев), тревожных (в 89,5 % случаев), психастенических (в 84,2 % случаев) преморбидных личностных особенностей.

В 94,7 % случаев депрессивная реакция развивалась у больных рассеянным склерозом с длительностью заболевания 1—5 лет, встречалась преимущественно при рецидивирующе-ремитирующем (у 47,4 %) и первично прогрессирующем (у 52,6 %) рассеянном склерозе, чаще регистрировалась у больных спинальной формой рассеянного склероза (у 73,6 %).

Важная роль в формировании депрессивной реакции принадлежала психогенным факторам, которые были выявлены в 94,7 % случаев. Среди психогенных факторов превалировали факторы собственной болезни, ухудшения материально-бытового состояния, безработицы, потери социального статуса, неудовлетворенности работой. В 81,6 % случаев психогенные факторы носили характер острых воздействий.

По данным синдромального анализа, в 73,7 % случаев у больных рассеянным склерозом депрессивные реакции проявлялись в виде тревожного (ажитированного) синдрома, наблюдалось преобладание немотивированной тревоги, чувства надвигающейся беды, неуверенности, разнообразных тревожных опасений, переживаний, чувства собственной виновности, моторного беспокойства, суетливости, колебаний аффекта, обычно с ухудшением в вечерние часы, соматовегетативных расстройств.

Объективная тяжесть депрессии у данных больных соответствовала умеренно легкой степени (24,1 ± 3,7 баллов по шкале Монтомєри — Асбєрга). При этом субъективная оцєнка депрєссии достигала уровня тяжелой степени (26,4 ± 2,2 баллов по опроснику депрєссии Бєка). Подобное рассогласование свидетельствовало о выраженной тенденции пациентов переоценивать тяжесть своего состояния.

В феноменологической структуре депрессивной симптоматики среди двигательных расстройств у больных

депрессивными реакциями при рассеянном склерозе преобладали рудиментарные двигательные расстройства (78,9 %), которые проявлялись в виде гипотимии (55,3 %), легкой заторможенности (26,3 %) и мышечной адинамии (18,4 %). Двигательное беспокойство отмечалось в 34,2 % случаев и регистрировалось преимущественно в структуре тревожно-депрессивной реакции, т. е. было проявлением тревожного компонента депрессии.

Среди когнитивных расстройств наиболее частыми у больных с депрессивными реакциями при рассеянном склерозе были нарушения памяти (94,7 %) и снижение уровня концентрации внимания (84,2 %), также регистрировались идеи малоценности (36,8 %), ипохондрические расстройства (36,8 %) и трудности в принятии решений (34,2 %).

Среди поведенческих расстройств преобладали тревожные расстройства (81,6 %), ухудшение коммуникативных функций (39,5 %), наличие ананкастных расстройств (28,9 %), что свидетельствовало о выраженной роли тревожного компонента в формировании нарушений поведения у данной категории больных.

Эмоциональные нарушения у больных депрессивными реакциями при рассеянном склерозе проявлялись в виде тревоги (81,6 %), отчаяния (78,9 %), печали (76,3 %) и неудовольствия (68,4 %) и свидетельствовали о психогенном генезе депрессий.

Соматовегетативные проявления в клинике депрессивных реакций при рассеянном склерозе характеризовались высокой частотой, многообразием и сочетанным характером. В большинстве случаев отмечались нарушения сна (81,6 %), гипергидроз (78,9 %), вегетативно-висцеральные кризы (78,9 %), сексуальные нарушения (76,3 %), нарушения сердечно-сосудистой системы (71,1 %).

Согласно данным клинической шкалы тревоги (CAS) и шкалы самооценки тревоги Шихана больные рассеянным суб'єнєрєфінхарактеризовались высоким уровнем как субъективной, так и объективной тревоги (соответственно 96,6 ± 7,9 и 19,3 ± 2,8 баллов), что достоверно превышало данные показатели в контрольной группе (соответственно 21,7 ± 2,5 и 4,1 ± 1,5 баллов), $p < 0,05$. Более того, у больных рассеянным склерозом с депрессивными реакциями тревожные расстройства были не только выраженными по силе, но и разнообразными по клиническим проявлениям. В клинике тревоги у данных больных отмечались: нехватка воздуха, учащенное дыхание, ощущение удушья, тахикардия, потливость, приступы дурноты, головокружения, слабость в ногах, тошнота, онемения в различных частях тела, приливы жара, тремор, периодически возникающий страх того, что произойдет что-то ужасное, наступит смерть, избегание пугающих ситуаций, состояния зависимости от других людей, напряженность, невозможность расслабиться, чрезмерное беспокойство о своем здоровье, трудности засыпания, беспокойный сон, ритуалы. В целом, у больных с депрессивными реакциями при рассеянном склерозе в клинике отмечались не только тревожные симптомы, но и панические расстройства, которые достигали уровня 60,5 % от всего количества больных депрессивными реакциями. Эти панические расстройства были связаны с ситуациями физической несостоятельности вследствие основного заболевания (нарушение двигательных функций, функций

мочеполовой системы и т. д.). В патогенезе панических расстройств у больных с депрессивной реакцией при рассеянном склерозе основным механизмом их формирования являлся механизм условно-рефлекторного закрепления панической тревоги во времени, месте и ситуации с последующим усложнением ее клинической картины.

В характерологическом профиле (по данным методики СМИЛ) больных с депрессивной реакцией на фоне рассеянного склероза наблюдалось значительное повышение показателей по шкалам «тревожности» (79 ± 7 Т), «интроверсии» (75 ± 8 Т) и «депрессии» (73 ± 10 Т), в сравнении с данными контрольной группы, соответственно, 36 ± 3 Т, 53 ± 9 Т и 54 ± 7 Т, различия статистически значимы при $p \leq 0,05$. Полученные данные свидетельствовали о выраженных тревожных и депрессивных патопсихологических феноменах с признаками социальной дезадаптации: тенденцией «ухода в себя», ослаблением социальных контактов, отгороженностью и отчужденностью. Больные характеризовались пассивностью, неуверенностью, высокой чувствительностью к негативным средовым воздействиям, инертностью в принятии решений, высокой тревожностью, склонностью к острому переживанию неудач, к волнениям, повышенным чувством вины, замкнутостью и ригидностью установок. В мотивации данных больных преобладали тенденции избегания неуспеха, в качестве основного защитного механизма использовались — ограничительное поведение, блокировка активности, отказ от самореализации и усиление контроля сознания, уход от контактов и бегство от проблем. Актуальной потребностью выступала потребность в понимании, любви, доброжелательном к себе отношении, избавлении от страхов и неуверенности. При этом профиль СМИЛ свидетельствовал о явно ослабленных социальных контактах этих больных, их отгороженности и отчужденности. Перечисленные патопсихологические качества отражали наличие невротических механизмов формирования депрессивных реакций у больных с психастеническим, тревожно-мнительным и интровертированным типами личности.

Согласно данным теста Люшера, у больных рассеянным склерозом с депрессивными реакциями наблюдалось преобладание синего (в 68,4 % случаев) и желтого (в 63,2 % случаев) цветов на первой и второй позициях ряда; и преобладание коричневого (в 71 % случаев) и фиолетового (в 55,3 % случаев) — на седьмой и восьмой позициях. Предпочтение синего и желтого цветов (+1+4) свидетельствовало о превалировании смешанного, эмоционально неустойчивого паттерна индивидуально-личностных свойств с высокой подверженностью внешним (средовым) воздействиям. В личностной сфере отмечались ранимость, чувствительность, зависимость от значимых окружающих, повышенный самоконтроль и конформность установок, сочетающиеся с тенденцией к легкой смене настроения и устремлений. Выявлялись склонность к экзальтации, потребность нравиться окружающим, стремление к сопричастности интересам референтной группы, легко сменяющееся тенденцией уйти от излишней ответственности. Смещение коричневого и фиолетового цветов в конец цветового ряда (–6–5) отражало напряженность, вызванную трудностями в межличностных контактах, имеющих большую значимость для данных

больных. В качестве защитных реакций использовались ограничительные тенденции и избирательность в контактах. Основной эмоциональный конфликт у больных с депрессивными реакциями (+1–6) заключался, с одной стороны, в потребности в повышении собственной значимости и в усиленном самоконтроле, с другой стороны.

Следовательно, полученные результаты свидетельствовали о потребности у больных с депрессивными реакциями при рассеянном склерозе в прочной и глубокой привязанности, эмоциональном комфорте и защите от негативных социальных воздействий. Данная потребность являлась ведущей и поэтому — наиболее травмируемой мишенью. Больные с депрессивными реакциями при рассеянном склерозе характеризовались чувствительностью и зависимостью от других, повышенной потребностью нравиться окружающим. Результаты теста отчетливо констатировали стресс, вызванный отсутствием факта самоутверждения в общении и неудовлетворенной потребностью конгруэнтных межличностных отношений, уязвимостью перед негативными социальными воздействиями. Отмечалась явная напряженность, вызванная невозможностью контролировать происходящее вокруг.

При анализе результатов, полученных на основании Торонтской шкалы алекситимии, значимых различий в выраженности алекситимии у больных рассеянным склерозом основной и контрольной групп обнаружено не было, что свидетельствовало о сохранности когнитивных личностных особенностей больных обеих групп, способности адекватно выражать свои эмоции и идентифицировать эмоции окружающих людей.

Для больных с депрессивными реакциями при рассеянном склерозе было свойственно преобладание тревожного (73,7 %), ипохондрического (65,8 %), obsessivno-fobicheskogo (57,9 %) и эгоцентрического (55,3 %) типов отношения к болезни. Все четыре выделенных типа отношения к болезни сочетались у пациентов в различных вариантах. Больные не могли объективно оценить свое состояние, не стремились конструктивно помогать медперсоналу в лечении, а в случае неудачного исхода лечения — отчаивались и не могли переключить свои интересы на другие доступные области жизни. Подобное сочетание типов отношения к болезни, к ее лечению, врачам и медперсоналу соответствовало невротическим формам реагирования. Тревожный тип отношения к болезни отражал непрерывное беспокойство, тревогу и мнительность в отношении течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Больные постоянно искали новые способы лечения, дополнительную информацию о рассеянном склерозе, методах лечения, вероятных осложнениях. Больные с ипохондрическим типом отношения к болезни сосредотачивались на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Они постоянно стремились рассказывать о них окружающим, преувеличивали симптомы болезни и выскивали несуществующие симптомы и страдания. У больных этой группы сочеталось желание лечиться и неверие в успех лечения, требования тщательного обследования и боязнь вреда от диагностических и лечебных процедур. При obsessivno-fobicheskogo типе отношения к болезни была характерна тревожная мнительность, которая касалась не реальных опасностей,

а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных (но малообоснованных) неудач в жизни, работе, семейной жизни в связи с болезнью. Воображаемые опасности волновали больше, чем реальные. Защитой от тревоги становились различные приметы и ритуалы. Для больных с эгоцентрическим типом отношения к болезни был характерен феномен «ухода в болезнь». Больные выставляли напоказ близким и окружающим свои страдания и переживания с целью завладения их вниманием, любовью. Требовали исключительную о себе заботу. Постоянно подчеркивали свое особое положение, свою исключительность в отношении болезни.

Результаты проведенного исследования позволили зафиксировать клинико-психопатологические и патопсихологические особенности и факторы формирования депрессивных реакций при рассеянном склерозе.

Так, в качестве основных клинико-психопатологических особенностей депрессивных реакций при рассеянном склерозе выделены: проявление депрессивного расстройства тревожным (ажитированным) синдромальным вариантом умеренно легкой степени тяжести; тенденция субъективно переоценивать тяжесть своего состояния; преобладание в общей структуре депрессивной симптоматики расстройств невротического характера и выраженность тревожного компонента в их формировании.

В генезе органических депрессивных расстройств у больных рассеянным склерозом важная роль принадлежит наследственной отягощенности невротической патологией, невропатической конституции в детстве, преморбидным личностным особенностям «невротического регистра», психогениям острого характера, длительности заболевания рассеянным склерозом не более 5 лет, рецидивирующе-ремитирующему и первично прогрессирующему типу течения рассеянного склероза, спинальной его форме.

Основными патопсихологическими факторами формирования депрессивных реакций у больных рассеянным склерозом служили выраженная тревожность (вплоть до панических расстройств), как проявление базовой эмоции, у тревожно-мнительного, психастенического и интровертированного типов личности; защитный приспособительный механизм в виде отказа от активности и ограничительного поведения; актуальная (ведущая) потребность в понимании, любви, самоутверждении, конгруэнтных межличностных отношениях.

Патопсихологический механизм формирования депрессивной реакции при рассеянном склерозе заключался в следующем. Пусковым фактором развития депрессии являлся сам факт наличия демиелинизирующего заболевания, который у личности с тревожной базовой predisпозицией вызывал выраженное тревожное состояние, вплоть до панических расстройств. Для минимизации выраженного тревожного состояния запускается подсознательный механизм защитного поведения, проявляющийся в ограничительном поведении и избегании неуспеха. Ограничительное поведение блокировало реализацию ведущей личностной потребности больного в понимании, любви, самоутверждении, конгруэнтных межличностных отношениях, что способствовало формированию депрессивной реакции и социальной дезадаптации.

Каждый этап патопсихологического формирования депрессивных реакций при рассеянном склерозе характеризовался соответствующими типами отношения к болезни. Так, на этапе тревожного отреагирования на факт наличия болезни у больных формировалось преимущественно тревожное отношение к болезни, на этапе ограничительного поведения — обсессивно-фобическое отношение к болезни. Блокировка реализации потребности в понимании, любви, самоутверждении, конгруэнтных межличностных отношениях способствовала развитию ипохондрического и эгоцентрического отношения к болезни, с помощью которых больной пытался через механизм «ухода в болезнь» привлечь к себе внимание, компенсировать недостаток значимости, любви и уровня самоутверждения.

Выделенные в ходе исследования клинико-психопатологические и патопсихологические особенности и факторы формирования депрессивных реакций при рассеянном склерозе необходимо учитывать в качестве дифференциальных критериев диагностики данного вида депрессивной патологии у больных рассеянным склерозом, что позволит значительно повысить диагностическую точность и обеспечить своевременное адекватное лечение данных больных.

Список литературы

1. Психологическая диагностика отношения к болезни. Пособие для врачей / [Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Карпова Э. Б., Вукс А. Я.]. — СПб., 2005. — 86 с.
2. Депрессия в неврологической практике (клиника, диагностика, лечение) / [А. М. Вейн Т. Г. Вознесенская, В. Л. Голубев, Г. М. Дюкова]. — 3-е изд. перераб. и доп. — М.: МИА, 2007. — 197 с.
3. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах: пособие для психологов и врачей / [Ересько Д. Б., Исурина Г. Л., Кайдановская Е. В. и др.]. — СПб:ИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2005. — 32 с.
4. Лобачева, Л. С. Тенденции распространенности и изменения клинических проявлений эндогенных и неэндогенных депрессий в последние десятилетия / Л. С. Лобачева // Матер. Межрегиональной науч.-практ. конф., посвящ. 70-летию организации психиатрической помощи в Иркутской области. — Иркутск, 2005. — С. 217—219.
5. Марута, Н. А. Депрессии в общемедицинской практике: Справочное пособие для врачей первичной медико-санитарной сети / Марута Н. А., Мамчур А. И., Юрьева Л. Н. — Киев, 2009. — 20 с.
6. Михайлов, Б. В. Проблема депрессий в общесоматической практике / Б. В. Михайлов // Международный медицинский журнал. — 2003. — Т. 9, № 3. — С. 22—27.
7. Решетников, М. М. Психодинамика и психотерапия депрессий / М. М. Решетников. — СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа. 2003. — 328 с.
8. Собчик Л. Н. Многофакторный метод исследования личности СМЛЛ (ММРЛ). Методическое пособие / Л. Н. Собчик. — СПб., 1999. — 137 с.
9. Собчик Л. Н. МЦВ — метод цветových выборов. Модифицированный восьмицветовой тест Люшера. Практическое руководство. — СПб., Изд-во «Речь», 2001. — 112с.
10. Когнитивная терапия депрессий / [Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г.] — СПб.: Питер, 2003. — 304 с.
11. Мак Глинн Т. Дж. Меткалф Г. Л. (McGlenn T. G., Metkalf G. L.) Диагностика и лечение тревожных расстройств: Руководство для врачей (пер. под ред. Ю. А. Александровского). — American Psychiatric Press, 1989. — Р. 98—101.
12. Монтгомери, С. А. Новая шкала депрессии, разработанная как чувствительная к изменениям / С. А. Монтгомери, М. Асберг // Британский журнал психиатрии. — 1997, 134: 332—89.

Надійшла до редакції 22.03.2011 р.

Н. О. Марута, М. В. Данилова

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)*

**Депресивні реакції у хворих на розсіяний склероз
(клініко-психопатологічні і патопсихологічні
особливості та чинники формування)**

Обстежено 167 хворих на розсіяний склероз, з них основну групу склали 38 хворих з депресивними реакціями в клінічній картині, контрольну — 129 хворих без ознак депресивної патології. На підставі комплексного клініко-психопатологічного і патопсихологічного дослідження виокремлено основні особливості перебігу та чинники формування депресивних реакцій при розсіяному склерозі. Описаний патопсихологічний механізм розвитку депресивної реакції.

Ключові слова: депресивні реакції, розсіяний склероз, клініко-психопатологічні особливості, патопсихологічні чинники.

N. O. Maruta, M. V. Danylova

*State institution "Institute of Neurology, Psychiatry, and Narcology
of the NAMS of Ukraine" (Kharkiv)*

**Depressive reactions in patients with multiple sclerosis
(Clinical-psychopathological and pathopsychological
peculiarities and factors of formation)**

One hundred sixty seven patients with multiple sclerosis were examined. The main group consisted of 38 patients with depressive reactions in the clinical picture; the control group consisted of 129 patients without features of depressive pathology. On the base of an integrated clinical-psychopathological and pathopsychological investigation the main peculiarities of course and factors of formation of depressive reactions in patients with multiple sclerosis were determined. The pathopsychological mechanism of development of depressive reaction was described.

Key words: depressive reactions, multiple sclerosis, clinical-psychopathological peculiarities, pathopsychological factors.

УДК 616.895.8-08-039.76:159.922.27

Б. В. Михайлов, В. Б. Мажбиц

*Харьковская медицинская академия последипломного образования;
КУОЗ «Городской психоневрологический диспансер № 3» (г. Харьков)*

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

В данной статье рассмотрены основные принципы построения биопсихосоциальной модели реабилитации больных шизофренией. Проанализированы базовые направления формирования реабилитационной программы с учетом психических, личностных и социальных особенностей больных шизофренией.

Ключевые слова: биопсихосоциальный подход, реабилитация, шизофрения

Социальная психиатрия является важным направлением психиатрической науки. Именно она рассматривает вопросы реабилитации (психосоциальной, медико-социальной), а также процессы реинтеграции пациентов с психическими расстройствами в общество [9, 10].

В настоящее время выделены 9 основных принципов [11] социальной психиатрии:

1. Данное направление предполагает равенство возможностей всех членов общества, не исключая психически больных.
2. Отрицается еще встречающееся сугубо биологическое понимание психического заболевания.
3. Психиатрические диагнозы не должны быть стигматизирующими.
4. Признается и изучается комплексное влияние социальных факторов на психическое здоровье.
5. Принцип солидарности с психически больным должен лежать в основе социально-психиатрической помощи.
6. В лечении психического больного особая роль принадлежит как врачу, так и социальным работникам, родственникам и другим лицам из близкого окружения больного.
7. Альтернативой институциональному подходу к лечению должно служить вышеперечисленное «терапевтическое сообщество».
8. Профилактика и реабилитация являются приоритетными в деятельности врачей-психиатров.

9. Предмет социальной психиатрии составляют эмпирические исследования и терапевтическая практика, направленные на реадaptацию психически больного и его интеграцию в социальную реальность.

Доказана приоритетность развития социального аспекта психиатрической теории и практики [5, 8].

Существенное значение в рамках биопсихосоциальной модели возникновения, клинического проявления и реабилитационного потенциала шизофрении имеют адаптационно-компенсаторные механизмы. В данной модели предполагается выделение двух типов адаптации — психической и социальной. Психическая адаптация — сознательно саморегулируемая система, осуществляющая функциональную деятельность, в основе которой лежит субъективная индивидуально-личностная оценка природных и социальных воздействий на человека. Социальная адаптация понимается как результат процессов психической адаптации во внешней среде, характеризующий особенности взаимодействия индивидуума с социальным окружением.

При рассмотрении этиопатогенетических и реабилитационных аспектов шизофрении учитывается как психологическая, так и биологическая адаптация. Защитные психологические механизмы личности — психологическая защита и копинг направлены на удержание уровня конфликтности в пределах фонового. Болезненный процесс, лишенный противодействия компенсаторных образований, приводит к истощению адаптационных механизмов, снижению общих функциональных возможностей организма, что клинически проявляется преимущественно в виде негативной симптоматики.

Биопсихосоциальный подход основан на представлении о реабилитации как системе, направленной на достижение определенной цели (частичное или полное восстановление личного и социального статуса больного) путем опосредования через личность лечебно-восстановительных воздействий и мероприятий,