

*А. М. Кожина, В. И. Коростий, О. Ю. Резуненко*  
**СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА**  
**(клинико-психопатологическая характеристика, эффективность психообразования**  
**в комплексной терапии)**

*Г. М. Кожина, В. І. Коростій, О. Ю. Резуненко*  
**Сучасний погляд на проблему біполярного афективного розладу**  
**(клініко-психопатологічна характеристика, ефективність психоосвіти в комплексній терапії)**

*H. M. Kozhyuna, V. I. Korostiy, O. Yu. Rezunencko*  
**Modern view on the issue of bipolar affective disorder**  
**(clinical-psychopathological characteristics and efficiency of psychoeducation in the complex therapy)**

В работе изучались клинико-психопатологические особенности биполярного расстройства (БАР) у пациентов, находящихся на лечении в условиях психиатрического стационара, и подходы к психообразованию в комплексном лечении этой категории больных.

Как показали результаты исследования, комплексный подход в терапии БАР, который включал в себя психофармакотерапию с использованием атипичных нейролептиков и нормотимиков, психотерапевтических программ в сочетании с психообразовательными тренингами, приводит к восстановлению социальной активности и успешной ресоциализации больных. Это, в свою очередь, свидетельствует о том, что психообразование не только увеличивает объем знаний, усиливает уверенность в борьбе с болезнью, но и решает проблему социальной реинтеграции больного.

По результатам катamnестического наблюдения в основной группе на фоне проводимой комплексной терапии с использованием психообразовательного вмешательства у 82,2 % больных был достигнут стойкий терапевтический эффект, который сохранялся в течение 2 лет, в 11,1 % — состояние оставалось без динамики и в 6,7 % — отмечался рецидив заболевания. В группе контроля улучшение состояния было только у 10 % пациентов, у 48 % регистрировалась госпитализация в связи с рецидивом заболевания. Критериями эффективности были устойчивость ремиссии, частота госпитализации, качество жизни, уровень тревоги, улучшение психического состояния.

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

У роботі вивчалися клініко-психопатологічні особливості біполярного розладу (БАР) у пацієнтів, що перебувають на лікуванні в умовах психіатричного стаціонару, і підходи до психоосвіти в комплексному лікуванні цієї категорії хворих.

Як показали результати дослідження, комплексний підхід у терапії БАР, який включав в себе психофармакотерапію з використанням атипичних нейролептиків і нормотиміків, психотерапевтичних програм у поєднанні з психоосвітніми тренінгами, приводить до відновлення соціальної активності та успішної ресоціалізації хворих. Це в свою чергу, свідчить про те, що психоосвіта не тільки збільшує обсяг знань, посилює впевненість у боротьбі з хворобою, але і вирішує проблему соціальної реінтеграції хворого.

За результатами катamnестичного спостереження в основній групі на тлі проведеної комплексної терапії з використанням психоосвітнього втручання у 82,2 % хворих був досягнутий стійкий терапевтичний ефект, який зберігався протягом 2 років, в 11,1 % — стан залишався без динаміки і в 6,7 % — відзначений рецидив захворювання. У групі контролю поліпшення стану було тільки у 10 % пацієнтів, у 48 % реєструвалася госпіталізація у зв'язку з рецидивом захворювання. Критеріями ефективності були стійкість ремісії, частота госпіталізації, якість життя, рівень тривоги, поліпшення психічного стану.

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

The paper was devoted to studies of the clinical and psychopathological features of bipolar disorder in patients who are receiving treatment in a psychiatric hospital, and approaches to psychoeducation in the complex treatment of this category of patients.

As the results of the study, an integrated approach in the treatment of BAR, which included psychopharmacotherapy using atypical antipsychotics and mood stabilizers, psychotherapy programs, combined with psychoeducational trainings, leads to the restoration of social activity and successful resocialization patients. This indicates that psychoeducation not only increases the amount of knowledge enhances confidence in the fight against the disease, but also solves the problem of reintegration of the patient.

According to the results of follow-up in the study group on the background of complex therapy using psychoeducational intervention in 82.2 % of patients had achieved stable therapeutic effect that was maintained for 2 years, 11.1 % — the state remained without speakers, and 6.7 % — had recurrent disease. In the control group, improvement was only 10 % of patients, 48 % of registered hospitalization due to recurrent disease. Performance criteria were: stability of remission, rates of hospitalization, quality of life, anxiety levels, improved mental state.

**Keywords:** bipolar disorder, psychoeducation, clinical and psychopathological features, the effectiveness of treatment

В настоящее время проблема биполярных аффективных расстройств (БАР) является одной из приоритетных для клинической практики и теоретической психиатрии [1, 5, 6].

Вопросы диагностики и терапии биполярного аффективного расстройства в последние годы являются одной из наиболее широко обсуждаемых медицинских проблем, как в связи со значительной распространенностью этого заболевания, так и в связи с трудностями его диагностики и терапии [3, 7, 9].

Учитывая хронический характер БАР с формированием различных психопатологических образований в разные периоды болезни, очевидно, что только комплексная фармакотерапия с гибким динамичным подходом к выбору терапевтической тактики, в зависимости от существующей на том или ином этапе болезни клинической картины, может обеспечить стабилизацию состояния и сохранение социальной адаптации этого контингента больных [2, 4, 8].

Психообразовательная работа является одним из приоритетов, как Всемирной организации здравоохранения, так и Всемирной психиатрической ассоциации.

Ее главная цель — дестигматизировать психическое расстройство и психиатрическую помощь, добиться понимания обществом ежедневных бытовых, материальных и духовных потребностей потребителей психиатрической помощи и членов их семей. Именно поэтому психообразовательная работа является неотъемлемым компонентом современной комплексной психиатрической помощи, одной из наиболее часто используемых методик психосоциального вмешательства.

С целью быстрой и успешной реинтеграции больного в общество, повышения его психофизической активности, расширения контактов с окружающими необходимо использование комплексного подхода к терапии БАР, включающего сочетание психофармакотерапии, психотерапии и психообразовательных тренингов [4, 10].

Вышеизложенное определило актуальность проведения данного исследования, цель которого — разработка и апробация психообразовательных программ в системе комплексной реабилитации больных БАР.

Для достижения поставленной цели, при условии информированного согласия, с соблюдением принципов биоэтики и деонтологии, на базе Харьковской областной клинической психиатрической больницы № 3 было проведено комплексное обследование 75 больных, с установленным диагнозом БАР в период стабилизации состояния.

Все пациенты получали регламентированную психофармакотерапию согласно стандартам МОЗ Украины в рамках обеспечения лечебного учреждения. Основную группу (пациенты которой принимали участие в психообразовательной программе, разработанной по результатам собственных исследований) составили 64 человека. В контрольную группу вошли 47 больных, получавших стандартную регламентированную терапию в больнице.

Исследование проводилось в рамках работы кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Харьковского национального медицинского университета, как научно-методического центра по психообразованию МЗ Украины.

Основными проявлениями БАР являются депрессивные и маниакальные фазы различной структуры. Типичными аффективными состояниями являются, прежде всего, классическая циркулярная депрессия и мания. Характерная их особенность — достаточная гармоничность выраженности аффективной триады симптомов (при депрессии — подавленное настроение, двигательное и идеаторное торможение, при мании — повышенное настроение, идеаторное и двигательное возбуждение).

Маниакальные состояния (F 30) выражаются в повышенном, жизнерадостном настроении, эйфории, при этом настроение больных остается приподнятым даже при получении неприятных известий и несчастий. Реактивные эмоции неглубоки и нестойки, темп мышления ускорен, внимание неустойчиво, отмечают гипертимезию, критика снижена. Больные общительны, много без умолку говорят, обнаруживая повышенный интерес к деятельности, начинают одно дело, бросают его, переходят к другому, быстро отвлекаясь, постоянно куда-то торопясь. Характерно усиление инстинктов. Повышенная эротичность проявляется в повышенном кокетстве, в вычурных нарядах и украшениях, в любовных записках и поисках любовных приключений. Обострение пищевого инстинкта — в прожорливости. При этом, находясь все время в движении и деятельности, больные не проявляют признаков утомления

и усталости, несмотря на недостаточный сон в течение недель и месяцев. Расстройства восприятия бывают, как правило, неглубоки и проявляются в виде иллюзий (зрительных и слуховых), парейдолий и метаморфозий — симптом «ложного узнавания». При маниакальной фазе БАР наблюдаются соматические и вегетативные расстройства, обусловленные повышением тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы (триада Протопопова В. П.): тахикардия, повышение артериального давления, потеря веса, нарушение менструального цикла у женщин, бессонница. По степени выраженности психопатологических симптомов различают легкие маниакальные состояния — гипомания, манию без психотических симптомов, манию с психотическими симптомами.

Центральное место в клинической картине депрессивной фазы (F 32) занимает витальный аффект тоски, печали, скорби. Болезненно сниженное настроение усиливается особенно в утренние часы — до меланхолии с унынием. Больные жалуются на мучительную тоску со сжимающими болями в области сердца, тяжестью за грудиной — «предсердечная тоска». Пациента невозможно отвлечь от этого состояния, развеселить, настроение остается прежним при воздействии положительных раздражителей из внешнего мира. Больные заторможены, вплоть до депрессивного ступора, малоподвижны, время проводят в однообразных скорбных позах. Тихим, монотонным голосом отвечают на вопросы, не проявляя интереса к беседе, высказывают идеи самоуничтожения, самообвинения, греховности, в тяжелых случаях приобретают бредовый характер. У таких больных, как правило, возникают суицидальные мысли и действия. Они не строят планов на будущее, считают его бесперспективным, не высказывают никаких желаний, кроме желания умереть, однако последнее могут скрывать и диссимулировать. Внимание приковано к собственным переживаниям, внешние раздражители не вызывают адекватных ответов. Инстинкты подавлены (анорексия вплоть до полного отказа от пищи, снижение либидо, попытки самоубийства). В ряде случаев, наряду с усилением отрицательных эмоций, может наблюдаться переживание утраты чувств, когда больные говорят, что они не испытывают обычных человеческих эмоций, стали бесстрастными автоматами, нечувствительны к переживаниям близких и поэтому мучительно страдают от собственного бесчувствия — симптом «болезненной анестезии психики» (*anaesthesia psychical dolorosa*), нередко сенестопатии, иллюзии. Частым симптомом при депрессии является нарушение восприятия времени и пространства, психосенсорные расстройства, приводящие к переживаниям деперсонализации и дереализации.

Соматовегетативные симптомы, как и при маниакальной фазе, обусловлены повышением тонуса симпатической нервной системы: падение веса, бессонница, беспокойный сон с частыми пробуждениями и отсутствием свежести после сна, возможно затрудненное слезоотделение, отмечается сухость, горечь во рту, у женщин — аменорея. Характерна триада Протопопова: мидреаз, тахикардия, спастический колит.

Длительность депрессивной фазы нередко превышает 6-8 месяцев. Депрессивные состояния встречаются в 6-8 раз чаще, чем маниакальные. По степени выраженности симптомов различают легкие, средней тяжести и тяжелые депрессии с непсихотическими и психотическими симптомами.

В настоящее время в терапии БАР используют комплексный подход, включающий в себя применение стабилизаторов настроения, нейролептиков, антидепрессантов, а также интенсивные психотерапевтические мероприятия (семейная терапия; групповая терапия; когнитивно-поведенческая терапия). К основным терапевтическим задачам следует отнести лечение текущего острого эпизода и обеспечение максимально возможной длительной ремиссии (прерывание цикличности процесса).

К препаратам первой линии выбора при БАР, независимо от фазы и этапа заболевания, относятся нормотимики, которые должны назначаться уже на начальных этапах заболевания, с их последующим длительным приемом. В качестве препаратов первого выбора при маниакальных и «смешанных» расстройствах рассматривают современные антипсихотики (атипичные нейролептики). Эти препараты эффективны при биполярном расстройстве, как в качестве монотерапии, так и в комбинации с традиционными стабилизаторами настроения (нормотимиками).

В ходе исследования в комплексной терапии больных БАР нами применялись психообразовательные программы. Целью психообразования является вовлечение пациента в процесс активного изменения собственного поведения.

Нами была использована система мер психообразовательной работы, к основным целям которой были отнесены:

- собственно «образование» путем доступного для каждого пациента и его семьи предоставления информации о причинах заболевания; важности медикаментозного лечения и связанных с ним вопросах (действенности, побочных эффектах, привыкании), распознавании и действиях при ранних признаках релапса;
- формирование у больных и членов их семей адекватного представления о заболевании;
- снижение эмоционального напряжения, вызванного фактом и проявлениями психического заболевания;
- снижение у пациентов и членов их семей уровня стигматизированности и самостигматизированности, коррекция искаженных болезнью социальных позиций пациентов;
- выработка у больных и их родственников комплаенса (осознанного соблюдения предписанного режима лечения);
- улучшение качества жизни больного.

Для решения поставленных задач мы использовали интегративную модель психообразовательной работы, которая включала в себя использование различных информационных модулей, приемов когнитивно-поведенческой психотерапии, тренинговых взаимодействий (информационные тренинги, тренинги позитивного самовосприятия, тренинги улучшения комплаенса, тренинги формирования коммуникативных умений и навыков, тренинги решения проблем межличностного взаимодействия), проблемно-ориентированных дискуссий, а также семейную психотерапию

Согласно полученным в ходе работы данным, на фоне проведения комплексной терапии с применением психообразовательных мероприятий отмечались быстрая редукция психопатологической симптоматики, нормализация эмоционального состояния, стабилизация поведения больных, улучшение когнитивных показателей, повышение психофизической активности больных, что позволило расширить контакты с окружающими, восстановить привычный двигательный режим.

Как показали результаты изучения социального функционирования больных БАР, на первом этапе исследования у обследованных больных отмечалась общая поведенческая дисфункция в обществе: очевидная (27,2 %), серьезная (25,5 %), и очень серьезная (26,1 %) дисфункция; нарушение при выполнении социальных ролей в обществе: очевидная (22,8 %), серьезная (26,4 %), очень серьезная (27,6 %) дисфункция; нарушение функционирования пациентов в больнице: без дисфункции (2,4 %), минимальная дисфункция (10,9 %), очевидная (27,1 %), серьезная (33,5 %), очень серьезная (25,9 %); дисфункция модифицирующих факторов у больных (достоинства пациента, особые помехи, домашняя атмосфера, поддержка извне): без дисфункции — 3,4 %, минимальная дисфункция — 13,1 %, очевидная — 25,6 %, серьезная — 24,1 %, очень серьезная — 34,2 % обследованных.

На втором этапе, после завершения психообразовательной программы, установлено, что уровень общей поведенческой дисфункции в обществе в основной группе снизился на 87,4 %, в контрольной — на 66,2 %; дисфункция при выполнении социальных ролей в обществе — на 75,1 % и 39,3 % соответственно, нарушение функционирования пациентов в больнице — в основной группе на 73,7 %, в контрольной — на 72,5 %; дисфункция модифицирующих факторов у больных — на 82,5 % и 65,4 % соответственно.

В ходе работы с позиции триалога была проведена оценка качества жизни больных БАР (по Н. А. Маруте, 2004). У всех обследованных больных в общей структуре качества жизни на первом этапе обследования наиболее проблемными определены следующие сферы: социальная поддержка — 15,1 %; физическое благополучие и работоспособность — 11,3 %; общественная и служебная поддержка — 14,4 %; самообслуживание и независимость в действиях — 10,1 %; самореализация — 7,9 %, межличностное взаимодействие — 8,3 %; психологическое, эмоциональное благополучие — 7,2 %; общее восприятие качества жизни — 11,6 %.

После проведения психообразовательных мероприятий показатель качества жизни в основной группе по всем шкалам повысился на 40,2 %, в контрольной — на 27,7 %.

По результатам катamnестического наблюдения в основной группе на фоне проводимой комплексной терапии с использованием психообразовательного вмешательства у 82,2 % больных был достигнут стойкий терапевтический эффект, который сохранился в течение 2 лет, у 11,1 % — состояние оставалось без динамики, и у 6,7 % — отмечался рецидив заболевания. В группе контроля улучшение состояния было только у 10 % пациентов, у 48 % регистрировалась госпитализация в связи с рецидивом заболевания. Критериями эффективности были: устойчивость ремиссии, частота госпитализации, качество жизни, уровень тревоги, улучшение психического состояния.

Таким образом, как показали результаты исследования, комплексный подход в терапии БАР, который включал в себя психофармакотерапию с использованием атипичных нейролептиков и нормотимиков, психотерапевтических программ в сочетании с психообразовательными тренингами, приводит к восстановлению социальной активности и успешной ресоциализации больных. Это в свою очередь, свидетельствует о том, что психообразование не только увеличивает объем знаний, усиливает уверенность в борьбе с болезнью, но и решает проблему социальной реинтеграции больного.

**Список літератури**

1. Александров А. А. Диагностика и лечение пациентов с биполярным аффективным расстройством : учебно-методическое пособие / А. А. Александров. — Мн. : БелМАПО, 2007. — 30 с.
2. Бурчинский С. Г. Нейролептики в фармакотерапии биполярных аффективных расстройств: возможности выбора / С. Г. Бурчинский // Нейро News. — 2009. — № 4 (15).
3. Левада О. А. Современные аспекты изучения биполярных расстройств / О. А. Левада // Нейро News. — 2009. — № 4 (15).
4. Марценковский И. А. Некоторые особенности дифференциальной диагностики и лечения биполярного аффективного расстройства в педиатрической практике / Марценковский И. А., Бикшаева Я. Б., Марценковская И. И. // Нейро News. — 2009. — № 1 (12). — С. 54—60.
5. 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.
6. Мосолов С. Н. Современные подходы к диагностике и фармакотерапии биполярного аффективного расстройства / С. Н. Мосолов, Е. Г. Костюкова // Трудный пациент. — 2005. — № 12.
7. Пшук Н. Г. Предиктори формування процесу психосоціальної реабілітації психічнохворих / Н. Г. Пшук // Український вісник психоневрології. — 2010. — Т. 18, вип. 3 (64). — С. 145.
8. Хобзей М. К. Соціально-орієнтована психіатрична допомога в Україні: проблеми та рішення / Хобзей М. К., Волошин П. В., Марута Н. О. // Там само. — С. 10—14.
9. Bowden C. L. Lamotrigine in the treatment of bipolar disorder / C. L. Bowden // Expert Opin Pharmacother. — 2002. — 3: 1513—19.

10. A double-blind, placebo-controlled prophylaxis study of lamotrigine in rapid-cycling bipolar disorder / [Calabrese J. R., Suppes T., Bowden C. L., et al.] // J. Clin. Psychiatry. — 2000. — Vol. 61 — P. 841—850.

*Надійшла до редакції 08.06.2015 р.*

**КОЖИНА Анна Михайловна**, доктор медичинських наук, професор, завідувача кафедри психіатрії, наркології та медичинської психології Харківського національного медичинського університета (ХНМУ), г. Харків; e-mail: amkozhdina@rambler.ru

**КОРОСТИЙ Володимир Іванович**, доктор медичинських наук, професор, професор кафедри психіатрії, наркології та медичинської психології ХНМУ, г. Харків; e-mail: vikorostiy@ukr.net

**РЕЗУНЕНКО Олег Юрьевич**, асистент кафедри психіатрії, наркології та медичинської психології ХНМУ, г. Харків; e-mail: ol84eg@ukr.net

**KOZHYNNA Hanna**, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of Kharkiv National Medical University, Kharkiv, e-mail: amkozhdina@rambler.ru

**KOROSTIY Volodymyr**, Doctor of Medical Sciences, Professor, Professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of Kharkiv National Medical University, Kharkiv, e-mail: vikorostiy@ukr.net

**REZUNENKO Oleg**, Assistant of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of Kharkiv National Medical University, Kharkiv, e-mail: ol84eg@ukr.net