

УДК 616.89-053.26:314.6:159.9



В. В. Баскіна

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ ОПТИМІЗАЦІЇ СІМЕЙНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ЖІНОК ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ПСИХОТИЧНОГО ЕПІЗОДУ

В. В. Баскіна

Одеський національний медичний університет

Анотація.

Проблема первинного психотичного епізоду до сьогодні залишається надзвичайно актуальною в практиці сучасної психіатрії. У представленій статті наведено теоретичне обґрунтування та узагальнення світових даних, що стосуються заявленої проблеми. Автором визначено основні психоемоційні характеристики жінок, які перенесли первинний психотичний епізод, та представлено основні напрями в системі комплексної психофармакотерапії цієї хвороби. Повноцінна і своєчасна реабілітація жінок з первинним психотичним епізодом захворювання знижує ймовірність швидкого рецидиву, покращує клінічний і соціальний прогноз пацієнта. У рецидивуванні захворювання і соціальному функціонуванні хворих істотною роль належить внутрішньосімейним факторам. Родина може мати позитивний вплив на процес реабілітації пацієнтів з ППЕ шляхом формування соціальної підтримки, що позитивно позначається на адаптації пацієнта.

Ключові слова: первинний психотичний епізод, шизофренія, теоретичні аспекти, проблема оптимізації, сімейне функціонування.

Вступ

Значення психосоціального впливу сім'ї на перебіг шизофренічного психозу і на соціальну адаптацію хворих на шизофренію безперечно [1]. При цьому внутрішньосімейні чинники можуть позначатися на стані пацієнта по-різному. При неправильному сприйнятті родичами хворого та його стану вплив буде негативним і може навіть спровокувати черговий рецидив. Але якщо в сім'ї налагоджене порозуміння з хворим, його всіляко підтримують і допомагають йти шляхом подолання (копінг) та відповідати на вимоги, що висувуються оточенням, це позитивно позначається на стані здоров'я пацієнта та його соціальній адаптації.

Мета дослідження

На сьогодні проведено чималу роботу з вивчення впливу сімейних факторів на особливості перебігу шизофренії й розладів шизофренічного спектру та на соціальне функціонування пацієнтів із зазначеними захворюваннями. Проте актуальність досліджень у цій сфері не стає меншою. Так, залишаються не зовсім з'ясованими роль сім'ї в генезі та перебігу хвороби і розуміння тієї обставини, що в низці випадків сама сім'я може стати важливим чинником у формуванні психічних розладів або у рецидиві хвороби.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, поширеність шизофренії серед населення становить приблизно 0,75 % та істотно не залежить від соціокультурних

особливостей країни. При цьому частина пацієнтів із першим психотичним епізодом досягає 5,00 %. Перший психотичний епізод (ППЕ) у житті хворого на шизофренію відбувається, як правило, у віці до 30 років [2]. Ранні ознаки шизофренії у чоловіків найчастіше проявляються до 20 років, а у жінок, навпаки, це захворювання рідко діагностується в підлітковому віці. Пік вираженості ознак шизофренії у представниць слабкої статі – 25–30 років. До того ж у жінок ця хвороба протікає більш гостро і виражено. Майже 75,00 % пацієнтів стають інвалідами протягом трьох років після першого психотичного епізоду і 83,00 % пацієнтів мають потребу в повній соціальній підтримці протягом п'яти років після першого психотичного епізоду.

Під первинним психотичним епізодом розуміють перші три напади (загострення) у хворих на шизофренію й розлади шизофренічного спектру. При цьому термін захворювання не перевищує п'яти років від початку психотичного дебюту, у людини збережені соціальні установки та наявне позитивне ставлення до лікування [3]. Психоз може тривати години, дні, але інколи затягується на місяці. У цьому стані пацієнт настільки ж безпорадний у побутовому відношенні, як і паралізована людина, та може бути небезпечний для себе і оточуючих (ступінь ризику може виявити тільки психіатр), вимагає постійного нагляду та опіки.

Як правило, серед пацієнтів з ППЕ приблизно 25,00% страждають на біполярний розлад або психотичну депресію, і лише 30,00–40,00% відповідають критеріям шизофренії (хоча ця пропорція буде збільшуватися з часом). Клінічна картина ППЕ проявляється порушенням єдності та цілісності психічних функцій, неадекватністю поведінки та складається з трьох основних груп симптомів: позитивних, негативних та нейрокогнітивних [4].

Результати дослідження та їх обговорення

Дебют шизофренії для обох статей відбувається в репродуктивному віці, починаючи з періоду статевого дозрівання до настання менопаузи. Однак статеві відмінності існують, включаючи такі прояви, як вік початку, перебіг захворювання, симптоматика, розумовий розвиток і морфологія, ефективність терапії, побічні ефекти лікування [5]. Істотні статеві відмінності, що стосуються цих проявів, свідчать про те, що статеві гормони, особливо естрадіол, відіграють дуже важливу роль у патофізіології шизофренії. На підставі даних епідеміологічних, експериментальних та клінічних досліджень цього питання була сформульована естрогенпротективна концепція патогенезу шизофренії.

Для хворих на шизофренію незалежно від їхньої статі характерні три варіанти психологічної адаптації до хвороби. Ці варіанти, умовно позначені як «пасивний», «уникаючий» і «переборюючий», актуалізуються у чоловіків і жінок на різних термінах захворювання. Для більшості пацієнтів з першими епізодами шизофренії характерний «переборюючий» варіант адаптації, який поєднується у пацієнтів чоловічої статі з «уникаючим», а у пацієнок – з «пасивним» варіантом. Отримані дані свідчать про більш конструктивний характер адаптації до хвороби у жінок на ранніх термінах захворювання, ніж у чоловіків.

Середній термін від початку захворювання до звернення за психіатричною допомогою становить приблизно один рік і тільки третина хворих потрапляє в поле зору психіатрів та клінічних психологів протягом перших двох місяців. Серед причин пізнього звернення за допомогою і відстроченого початку лікування називають недостатнє розуміння пацієнтами природи наявних розладів, страх наслідків виявлення психічного розладу, недостатній скринінг лікарями загальної практики, неправильна діагностика при зверненні за психіатричною допомогою.

Уразливість до повсякденних стресів проявляється симптомами повернення (рецидиву) психозу. Тому важливо виявити типові для певної жінки «спускові гачки» повторення психозу (наприклад, такі, як зловживання ПАР, конфлікти в сім'ї) і уникати їх. Так звані психотичні епізоди іноді відбуваються лише кілька разів у житті хворої на шизофренію, а весь інший час вона перебуває в стані ремісії. До чергового рецидиву жінка може справляти враження цілком здорової людини, без прояву жодних ознак шизофренії.

Необхідність інтенсивної допомоги пацієнтам з першими епізодами шизофренії, продовження такої допомоги і на наступному етапі захворювання пов'язані з низкою обставин. Перші роки після початку захворювання розглядаються як «критичний період», коли відбуваються найбільш серйозні біологічні, психологічні та соціальні зміни. Відстрочка адекватного лікування на період більше року після перших психотичних проявів призводить до зниження соціально-трудоного функціонування та якості життя хворих, збільшення тяжкості хвороби, до більшої кількості госпіталізацій і, як наслідок, подорожчання психіатричної допомоги.

Сучасний стандарт надання психіатричної допомоги ґрунтується на біопсихосоціалній моделі терапії. Її завданням є не тільки купірування психопатологічної симптоматики. Ширші завдання соціального відновлення пацієнта, підтримки його подальшого зростання стають значущими вже під час перших психотичних епізодів, коли пацієнт і його сім'я переживають глибокий психоемоційний стрес, відбувається порушення самоідентичності пацієнта, серйозні психологічні та соціальні втрати, зміна системи внутрішньосімейної взаємодії.

При ППЕ існують три терапевтичних вектори впливу, які спрямовані на досягнення таких цілей:

- **біологічний (психофармакологічний)**, спрямований на корекцію нейромедіаторних порушень в головному мозку;
- **психотерапевтичне втручання**, спрямоване на зміну дезадаптивних психологічних механізмів хворого;
- **соціальна інтервенція** при роботі з сім'ями пацієнтів.

Враховуючи специфіку ранніх порушень при ППЕ, також слід відзначити важливість терапії нейрокогнітивного дефіциту [5].

Згідно з сучасними вимогами, психофармакологічна терапія при ППЕ повинна включати три послідовних етапи.

- **I етап** – активна терапія, спрямована на швидке купірування психотичної симптоматики. Тривалість активної терапії становить від 4 днів до 4 тижнів.
- **II етап** – стабілізуюча терапія, метою якої є придушення резидуальної продуктивної симптоматики, корекція негативних порушень, відновлення соціально-трудової адаптації та запобігання або лікування рецидивів. Тривалість такої терапії може тривати від 3 тижнів до 2 місяців.
- **III етап** – підтримуюча (або профілактична) терапія, спрямована на запобігання рецидиву і уповільнення темпу прогресування захворювання. Тривалість цього етапу – не менше одного року, а на думку багатьох авторів, вона повинна становити від 2 до 5 років.

Встановлено, що при ППЕ відповідь на терапію досягається при призначенні більш низьких доз антипсихотиків (АП), ніж при лікуванні шизофренії. При цьому на ранніх стадіях захворювання характерна більша чутливість як до лікувальних, так і до побічних ефектів. Таким чином, на початку лікування клініцисти повинні використовувати найменші рекомендовані дози АП. Вибір АП значною мірою залежить від профілю побічних ефектів і передбачуваної переносимості. Їх мінімізація на цій стадії має велике значення, оскільки може вплинути на прийом препаратів і ставлення до них при подальшому тривалому лікуванні.

У відповідності з міжнародними стандартами рекомендується проведення терапії протягом 2 років після першого психотичного нападу і протягом 5 років – після другого і наступних. При цьому препаратами першого вибору є атипичні антипсихотичні засоби з відсутністю або мінімальною вираженістю побічних ефектів, що поліпшують соціальне функціонування пацієнтів, які не викликають самотності і психофізичної індивідуальності, що сприяють нормалізації когнітивних функцій та поліпшенню якості життя хворих [6].

У клініках первинного епізоду на постійній основі проводяться кілька видів групової роботи з хворими та їхніми родичами: психоосвітня група для хворих; психоосвітня група для родичів пацієнтів; група тренінгу соціальних навичок; група нейрокогнітивного тренінгу. Крім того, з деякими хворими за необхідності проводиться індивідуальна соціальна робота, спрямована на вирішення соціальних завдань, що виникають перед хворим і його родичами у зв'язку з розвитком захворювання.

Медико-психологічна допомога хворим, які перенесли психотичний епізод, нерозривно пов'язана з поняттям психосоціальної реабілітації [7]. Під психосоціальною реабілітацією розуміють систему державних, соціально-економічних, медичних, професійних, педагогічних, психологічних та інших заходів, спрямованих на попередження розвитку патологічних процесів, що призводять до тимчасової або стійкої втрати працездатності, ефективно і раннє повернення хворих у суспільство. У процесі реабілітації особлива роль належить психологу, саме він здатен надати професійну допомогу пацієнту у встановленні продуктивних контактів з оточуючими людьми, у формуванні адекватного ставлення до себе, свого дефекту, можливостей і здібностей, а також у подоланні негативних психологічних наслідків та інвалідності. Психосоціальна реабілітація є не просто методом, а всеосяжним процесом.

У загальному плані мета психосоціального підходу полягає в забезпеченні рівноваги між психічним життям людини і соціальними відносинами, що впливають на його життєдіяльність [8].

У рецидивуванні захворювання і соціальному функціонуванні хворих істотна роль належить внутрішньосімейним факторам: неправильне сприйняття хвороби родичами може призводити до негативних патернів їх поведінки щодо хворого. Відсутність розуміння членами сім'ї тієї обставини, що порушення поведінки хворого пов'язані саме з хворобою, ведуть до подовження періоду «нелікованого психозу», а після виписки зі стаціонару – до передчасного припинення рекомендованої медикаментозної терапії. Іноді таке нерозуміння призводить до дисциплінарних заходів щодо хворого, що сприяє виникненню чергового рецидиву [9].

При цьому внутрішньосімейні чинники можуть надавати як негативний вплив (при неправильному сприйнятті хвороби пацієнтом і родичами хворого), що сприяє черговому рецидиву, так і надавати сануючий вплив шляхом формування соціальної підтримки, тобто форми допомоги в подоланні вимог, що пред'являються оточенням індивідууму, і це позитивно позначається на адаптації пацієнта [5].

Життя сім'ї хворого, який переніс психотичний епізод, як правило, розколюється на «до» і «після» психозу. Хворий і його близькі разом проходять звичайний для багатьох шлях:

- шок від розуміння серйозності події: тривога, занепокоєння і страх (рідше – заперечення психозу);
- час адаптації та звикання до факту недуги близького і розуміння необхідності сторонньої допомоги, пошук допомоги;
- час тривожних питань і самозвинувачень;
- полегшення і міцніюча надія у міру поліпшення стану хворого, а також нові питання, що стосуються поліпшення та пришвидшення одужання хворого;
- повернення родича в сім'ю, в звичайне життя, що тягне за собою нову хвилю тривоги; пошук рівноваги між правом на незалежність близької людини і його підтримкою;
- тривале поліпшення (одужання) зміцнює впевненість у тому, що життя входить у звичайну колію [10].

Слід зазначити, що в сім'ї живе 80,00% хворих, що перенесли психотичний епізод. У багатьох випадках члени сім'ї проявляють особисту турботу і надають не тільки практичну допомогу, але й емоційну підтримку (при тому, що дуже часто відбуваються ті чи інші зміни характеру колишніх емоційних зв'язків). Так, зміна звичайних характеристик взаємовідносин може бути або нетривалою (під час гострого нападу психічного розладу), або тривалою (у разі хронічного захворювання); крім того, в останньому випадку змінюється співвідношення сил, оскільки сторони стають опікунами і опікуваним.

Проте, як правило, підтримка сім'ї є недостатньою через незнання і невміння близьких. Як правило, родичі вважають психоз катастрофою, рідше його «не помічають» або «пояснюють» перехідним віком, перевтомою тощо, при цьому перебуваючи «в броні» психологічного захисту [11].

Хворий, який переніс психотичний епізод, перебуває у важкому психоемоційному стані, що може додатково впливати на його взаємини з родичами. Як правило, пацієнт відчуває страх, пов'язаний з перенесеним психозом, побоюється наслідків, повторення чогось подібного. Також йому притаманне відчуття сорому, бо уявлення про образ психічно хворого пов'язане з чимось порочним, неповноцінним. Можна припустити виникнення малообґрунтованої, але реально відчутної провини перед близькими за подію, в окремих випадках – злості, образи на світ. Причому світ найчастіше зводиться до вузького кола людей або навіть до однієї людини, наприклад, матері. Злість і образа можуть посилитися, якщо близькі люди

обмежують свободу хворого контролем та агресивною опікою [12].

Хворі з ППЕ потребують особливої уваги у зв'язку зі значним ризиком розвитку у них виражених порушень соціальної адаптації [13]. Своєчасна (рання) і повноцінна реабілітація на цьому етапі захворювання знижує ймовірність швидкого його рецидиву, покращує клінічний і соціальний прогноз пацієнта. З цього випливає, що адекватно підібрані та індивідуально дозовані комплексні реабілітаційні заходи в ініціальних стадіях шизофренії є індикатором успішності наданої допомоги, а також значною мірою визначають рівень подальшої життєдіяльності та соціальної адаптації хворого [14].

Висновки

1. Сучасний стандарт надання психіатричної допомоги ґрунтується на біопсихосоціальній моделі терапії, і головним завданням терапії виступає не тільки купірування психопатологічної симптоматики, але й покращення психоемоційного стану пацієнта, його соціальне відновлення, підтримка його подальшого особистісного та соціального зростання.

2. Повноцінна і своєчасна реабілітація жінок з первинним психотичним епізодом захворювання знижує ймовірність швидкого рецидиву, покращує клінічний і соціальний прогноз пацієнта. Отже, адекватно підібрані та індивідуально дозовані комплексні реабілітаційні заходи в ініціальних стадіях шизофренії є індикатором успішності наданої допомоги, а також значною мірою визначають рівень подальшої життєдіяльності та соціальної адаптації хворого.

3. У рецидивуванні захворювання і соціальному функціонуванні хворих істотна роль належить внутрішньосімейним факторам. Неправильне сприйняття хвороби родичами може призводити до негативних патернів їх поведінки щодо хворого. Відсутність розуміння членами сім'ї тієї обставини, що порушення поведінки хворого пов'язані саме з хворобою, ведуть до подовження періоду «нелікованого психозу», а після виписки зі стаціонару – до передчасного припинення рекомендованої медикаментозної терапії, а іноді до дисциплінарних заходів до хворого, що сприяє виникненню чергового рецидиву.

4. Родинний фактор може мати позитивний вплив на процес реабілітації пацієнтів з ППЕ шляхом формування соціальної підтримки, що позитивно позначається на адаптації пацієнта.

Література

1. Bacherykov A. M., Mudrenko I. G. Autoagresyva na povedinka u hvoryh z pershym psyhotychnym epizodom (diagnostyka, klinika, likuvannja) [Autoaggressive behavior in patients with a first psychotic episode (diagnosis, clinic, treatment)]. *Ukraińs'kyj visnyk psyhonevrologii*, 2007, vol. 15, issue 3(52), pp. 30-33. (In Ukr.)
2. Dovidnyk simejnogo likarja z pytan' psyhosomatyky [Za red. I. S. Vitenka] [Guide family physician for psychosomatics [Ed. I. S. Vitenko]]. Kiev, Zdorov'e Publ., 2012, 384 p. (In Ukr.)
3. Gurovych I. Ja., Shmukler A. B., Dorodnova A. S., Movina L. G. Klinika pershogo psyhotychnogo epizodu (dennyj stacionar abo viddilennja z rezhymom dennogo stacionara, profil'ovani dlja dopomogy hvorym z pershym psyhotychnym epizodom) [Metodychni rekomendacii] [The clinic first psychotic episode (day hospital or department with day-care regime, profiled to help patients with a first psychotic episode) [Guidelines]]. Moscow, 2003, 23 p. (In Ukr.)
4. Maruta N. O., Jur'jeva L. M., Pan'ko T. V. Pervynnyj psyhotychnyj epizod: diagnostyka, farmakoterapija ta psyhosocial'na rehabilitacija [Metodychni rekomendacii] [The primary psychotic episode: diagnosis, pharmacotherapy and psychosocial rehabilitation [Guidelines]]. Kharkiv, 2010, 31 p. (In Ukr.)
5. Maruta N. O. Stan psyhichnogo zdorov'ja naselennja ta psyhiatrychnoi' dopomogy v Ukraїni [Mental health and mental health care in Ukraine]. *NejroNews*, 2010, no. 5, pp. 83-90. (In Ukr.)
6. Mezhdunarodnaya klassifikatsiya bolezny (10-y peresmotr). Glava 5 (Psikhiatrija). [Pod red. Yu. L. Nullera, S. Yu. Tsirkin] [International Classification of Diseases (10th revision). Chapter 5 (Psychiatry)]. [Ed. Yu. L. Nuller, S. Yu. Tsirkin]]. Kiev, Sphere Publ., 2005, 307 p. (In Russ.)
7. Myhajlov B. V. Stan i strategichni naprjamy rozvytku psyhoterapii' ta medychnoi' psihologii' [Status and strategic directions of psychotherapy and medical psychology]. *Medychna psihologija*, 2011, no. 3, pp. 44-48. (In Ukr.)
8. Pishel' V. Ja., Guzenko K. V. Suchasni mozhlyvosti rann'ogo vyjavlennja pacijentiv z pershym psyhotychnym epizodom v zagal'nomedychnij praktyci [Modern possibilities of early detection of patients with a first psychotic episode in general practice]. *Tavrycheskyj zhurnal psyhiatryy*, 2007, vol. 11, no. 4(41), pp. 37-41. (In Ukr.)
9. Hobzej M. K., Voloshyn P. V., Maruta N. O. Social'no-orijentovana psyhiatrychna dopomoga v Ukraїni: problemy ta rishennja [Socially-oriented psychiatric care in Ukraine: problems and solutions]. *Ukraińs'kyj visnyk psyhonevrologii*, 2010, vol. 18, issue 3(64), pp. 10-14. (In Ukr.)
10. Addington D. Best practices: improving quality of care for patients with first-episode psychosis. *Psychiatr. Serv.*, 2009, vol. 60, pp. 1164-1166.
11. Addington J., Addington D. Outcome after discharge from an early psychosis program. *Schizophr. Res.*, 2008, vol. 106(2-3), pp. 363-366.
12. Amminger G. P., Harrigan S., McGorry P. D. Duration of untreated psychosis and cognitive deterioration in first-episode schizophrenia. *Schizophr. Res.*, 2002, vol. 54, pp. 223-230.
13. Birchwood M. Pathways to emotional dysfunction in first-episode psychosis. *Br. J. Psychiatry*, 2003, vol. 182, pp. 373-375.
14. Robinson D. G., Woerner M. G., Alvir J. M. [et al.] Predictors of medication discontinuation by patients with first-episode schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr. Res.*, 2002, vol. 1, no. 57 (2-3), pp. 209-219.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ ОПТИМИЗАЦИИ СЕМЕЙНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА

V. V. Baskina

Одесский национальный медицинский университет

Аннотация. Проблема первичного психотического эпизода до сих пор остается чрезвычайно актуальной в практике современной психиатрии. В представленной статье приведено теоретическое обоснование и обобщение мировых данных, касающихся данной проблемы. Автором определены основные психоэмоциональные характеристики женщин, перенесших первичный психотический эпизод, и представлены основные направления в системе комплексной психофармакотерапии данной болезни. Полноценная и своевременная реабилитация снижает вероятность быстрого рецидива, улучшает клинический и социальный прогноз пациента. В рецидивировании заболевания и социальном функционировании больных существенная роль принадлежит семье. Она может иметь позитивное влияние на процесс реабилитации путем формирования социальной поддержки, что положительно отражается на адаптации пациента.

Ключевые слова: первичный психотический эпизод, шизофрения, теоретические аспекты, проблема оптимизации, семейное функционирование.

THEORETICAL ASPECTS OF PROBLEM OF FAMILY FUNCTIONING OPTIMIZATION IN WOMEN WITH PRIMARY PSYCHOTIC EPISODE

V. V. Baskina

Odessa National Medical University

Summary. The problem of primary psychotic episode, nowadays, remains extremely relevant in the practice of modern psychiatry. In the present article, the author, shows theoretical study and summarizes global data related to this issue. The author describes main psycho-emotional characteristics of women who has had a primary psychotic episode and presents the main directions in the system of complex psychopharmatherapy of the disease. Complete rehabilitation reduces the likelihood of a quick relapse and improves the patient's clinical and social prognosis. The main role in impairment of patients' condition and level of patients social adaptation play relatives. It can have a positive impact on the rehabilitation process through the formation of social support, which is reflected positively on the adaptation of the patient.

Key words: primary psychotic episode, schizophrenia, theoretical aspects, the problem of optimizing, family functioning.