

УДК 616.895.8-021.3-058-035-085

*В.А. Абрамов, О.И. Осокина***ЛИЧНОСТНО-СОЦИАЛЬНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ЭПИЗОДОМ ШИЗОФРЕНИИ: КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: шизофрения, личностно-социальное восстановление больных

Шизофрения по сей день остается краеугольной проблемой психиатрии. Ее распространенность по данным ВОЗ составляет 0,8-1,9%. Шизофрения представляет собой хроническое психическое расстройство, которое затрагивает не только психическую деятельность человека, но и социальные аспекты его жизни. Это нарушение функционирования в семье, на работе, стигматизация, социальная изоляция, безработица, потеря финансовой независимости, инвалидизация, риск суицида и т. д.

В последние десятилетия стратегии лечения больных шизофренией сводятся не только к достижению симптоматической ремиссии, но и к реализации тенденций функционального (личностно-социального) восстановления [1]. Личностно-социальное восстановление целесообразно рассматривать с двух точек зрения: с объективной (с позиции специалиста, членов семьи, общества) и с субъективной (с точки зрения самого пациента). В первом случае, суть данного процесса сводится к объективно обозримым эффектам функционального восстановления пациента после перенесенного первого приступа шизофрении. К ним относится возвращение «нарушенного болезнью» удовлетворительного уровня жизнедеятельности пациента в различных сферах социального функционирования: учитывается возможность больного продолжать трудовую деятельность или учебу, вести финансово независимую жизнь, следить за своим внешним видом, эффективно организовывать свой быт и проведение досуга, продуктивно участвовать в жизни семьи, восстановить прежний уровень сексуальной активности, поддерживать близкие, гармоничные отношения с родственниками, развивать тесные социальные связи и плодотворно реализовывать свой потенциал даже в случае сохранения у него резидуальных симптомов болезни. Во втором случае, при рассмотрении функционального восстановления «изнутри» самого пациента, его глазами, мыслями, чув-

ствами и самоощущениями – оно представляет собой динамический процесс субъективного восстановления личности пациента на когнитивном, эмоциональном, экзистенциальном, поведенческом уровнях, избавление его от негативных последствий стигматизации, дистресса, душевного страдания, привнесенного психозом, правильное понимание и использование смысла опыта психоза, результатом чего является обретение надежды, цели, смысла жизни, своей ценностной роли и восстановление нарушенной болезнью самоидентичности.

Р.Е. Deegan описывает свое болезненное состояние, как критический период, когда создается угроза стать олицетворением болезни, подвергнуться трансформации обесценивания и лишения достоинства («Когда ты и твоя болезнь – одно целое, внутри тебя не остается никого, кто бы мог противостоять болезни»). Важно дистанцирование от болезни, сохранение человеческого достоинства, стремление «не выпустить из рук власть» над болезнью и сохранить позицию, позволяющую противостоять стрессу и начать процесс восстановления и исцеления. Восстановление происходит не только от психической болезни, но и от последствий жизни с ярлыком психической болезни, от обреченного привыкания к стигме, от дискриминации и ощущения себя человеком второго сорта, от того, что дается «в одной упаковке» с психологической травматизацией, отверженностью и безработицей [2].

Личностно-социальное восстановление, как феномен, представляет собой не исход болезни, а длительный (часто продолжающийся всю жизнь) процесс позитивной адаптации к болезни (или инвалидности, при ее наличии), в котором сама личность, используя свои психологические, духовные и социальные ресурсы, борется не только с симптомами болезни, но и со стигмой психического заболевания и ее воздействием на чувство самоидентичности, а также за пра-

во своего полноценного функционирования и реализации своих возможностей в социуме. Под самоидентичностью (или своей «самостью») понимается соотнесенность себя с собой, восприятие собственного сознания как самоощущения, а себя самого как уникальной, онтологически целостной и самостоятельной личности.

После первого приступа болезни и первой госпитализации в психиатрический стационар человек чувствует, что болезнь безвозвратно изменила их жизнь, что они уже не способны вернуться к прежней жизни, какой она была до болезни, и стремятся инкорпорировать болезненный опыт в свою идентичность – отсюда потеря самоидентичности [3].

Большинство пациентов, перенесших первый эпизод шизофрении, считает, что поворотным пунктом становится момент, когда человек активно и ответственно начинает решать свои проблемы и справляться с дистрессом. Начало восстановления часто описывают, как процесс, имеющий решающий момент, или «перелом», перед которым человек чувствует себя в тупике, возможно отрицая свое заболевание из-за тревоги или страдания по поводу утраты здоровья и перспективы [4]. Многие отмечают, что восстановление затягивается из-за низкого уровня ожиданий специалистов, особенно когда они снимают ответственность с пациентов, подтверждая, таким образом, их беспомощность. Отрицание возможности восстановления пациентов с шизофренией в повседневной практике питает терапевтический нигилизм профессионалов и приводит к хронификации состояния больных. По описаниям пациентов, поворот к восстановлению может возникнуть неожиданно, и чаще после бесед с другими пациентами, а не со специалистами. «Перелом» переживается ими, как возврат своего «Я», контроля и ответственности за свою жизнь, появление надежды и оптимизма с принятием прошлого и настоящего (но не смирением). Понимание смысла опыта психоза возвращает уверенность в своих силах и повышает уровень духовности.

Вышесказанное приводит к заключению о том, что помимо симптомов, привносимой самой болезнью, на пациента обрушивается много других феноменов, которые далеко не решаются только медикаментозным лечением. Это: 1) утрата различных элементов «направленности» личности, т. е. а) утрата привычных ценностей; б) утрата ощущения своей ценностной роли; в) утрата цели в жизни и ориентации на дости-

жение цели; г) преобладание направленности внутрь себя, а не вовне.

2) ощущение внутреннего напряжения (переживание дистресса) от стресса, которым является факт госпитализации и пребывания в клинике, факт постановки диагноза психического расстройства, необходимость длительного приема лекарств; ощущение тревоги и дистресса при мысли о возможной повторной госпитализации.

3) Неправильная трактовка и инкорпорирование опыта перенесенного психоза, незнание того, что с ним делать при «возвращении в реальность», трудности принятия своих болезненных переживаний и своего опыта болезни.

4) Спонтанное, бесконтрольное, неравномерное и часто неадекватное восстановление «критичности» пациента к болезни.

5) Негативные эмоциональные состояния, связанные с психической болезнью и переживанием ее последствий (депрессия, тревога, апатия, фрустрация, чувство «тупика», безысходности).

6) Эффекты стигмы психической болезни, которые приводят и поддерживают негативные эмоциональные состояния, потенциально повышают риск поведенческих нарушений (употребление психоактивных веществ, суицидальное поведение), приводят к нарушению на психологическом уровне чувства самоидентичности (на болезненном уровне нарушение самосознания большинство пациентов уже пережили в остром периоде шизофрении в виде синдрома психического отчуждения), вызывают страх перед будущим (общением с людьми, устройством на работу, созданием семьи и т. п.), снижение самооценки и веры в себя, неуверенность от взятия на себя ответственности за свою жизнь.

Таким образом, на определенном этапе восстановления больных шизофренией решающим оказывается не медикаментозное лечение, а исцеление души, восстановление целостности личности человека в полноте его физических, психологических и духовных проявлений. Для разработки и реализации системы функционального восстановления пациентов, грамотной организации и профессионального использования методического комплекса данной системы, необходимо создание ее теоретико-методологической платформы. Концепция представляет собой определенную систему взглядов, способов понимания какого-либо процесса или явления, связанных между собой путей аналитического решения конкретной задачи. Она определяет стратегию действий и может быть проверена на прак-

тике.

Концепция личностно-социального восстановления больных после первого приступа шизофрении признает важность оздоровления духовной сферы больных с обретением ими новых жизненных смыслов и целей.

Данная концепция строится на основании имеющихся знаний о проблемах и нуждах пациентов с шизофренией, характере течения самого заболевания, имеющихся научных подходах, а также организации психиатрической помощи данному контингенту больных на современном этапе. В основу данной концепции положены 1) биопсихосоциальный подход, в рамках которого получила свое развитие диатез-стрессовая модель шизофрении, которая предполагает, что шизофрения возникает только у пациентов с предрасположенностью к психозу, а средовые стрессоры являются важным звеном в «запуске» психотического приступа; 2) гипотеза «критического периода», которая определяет первые годы после начала заболевания (2 года) как наиболее уязвимые для биологических, психологических и социальных изменений, когда патологические процессы обнаруживают максимальную пластичность; 3) концепция ранней психосоциальной реабилитации больных шизофренией, постулирующая необходимость использования психосоциального лечения на самых ранних стадиях шизофрении; 4) концепция инсайта, который определяется, как адекватная оценка собственного болезненного состояния в соответствии с заключением специалистов и видится, как динамичный, многоаспектный процесс осознания пациентом своего заболевания, имеющий большое клиническое значение и влияющий на течение, прогноз болезни и конструктивный комплайенс; 5) фазоспецифический подход при оказании психиатрической помощи; 6) концепция «гесcovery», (проявляется за рубежом в общественном движении бывших пациентов), позволяющая глубоко осознать нужды больных шизофренией, желание их «иметь потенциальный шанс выздороветь, вести плодотворную жизнь» и признающая возможность достичь ими социального и профессионального восстановления, полноценной, приносящей пользу другим жизни и самореализации; 7) концепция личности К.К. Платонова, в которой личность рассматривается, как динамическая система, состоящая из четырех подструктур: подструктура направленности (желания, цели, стремления, убеждения, идеалы, мировоззрение), подструктура опыта (знаний, умений, навыков, привычек), под-

структура индивидуальных особенностей психических процессов (памяти, эмоций, ощущений, мышления, восприятия, чувств, воли), подструктура свойств личности (темперамента, характера); 8) учет влияния на больного стигмы психического заболевания и ее негативных эффектов; 9) личностно-ориентированный и ценностно-гуманистический подход к организации психиатрической помощи; 10) акцент на скорейшую интеграцию больных в сообщество; 11) использование личностно-ориентированных интегративных конструкций психиатрического диагноза.

В последние десятилетия шизофрения рассматривается, как биопсихосоциальное заболевание, которое развивается при взаимодействии биологических, психологических и социальных факторов, а потому проявляется в сочетании клинических симптомов болезни и нарушении функционирования больного в обществе.

Современная биопсихосоциальная модель формирования шизофрении, указывает на широкий диапазон клинических и функциональных исходов болезни и предполагает важность поиска предикторов для их прогнозирования, особенно на ранних этапах [5], так как только в этом случае возможна разработка и применение дифференцированных терапевтических подходов. Модель стресс-уязвимости [6] дала основание для выявления факторов, влияющих на исходы шизофрении. Особая роль здесь отводится биологически обусловленной индивидуальной уязвимости, предрасполагающей к развитию заболевания. Термином уязвимость можно обозначить биологически обусловленное и скрытое, клинически не выявляемое снижение толерантности нервно-психической организации индивидуума к стрессовым воздействиям, т. е. когнитивную, психодинамическую, психофизическую и биогенетическую готовность личности реагировать развитием эндогенного психического расстройства в ответ на пусковое воздействие стрессоров [7]. В качестве косвенных маркеров уязвимости выступали, по данным различных авторов, наследственная отягощенность [8]; соматическая конституция лептосомного телосложения [9]; некоторые анатомо-физиологические, биохимические и нейрофизиологические особенности; расстройства нейроинтегративных функций (нарушение подвижности психических процессов [10], снижение уровня устойчивости внимания [11], когнитивные расстройства [12], недостаточность переработки информации [13] и др.); нарушение идентификации, искажение

самоидентификации и самооценки [11]. Однако, пока еще ни один фактор или группа факторов не могут быть безоговорочно признаны в качестве маркера уязвимости в отношении шизофрении.

Был сформулирован постулат о непостоянстве уровня уязвимости во времени (так как всем физиологическим процессам в организме свойственны отчетливая волнообразность и ритмичность изменения порога восприимчивости к стрессорам) и чередовании в жизни человека временных интервалов повышения (чаще осенне-весенний период) и понижения уязвимости [14].

Опираясь на мультифакториальную пороговую модель (Reich, 1975), постулирующую, что гомеостаз в организме поддерживается благодаря функциональным адаптационным барьерам, для каждого из которых существует своя мера пороговой интенсивности внешних воздействий, превышение которой приводит к качественным изменениям в функциональной системе и организме в целом, группа авторов [15] развила представление о динамике нарушения психической адаптации, вплоть до возникновения болезни: 1) между уязвимостью (биологическим фактором, внешне не выявляемым) и диатезом (клинически обнаруживаемым в виде донозологических расстройств), существует некая граница («адаптационный барьер», «барьер уязвимости» [16], переход через который сопровождается появлением диатеза при условии превышения интенсивности стрессовых воздействий некой критической величины («порога уязвимости» [6]); 2) между диатезом и болезнью существует еще один адаптационный барьер – «барьер диатеза», капитуляция которого и появление клинических проявлений болезни наступает при превышении «порога диатеза» интенсивностью стрессорных факторов.

Гипотеза об участии стрессорных факторов в «прорывах» имеющихся барьеров учитывает следующее: 1) уязвимые в отношении шизофрении индивидуумы по механизму «слабого звена» будут реагировать появлением психического расстройства (а не соматических заболеваний) в ответ на стрессор; 2) мощными стрессорами для больного могут оказаться заурядные события жизни, не оказывающие влияния на «неуязвимых» к психическому заболеванию людей [17]; 3) акцент делается на субъективной значимости стрессового события, с точки зрения психодинамического подхода приводящего к появлению интрапсихического конфликта, а не на

объективную стрессовую нагрузку [18]; 4) частая «отставленность» во времени явной донозологической или клинически выраженной реакции индивидуума на стрессогенное воздействие, с наличием 2-4 месячного интервала, а иногда и более длительного промежутка времени, что может объясняться различной скоростью реагирования психики, зависящей от многих индивидуальных ее особенностей и «силы» адаптационного ресурса. Если событие приводит к состоянию стресса, то последствия зависят от взаимодействия защитных (адаптивных) сил и степени его уязвимости в данный момент времени. Так, у одних больных стрессовые события могут повышать уровень уязвимости, у других – выступать как триггерный механизм, у третьих – даже препятствовать действию причинного фактора, активизируя адаптационные возможности организма (эустресс по Н. Selye).

Возникновение заболевания при слабом накоплении стрессоров свидетельствует о сниженных адаптационно-компенсаторных возможностях организма, что логично сопровождается большей выраженностью негативной симптоматики и менее благоприятным течением, в то время как значительное накопление психотравмирующих событий при неплохом адаптационно-компенсаторном ресурсе личности характеризуется более благоприятными признаками болезни – острое начало, превалирование позитивных и минимальная выраженность негативных симптомов, приступообразное течение, положительная связь с «тимопатичностью».

В сфере современной отечественной и мировой психиатрии наблюдается направленность психиатрической службы на оказание раннего вмешательства при шизофрении, на этапе первого психотического приступа.

Согласно концепции «критического периода» [19,20], долгосрочные исходы шизофрении закладываются в первые 2 года болезни, во время которых происходит стабилизация клинических и социальных (в том числе профессиональных) показателей («плато-эффект»), а патологические процессы обнаруживают максимальную пластичность.

Раннее течение шизофрении представляет собой континуум в виде 1) продромальной фазы болезни, представленной гаммой неспецифических предвестников психоза, что затрудняет его предупреждение, и 2) фазы манифестации психоза – собственно первого психотического приступа. Период между появлением первых психотических симптомов и началом антипсихоти-

ческого лечения (период нелеченного психоза) достигает 2–3 лет [21]. Патобиологические изменения продромального периода шизофрении, усугубляемые манифестным психозом, являются основанием для раннего выявления психоза и неотложного вмешательства [22]. Рассмотрение раннего периода, как критического в длительной траектории шизофрении в связи с гипотетическим кумулятивным «токсическим» эффектом нелеченных психотических симптомов и клинико-социальными нарушениями на продромальной фазе болезни, являются теоретической предпосылкой разработки стратегий раннего комплексного лечения [21].

После первого обращения за психиатрической помощью и стационарного лечения, пациент и его семья продолжают испытывать стигматизирующее влияние постановки психиатрического диагноза, взятия на диспансерный учет, что вызывает дополнительные душевные страдания, потерю самоидентичности и смысла жизни, вынуждает больных избегать социального общения и устройства на работу, препятствует полноценному участию больных в жизни общества, реализации своего потенциала, т. е. социальному восстановлению и интеграции в сообщество [23].

Основными негативными эффектами стигматизации являются: потеря оптимизма и надежды, отсутствие цели и смысла жизни, нежелание жить дальше, сочетающееся с потенциально высоким риском суицида, снижение самооценки, идентификация себя с болезнью (потеря самоидентичности), потеря понимания своей уникальности, значимости, чувства собственного достоинства, чувство безысходности, стыда, вины, недоверие окружающим, боязнь дискриминации, насмешек, утраты положения в обществе, потери работы, друзей, семьи, социального отвержения.

В первые 2 года после первого приступа шизофрении у 40–50% больных отмечаются депрессивные симптомы [24], для облегчения своего состояния 25% больных употребляют психоактивные вещества [25], у 60% больных болезнь рецидивирует [26]; в первые 5 лет – у 75% больных нарушается функционирование в семье, у 45% пациентов наблюдается потеря финансовой независимости [27], около 60% становятся инвалидами; на первые 5 лет болезни приходится 66% всех суицидов больных шизофренией [28]. Это обуславливает ухудшение качества жизни и функционирования больных шизофренией и объясняет актуальность использования на ран-

них стадиях не только медикаментозного, но и психосоциального лечения.

Рассмотрение основных позиций концепции личностно-социального восстановления и традиционной модели медицинской помощи, ярко демонстрирует смещение всех понятий в субъективную сферу в модели восстановления. Основная цель медицинской модели – борьба с болезнью и ее симптомами, в то время как концепция личностно-социального восстановления преследует цель социальной интеграции пациента.

Так, «восстановление» в традиционной модели медицинской помощи тождественно с исходом болезни, тогда как в концепции личностно-социального восстановления – это личностный процесс; опора на профессиональную ответственность при стандартной медицинской помощи сменяется личной ответственностью, само- и взаимопомощью в модели личностно-социального восстановления; понятие симптом сменяется на дистресс; внимание к болезни, и симптоматике – на внимание к личности и жизни человека; дистанцирование от ценностей и предпочтений отдельного пациента – на ценностную ориентацию; лечение болезни с опорой на медикаменты – на рост и раскрытие личности с опорой на ее сильные стороны; директивное взаимодействие «специалист-пациент» при пассивной позиции пациента – на его активную позицию и партнерские отношения; ответственность и контроль за болезнью, и жизнь пациента специалист передает самому пациенту, трансформируя их в самоуправление и самоконтроль.

Следует сказать, что концепция личностно-социального восстановления не исключает, а дополняет традиционную медицинскую модель психиатрической помощи. Известно, что возможность вовлечения больного шизофренией в процесс восстановления, как и уровень его критичности в ходе течения болезни меняется (так критичность минимальна в период обострения, а до и после – ее уровень в различной степени повышается). С учетом этой динамичности, в зависимости от личностного ресурса больного, этапа болезни и уровня критичности пациента на конкретном этапе специалисту необходимо активно и гибко менять удельный вес позиций, отдавая предпочтение то более директивному, то партнерскому взаимодействию. Специалисту необходимо не бояться расставаться с паттерналистическим стилем взаимодействия с пациентом на тех этапах его болезни, когда он самостоятельно может брать на себя ответственность за свою жизнь, самостоятельно контролировать

свое заболевание, и передавать тот объем полномочий пациенту, которые тот сможет на себя взять, исходя из возможностей пациента на данном этапе болезни. С целью же достижения у пациента максимально полного функционального восстановления специалисту необходимо по возможности отдавать предпочтение опорным пунктам концепции личностно-социального восстановления.

Любая модель организации психиатрической помощи должна удовлетворять трем важным требованиям: быть экономически целесообразной, эффективной и удовлетворять потребностям населения. Современное состояние психиатрической помощи не отвечает этим критериям. Так, клинические протоколы, являющиеся основой выбора методов лечения психических расстройств, не ориентированы на потребности пациента, не предусматривают оценку их функциональных возможностей и не отражают необходимость следования этико-правовым нормам по отношению к пациентам. Это приводит к формированию многочисленных социальных, клинических, психологических проблем у пациентов, проявлениями которых является стигматизация больных с нарушением самоидентичности личности больного [29].

Таким образом, основными положениями, которые должны учитываться психиатрическими службами, ориентированными на восстановление, являются:

1. Пациент-центрированный и ценностно-ориентированный подходы. Профессионалы должны выражать интерес к больным, как к личностям, и видеть их не только в роли пациента, но общаться с ними в более целостном контексте, помогать продвигаться за пределами системы психиатрической помощи, где можно получить значимые, социально ценные роли.

2. Сотрудничество с пациентом. Т. е. стимулирование участия пациентов в дизайне и осуществлении психиатрической помощи, использование не только эффективных, проверенных опытным путем вмешательств, но и тех мероприятий, которые воспринимаются как значимые самими пациентами. Необходимо формирование партнерских отношений специалиста и пациента, и участие пациента в деятельности служб, ориентированных на восстановление.

3. Предоставление пациенту возможности выбирать свои долгосрочные цели, способы их достижения и специалистов лечебных учреждений. Как известно, залогом успешного лечения является формирование комплаентного поведения у больного.

Комплаенс (в переводе с англ. — согласие, податливость, уступчивость) — это осознанное сотрудничество между врачом, больным и членами его семьи. COMPLAINT является терапевтическим инструментом, обеспечивающим заинтересованность пациента в процессе лечения, что способствует точному выполнению врачебных рекомендаций и позволяет объективно судить об эффективности терапии.

Однако нужно помнить, что COMPLAINT только как следование указаниям врача без выяснения предпочтений пациента может становиться барьером для процесса восстановления.

4. Формирование и поддержание оптимизма и надежды на будущее – является неотъемлемым компонентом процесса восстановления. Надежда включает понимание того, что процесс восстановления может быть долгим, со многими отступлениями и плато на этом пути. Психиатрическая помощь, направленная только на купирование симптомов, поддержание удовлетворительного состояния и предотвращение обострений, и не предоставляющая возможности и поддержку выше этих рамок, не является качественной, не может полностью удовлетворять пациентов и достигать уровня личностно-социального восстановления.

5. Фокусировка на сообщество. Включает интеграцию пациентов в сообщество, помощь в формировании новых жизненных целей, ценностей и смысла, подготовку пациента к жизни в обществе, присоединение неформальной поддержки (семья, родственники, друзья, поддержка других пациентов).

6. Формирование у пациента активной позиции, передача ему полномочий, самоуправления своей болезнью, взятие им на себя контроля и ответственности за свою жизнь. Пассивный прием лекарств, вынужденная госпитализация без желания пациента, уступчивость и податливость пациента без понимания им необходимости лечения, перекладывание ответственности за свою жизнь на врача и семью, отсутствие целей и смысла жизни – это пассивная позиция, ни в коем случае не приводящая к восстановлению. Концепция личностно-социального восстановления требует от окружения пациента передачи ему полномочий и ответственности за его жизнь в той мере, в которой он способен их принять.

Согласно ЗУ «Про порядок проведения реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» и ЗУ «О внесении изме-

нений в Основы законодательства Украины о здравоохранении относительно усовершенствования предоставления медицинской помощи» от 7 июля 2011 года реформирование системы охраны здоровья подразумевает научное обоснование стратегий качественно новой функционально-организационной системы психиатрической помощи и создание условий для оказания третичной, высокоспециализированной психиатрической помощи.

В связи с этим особую важность приобретает переориентация психиатрической помощи на ориентированный на пациента ценностно-гуманистический подход, фокусировку на интеграцию больных в сообщество, минимизацию стигматизирующих последствий психиатрического вмешательства, что повышает научно-технический аспект качества психиатрической помощи и полностью отвечает требованиям третичному уровню ее оказания.

Разработка и использование технологий лич-

ностно-социального восстановления выходит за рамки возможностей традиционной медицинской модели оказания психиатрической помощи общепсихиатрических отделений с ограниченно-стигматизирующими условиями работы и реальными возможностями вторичного уровня психиатрической помощи.

Использование концепции *личностно-социального восстановления* в качестве методологической платформы для разработки высокоспециализированных технологий личностно-социального восстановления, дает пациентам с психотическими расстройствами реальный шанс и возможность вернуться к прежней плодотворной, наполненной смыслом жизни. Такой подход по-новому освещает возможность личностно-социального восстановления больных психотическими расстройствами и дает возможность последующей разработки критериев оптимизации амбулаторного наблюдения больных с впервые диагностированной шизофренией.

В.А. Абрамов, О.И. Осокина

ОСОБИСТІСНО-СОЦІАЛЬНЕ ВІДНОВЛЕННЯ ХВОРИХ З ПЕРШИМ ЕПІЗОДОМ ШИЗОФРЕНІЇ: КОНЦЕПТУАЛЬНІ ОСНОВИ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

У статті проведено теоретико-методологічне обґрунтування концепції особистісно-соціального відновлення хворих з вперше діагностованою шизофренією, описані основні сучасні підходи до вивчення даної нозології, визначено потреби даного контингенту хворих з урахуванням сучасної спрямованості та реформування системи охорони здоров'я нашої країни. Зроблено висновок про можливість розробки на базі зазначеної концепції технологій особистісно-соціального відновлення хворих після перенесеного першого нападу шизофренії. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 1 (28). — С. 15-22).

V.A. Abramov, O.I. Osokina

PERSONAL-SOCIAL RECOVERY OF PATIENTS WITH FIRST-EPISODE SCHIZOPHRENIA: FRAMEWORK

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

In the article there was conducted theoretical and methodological basis of the concept of personal-social recovery of patients with newly diagnosed schizophrenia. There was described the main current approaches to the study of this disease, identified the needs of this group of patients in accordance with modern orientation and health care reform in our country. The conclusion about the need to develop on the basis of this concept the recovery personal-social technologies of patients after suffering a first episode of schizophrenia. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 1 (28). — P. 15-22).

Литература

1. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Ряполова Т.Л. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией. - Донецк: Каштан, 2009. - 584 с.
2. Deegan P.E. Recovery as a journey of the heart // Psychosoc. Rehab. J. - 1996. - Vol.19. - P. 91-97.
3. Farkas M. The vision of recovery today: what it is and what it means for services // World Psychiatry. - 2007. - Vol. 6, №2. - P. 4-10.
4. Roberts G., Wolfson P. The rediscovery of recovery: open to all // Advances in psychiatric treatment. - 2004. - Vol.10: - P.37-48.
5. Lenior M.E., Dingemans P.M.A.J., Schene A.H., Linszen D.H. Predictors of the early 5-year course of schizophrenia: a path analysis // Schizophr Bull. -2005.-Vol.31. -P.781-791.
6. Zubin J., Magaziner J., Steinhauer S.R. The metamorphosis of schizophrenia: from chronicity to vulnerability.// Psychol Med-1983.

- Vol. 13(3). -P.551-571.
7. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении. - СПб: Питер, 2008. - 512 с.
8. Нуллер Ю.Л., Пегашова А.Е., Козловский В.Л. Антиципация в семьях психически больных // Соц. и клин. психиатрия. - 1998. - Т.8. - Вып.2. - С. 5-11.
9. Вайндрух Ф.А., Назаров К.Н. Конституция и психозы: (телосложение и психозы) // Журн. невропатол. и психиатр. - 1973. - Т.73. - Вып.1. - С. 140-148.
10. Lehman A.F., Carpenter W.T. et al. Treatment outcomes in schizophrenia: implications for practice, policy and research // Schizophr. Bull. - 1995/ - Vol. 21. - №4. - P. 43-49.
11. Свердлов Л.С., Скорик А.И. О механизмах развития рецидивов при эндогенных психозах: длительность ремиссии при аффективных психозах // Журн. невропатол. и психиатр. - 1991. -

Т.91. – Вып.4. – С. 65–69.

12. Розум С.И. Категория значения, процесс коммуникации и когнитивные нарушения при шизофрении // Обзор психиатрии и мед психол. Им. В.М. Бехтерева. – 1998. - №1. – С. 9–1

13. Neuchterlein K.H., Dawson M.E., Ventura J. et al. The vulnerability/stress model of schizophrenic relapse: longitudinal study // Acta Psychiat. Scand. – 1994. - №382. – P.58–64.

14. Циркин С.Ю. Концептуальная диагностика функциональных расстройств при шизофрении: диатез и шизофрения // Соц. и клин. психiatr. – 1995. - №2. – С. 114–118.

15. Шейнина Н.С., Коцюбинский А.П., Скорик А.И. и др. Психопатологический диатез СПб.: Гиппократ, 2008. – 128 с.

16. Коцюбинский А.П. Значение психосоциальных факторов в этиопатогенезе шизофрении и социальной адаптации психически больных: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб, 1999. – 35 с.

17. Воловик В.М., Вид В.Д. Психофармакология и психотерапия // Фармакотерапевтические основы реабилитации психически больных. – М.: Медицина, 1989. – С. 98–117.

18. Сливко-Кольчик Е.Б. Стрессогенные жизненные события и стратегии копинг-поведения у юношей с эндогенной психической патологией // Обзор. психiatr. и мед. психол. Им. В.М. Бехтерева. – 1996. - №2. – С. 200–201.

19. Birchwood M. McGorry P.D., Jackson HJ. Early intervention in psychosis: the critical period. The recognition and management of early psychosis a preventive approach.// Cambridge, UK, -1999. -P.226-264.

20. Зайцева Ю.С. Первый психотический эпизод: пятилетнее катamnестическое клинко-нейропсихологическое исследование: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.06 : Москва, 2010. - 25 с.

21. Былим И.А., Шикин Ю.М. Стратегии раннего вмешательства при шизофрении // Обзорение психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. - 2008. - №3. - С. 78-83.

22. Cahn W., van Haren N.E.M. et al. Brain volume changes in the first year of illness and 5-year outcome of schizophrenia // Br. J. Psychiatry. - 2006. -Vol.189.-P. 381-382.

23. Ряполова Т.Л. Ранняя реабилитация больных шизофренией (биопсихосоциальная модель) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Харьков, 2010. – 35 с.

24. Singh S.P., Singh V., Kar N., Chan K. Efficacy of antidepressants in treating the negative symptoms of chronic schizophrenia: meta-analysis // British J. of Psychiatry. – 2010. – Vol.197. – P. 174–179.

25. Ventura J., Subotnic K.L., Guzik L.H., Hellermann G.S., Gitlin M.J., Wood R.C., Nuechterlein K.H. Remission and recovery during the first outpatient year of the course of schizophrenia // Schizoph. res. – 2011. – Vol.132 (1). – P. 18–23.

26. Owens D.C., Johnstone E.C., Miller P., Macmillan J.F., Crow T.J. Duration of untreated illness and outcome in schizophrenia: test of predictions in relation to relapse risk // British J. of Psychiatry. – 2010. – Vol.196. – P. 296–301.

27. Schennach-Wolff R., Seemüller F.H., Maier A., Klingberg S., Heuser I., Klosterkötter J., Gastpar M., Hdfner H., Sauer H., Schneider F., Gaebel W., Jdger M., Müller H.-J., Riedel M. An early improvement threshold to predict response and remission in first-episode schizophrenia // British J. of Psychiatry. – 2010. – Vol.196. – P. 460–466.

28. Гурович И.Я., Любов Е.Б., Сторожакова Я.А. Выздоровление при шизофрении. Концепция «recovery» // Социальная и клиническая психиатрия. - 2008. - Т.18. – вып. 2. - С. 7-14.

29. Н.О. Марута, В.А. Абрамов, Т.Л. Ряполова, О.Г. Студзінський, О.В. Абрамов, І.В. Жигуліна, О.І. Осокіна, Г.Г. Путятін Систематизація передумов і механізмів формування стигми у хворих на психічні розлади: Метод. рек. – Київ, 2011. – 28 с.

Поступила в редакцию 21.05.2012