

УДК 615.851.001-07(083)

*Б.В. Михайлов, В.В. Чугунов, И.Н. Сарвир***РОЛЬ И МЕСТО ПСИХОТЕРАПИИ В ФОРМИРОВАНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ И ПСИХОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: психотерапия, качество жизни, невротические и психотические расстройства

Начало третьего тысячелетия характеризуется бурными изменениями цивилизационного процесса. Успехи технических отраслей знания привели к невиданному уровню развития техногенной цивилизации. Модернистски-технократическое развитие общества обусловило повышение качества повседневной среды обитания человека. Однако эти же факторы послужили причиной формирования условий, оказывающих негативное воздействие на организм человека и популяцию в целом: ухудшение экологической обстановки, увеличение социально обусловленных стрессорных факторов, возрастание количества и масштабов техногенных катастроф, возникновение целого ряда новых и патоморфоз существующих заболеваний.

Все больше и больше требований предъявляется к комплексу жизненных условий, который обозначается как «качество жизни»; так или иначе, но все составляющие этого комплекса связаны с проблемами здоровья и болезни, и, особенно, психического неблагополучия.

Как указывает М.Ю. Польшая [1], первоначально являясь социологическим понятием, термин «качество жизни» сегодня все больше используется в сфере медицины: основан научный журнал, посвященный исследованиям качества жизни в связи со здоровьем; количество тематических публикаций измеряется тысячами, Общество исследователей качества жизни регулярно проводит съезды и конференции по данной проблеме.

При всей неопределенности и многообразии дефиниций термина «качество жизни» все же очевидно, что речь идет о своеобразном комплексе социально-экономического статуса и валологически-поведенческого благополучия, неотъемлемой частью которого является характерное чувство «удовлетворенности жизнью».

Всемирная Организация Здравоохранения определяет качество жизни как «восприятие ин-

дивидами их положения в жизни в контексте культуры и систем ценностей, в которых они живут, и в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами» [2].

Можно выделить следующие ракурсы применения концепции качества жизни в психиатрической медицине:

— планирование клинической помощи пациентам с психопатологическими расстройствами различного регистра;

— реабилитационные и психотерапевтические программы и мероприятия;

— количественная оценка результатов клинических испытаний и скринингов деятельности учреждений и служб здравоохранения;

— оценка потребности населения в учреждении здравоохранения и распределение ресурсов.

Указывается, что понятие «качества жизни» является многофакторным [1]; принято выделять следующие его компоненты:

— медицинские аспекты: влияние самого заболевания, его симптомов и признаков; ограничение способности к нормальному функционированию, наступающее вследствие заболевания; влияние лечения, в т. ч. его организационных аспектов, на повседневную жизнедеятельность пациента;

— психологические аспекты, под которыми прежде всего понимается субъективное отношение человека к своему здоровью и самочувствию/состоянию; степень адаптации пациента к болезни и возможность выполнения им привычных функций, соответствующих его социально-экономическому и статусно-ролевому положению;

— социально-экономические аспекты (прямые и косвенные потери — затраты, связанные непосредственно с оплатой лечения, временная или постоянная нетрудоспособность, ограничение профессиональных возможностей, и т. п.).

Очевидно, что понятие «качества жизни» в медицине и, в частности, в психодисциплинах

дискутируется, по сути, довольно давно: в терминах «уровень жизни», «социальное функционирование» [3 — 5] и др. Собственно говоря, само понятие «идиографического» диагноза,

противопоставленного диагнозу «номотетическому», в известном смысле вносит в проблему постгоспитальной реабилитации психически больных качественные параметры.

### Материал и методы исследования

Исследование в методологической своей плоскости базировалось на принципах клинко-дисциплинарно-эволюционного анализа [6, 7], а в части общеметодической — на принципах доказательной медицины.

Оценка качества жизни больных, особенно из числа страдающих невротическими или психотическими расстройствами, является абсолютно необходимым компонентом доказательной медицины. Это связано прежде всего с тем, что объективных доказательных критериев требует не только диагностический процесс, но и оценка эффективности терапии.

Специфика патологии обуславливает необходимость введения некоего интегрального показателя — а именно влияния состояния психической сферы на уровень социального функциони-

рования человека. До последнего времени в ракурсе реабилитации рассматривались уровень производственного, семейного, социального функционирования как отдельные компоненты качества жизни в целом. Однако показатель качества жизни позволяет дать комплексную и интегральную оценку.

Воссоздание оптимально достижимого или хотя бы приемлемого качества жизни у больных с расстройствами психической сферы без применения психотерапии невозможно. Учитывая определенные этиопатогенетические различия психотических и невротических расстройств, роль и место психотерапии в системе их лечения, как показывают наши исследования и данные различных авторов, существенно разнятся.

### Результаты исследования и их обсуждение

На основании многолетних клинических исследований и практических наблюдений нами были разработаны основные положения и принципы дифференцированного применения психотерапии в лечении больных с расстройствами невротического и психотического регистров [8].

Психотерапия невротических расстройств — неотъемлемая часть лечебно-диагностического процесса; она основывается на детальном, комплексном анализе психогении в целом.

Психотерапия невротических расстройств базируется на углубленном анализе психотравмы, основных клинических проявлений (эмоциональных, вегето-сосудистых, вегето-висцеральных, чувствительных и двигательных нарушений), динамики развития заболевания, в неразрывном единстве с особенностями психологических, нейрохимических и электрофизиологических коррелятов.

Лечение невротических расстройств базируется на принципах этиопатогенетической направленности, последовательности (этапности), дифференцированности и комплексности.

Основной принцип построения терапии — ее этиопатогенетическая направленность, в связи с чем доминирующим видом психотерапии являются влияния, направленные на устранение причин и механизмов развития невротических

нарушений; «смягчение» или ликвидация симптоматики проводятся как дополнительные влияния, подчиненные основной задаче терапии.

Базируясь на этиопатогенетических принципах, конкретные терапевтические программы реализуются дифференцированно, относительно не только особенностей клинической картины заболевания, но и конкретных больных. Такая дифференциация позволяет не только проводить каузальную терапию (индивидуальная и групповая патогенетическая психотерапия) с различными видами симптоматических влияний, с фармакологическим лечением, физиотерапией и т. д., но и в каждом конкретном случае, исходя из показаний, строить комплексное влияние индивидуально и обосновано.

Следующим принципом терапии невротических нарушений является ее последовательное осуществление. Лечебные влияния реализуются в определенном порядке таким образом, чтобы соответствующее действительности влияние явилось логическим продолжением предыдущего и предпосылкой для последующего. Этим принципом определяется не только быстрая результативность, но и устойчивость терапевтического эффекта.

В реализации лечебных мероприятий условно выделены 4 этапа: подготовительный, основ-

ной, заключительный и психопрофилактический.

Задачами первого этапа являются:

а) установление психологического контакта с больным;

б) выявление эмоциональных расстройств в рамках психологического конфликта, который вызвал невротическое расстройство;

в) объяснение больному причин болезни и ознакомление его с планом лечения;

г) назначение медикаментозной терапии;

д) психотерапевтическое опосредствование и потенцирование предназначенного лечения и мероприятий психотерапевтического режима.

Решающим фактором терапии невротических расстройств является достижение понимания и осознание больным причинно-следственных зависимостей между его состоянием, клиническими проявлениями с одной стороны и особенностями личности, невротическим конфликтом, неразрешенными психологическими проблемами — с другой. Следует подчеркнуть, что достижение этого понимания не является чисто рациональным, познавательным процессом, в него должны быть включены значимые эмоциональные переживания, наличие которых и делает возможную перестройку личностного реагирования. Возникновение этих переживаний обеспечивается только наличием полноценного психологического контакта между больным и врачом, во главе угла которого лежит абсолютное доверие не только к профессиональным, но и к личностным качествам психотерапевта, вера в его искреннюю заинтересованность, его готовность и способность понять интимные переживания больного и помочь ему. Наиболее эффективной формой психотерапевтического контакта является в данном случае «партнерство», сопереживание, когда основной акцент делается на эмоциональных компонентах общения, на доверительной позиции и понимании врачом проблем и трудностей пациента. Это, однако, не исключает использования «авторитарного», императивного характера общения в ситуациях проявления невротических форм реагирования.

Среди мероприятий первого этапа важное значение имеет анализ жалоб больного, выяснение содержания психотравмирующих факторов, которые вызвали невротическое расстройство, обстоятельств возникновения первых проявлений заболевания. При этом обращается внимание на особенности жизни пациента, его воспитание и характер, то есть predisposиционные факторы развития эмоциональных нарушений.

Установление психологического контакта с больным служит основой для проведения беседы об источнике и механизмах формирования невротических нарушений, их природы, динамики, а также ознакомление его с планом лечения.

Методы и содержание психотерапии больных с психотическими расстройствами определяются своеобразием фаз, форм и типов течения заболевания. Большое значение приобретает правильный учет соотношения психотерапевтической тактики и биологической терапии в системе восстановительного, в т. ч. постгоспитального лечения пациентов с эндогенными психозами.

Основными задачами психотерапии при шизофрении являются:

— предотвращение изоляции больных в обществе и аутизации; социальная активация и смягчение реакций больных в ответ на ситуации, связанные с болезнью и лечением; формирование критического отношения к болезни и деактуализация психотических переживаний; потенцирование антипсихотического действия биологических методов лечения;

— подготовка больных к выписке и профилактика явлений внутрибольничного госпитализма.

В литературе представлен разнообразный опыт применения психотерапии при шизофрении [9 — 12].

Выделяют несколько уровней задач и соответствующих им форм групповой психотерапии при малопрогрессирующих формах шизофрении.

Решение задач первого уровня (стимулирование эмоциональности, социальная активация и налаживание коммуникаций) осуществляется с помощью групп творческой активности — арттерапия, музыкотерапия, проективный рисунок и др., с помощью психомоторики, пантомимы, простых форм коммуникативно-активирующей терапии (литературный пересказ, свободная импровизация диалогов и их обсуждение).

Для решения задач второго уровня (выработка адекватных форм поведения, тренировка общения и повышение уверенности в себе) используются, наряду с указанными выше, методы функциональной тренировки поведения.

Третий уровень задач (достижение правильного представления о болезни и нарушениях поведения, коррекция установок и отношений и оптимизация общения) требует привлечения бо-

лее сложных вариантов коммуникативной психотерапии и проблемно-ориентированных дискуссий.

Наконец, четвертому уровню задач (раскрытие содержательной стороны конфликтных переживаний, перестройка системы отношений и нахождение адекватных форм психологической компенсации) в большей мере соответствует методика свободных вербальных дискуссий.

К числу мишеней психотерапевтической коррекции при малопрогрессирующей шизофрении относят искажения восприятия важнейших мотивационных структур, основные дезадаптивные психологические установки, феномены нарушения «внутренней картины болезни». В качестве основных типов психотерапевтического вмешательства указываются эмоциональная поддержка, стимуляция, совет, разъяснение, уточнение, конфронтация, объективация, интерпретация.

Лечение больных шизофренией может осуществляться в терапевтических группах, в которых участвуют пациенты, страдающие другими психозами и пограничными состояниями (включая больных невротиками), что позволяет использовать стимулирующую роль непсихотических пациентов в группах, неоднородных по нозологическому составу, а также по возрасту, полу, образованию, продолжительности болезни и психотерапевтическому опыту.

Во многих случаях целесообразной оказывается краткосрочная психотерапия, ставящая перед собой реалистические и скромные цели, в частности разъяснение пациенту причин и механизмов ухудшения его состояния и оказание помощи в приобретении нового опыта, который позволит ему лучше справиться с трудной ситуацией в будущем. Поведение психоте-

рапевта в подобных группах больных психозами должно быть активным и директивным, открытым, с четким модулированием своих эмоций и рефлексий.

При определении целей групповой психотерапии депрессивных больных обычно подчеркивается, что, хотя психотерапия не приводит к снятию эндогенной симптоматики, группа способствует возникновению у пациентов чувства принадлежности и безопасности, изменению представлений о неповторимости и исключительности их заболевания, уменьшению в связи с этим напряженности, перестройке отношения к своей болезни, укреплению веры в успех лечения, повышению самооценки, выработке более адекватных жизненных планов.

Групповая психотерапия (различные вербальные и невербальные приемы) при эндогенных депрессиях обычно сочетается с биологической терапией и проводится после снятия острой депрессивной симптоматики. Различно отношение к обсуждению в группе вопросов, связанных с суицидальными тенденциями у больных. Одни авторы полагают, что таких пациентов не следует включать в группу из-за того, что эти тенденции могут усилиться. Другие считают это и возможным, и необходимым, поскольку суицидальные тенденции часто бывают скрыты и работа в группе их выявляет.

Таким образом, разработанные принципы психотерапии и психотерапевтические подходы позволяют оказывать дифференцированное воздействие в процессе терапии больных с невротическими и психотическими расстройствами, что позволяет сократить продолжительность и повысить эффективность лечения, стойкость ремиссий и, следовательно, качество жизни таких пациентов.

*Б.В. Михайлов, В.В. Чугунов, І.М. Сарвір*

## **РОЛЬ І МІСЦЕ ПСИХОТЕРАПІЇ У ФОРМУВАННІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА НЕВРОТИЧНІ Й ПСИХОТИЧНІ РОЗЛАДИ**

Харківська медична академія післядипломної освіти, кафедра психотерапії

У статті обговорюється проблема ролі і місця психотерапії у формуванні якості життя пацієнтів на невротичні й психотичні розлади. Описується авторська система диференційованої психотерапії невротичних й психотичних розладів. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 4 (14). — С. 30-34)

**THE ROLE AND THE PLACE OF THE PSYCHOTHERAPY IN FORMING OF THE QUALITY OF LIFE OF THE PATIENT WITH NEUROTIC AND PSYCHOTIC DISORDERS**

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Department of Psychotherapy

In the article discussed a problem of the role and the place of the psychotherapy in forming of the quality of life of the patient with neurotic and psychotic disorders. Describe the author's system of the varied psychotherapy of the neurotic and psychotic disorders. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 30-34)

*Литература*

1. Польшваная М.Ю. Оценка качества жизни психически больных // «Архив психиатрии», 2002, № 2(29).— С. 5 — 9.
2. Hunt S.M., McKenna S.P. The Qlds: a scale for measurement of quality of life in depression // «Health Policy», 1992, v. 22.— P. 307 — 319.
3. Пхіденко С.В. Соціальне функціонування і компенсація при шизофренії.— К.: Вид-во Українського НДІ соціальної і судової психіатрії, 1996.— 117 с.
4. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных // «Социальная и клиническая психиатрия», 1998, № 2.— С. 350.
5. Шмуклер А.Б., Лосев Л.В., Зайцев Д.А., Гладков С.П. Социальное функционирование и качество жизни больных шизофренией, проходящих стационарное лечение // «Социальная и клиническая психиатрия», 1999, № 4.— С. 49 — 52.
6. Чугунов В.В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии.— К.: Здоров'я; Х.: Око, 2002.— 708 с.
7. Чугунов В.В. Клиника и дисциплинарная эволюция сексологии.— К.: Здоров'я; Х.: Око, 2000.— 600 с.
8. Михайлов Б.В., Табачников С.И., Витенко И.С., Чугунов В.В. Психотерапия: Учебник для врачей-интернов высших медицинских учебных заведений III-IV уровней аккредитации.— Х.: Око, 2002.— 792 с.
9. Психотерапия психозов // Вопросы психотерапии: Матер. всесоюзн. конф. / Под ред. М.С. Лебединского; Предисл. Д.Д. Федотова.— М.: Медгиз, 1958.— С. 165 — 212.
10. Канторович Н.В. Место психотерапии в лечении психозов // Вопросы психотерапии: Матер. всесоюзн. конф. / Под ред. М.С. Лебединского; Предисл. Д.Д. Федотова.— М.: Медгиз, 1958.— С. 165 — 174.
11. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении.— 2-е изд., перераб. и доп.— С.-Пб.: Питер, 2001.— 432 с.
12. Психотерапевтическая энциклопедия / В.А. Абабков, А.А. Александров, Б.А. Бараш и др.; Под ред. Б.Д. Карвасарского.— 2-е изд., перераб. и доп.— С.-Пб.: Питер, 2000.— 1019 с.

Поступила в редакцию 16.06.2004