**СЕКЦИЯ №31.**

**ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.00)**

**СЕКЦИЯ №32.**

**ПСИХИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.06)**

ПРИНЦИПЫ ПРОВЕДЕНИЯ ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ В КОМПЛЕКСНОЙ

И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

**Коростий В.И, Кожина А.М., Кришталь В.Е., Сухоиванова Е.И.**

Харьковский национальный медицинский университет, г.Харьков, Украина

Шизофрения - одно из наиболее распространенных психических расстройств, характеризующееся полиморфизмом психопатологических проявлений, в основном в сфере мышления, эмоций и воли, а также нарушением единства психических процессов и приводящее к неблагоприятным социальным и экономическим последствиям. (1, 5) Современный этап развития психиатрии характеризуется широким использованием атипичных нейролептиков, которые достаточно быстро купируют продуктивную и негативную психопатологическую симптоматику, улучшают когнитивный дефицит и обладают минимальными побочными эффектами. Чрезвычайно важным фактором также является возможность быстрого восстановления качества жизни и социального функционирования у больных шизофренией (3, 6). В связи с этим остро ощущается необходимость разработки комплексных реабилитационных программ и их внедрение в практику работы психиатрических учреждений. Известно, что важную роль в реабилитационном процессе играет психосоциальное вмешательство (1, 2, 4). Особое место в структуре реабилитационных мероприятий занимает психообразование (psychoeducation) - поэтапно осуществляемая система психотерапевтических воздействий, предусматривающих информирование пациента и его родственников о психических расстройствах и их обучение методам совладания со специфическими проблемами, обусловленными проявлениями заболевания. Вышеизложенное определило актуальность и необходимость проведения данного исследования, цель которого - оценка эффективности психообразовательных программ в комплексной реабилитации больных шизофренией.. Для достижения поставленной цели, при условии информированного согласия с соблюдением принципов биоэтики и деонтологии было проведено комплексное обследование 140 больных, женского пола, в возрасте 18 - 35 лет с установленным диагнозом шизофрения в период стабилизации состояния. Основную группу (пациенты которой принимали участие в психообразовательной программе, разработанной по результатам собственных исследований) составили 94 человека. В контрольную группу вошли 46 больных, получавших стандартную регламентированную терапию в больнице.

Для решения поставленных задач 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. Психообразовательные занятия проводились в закрытых группах, в количестве участников от 6 до 10-15 человек. Каждый цикл психообразования состоял из 10 - 12 занятий, продолжительностью 1,5 - 2,0 часа с частотой 1 - 2 раза в неделю. 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. На первом этапе исследования (перед проведением психообразовательной работы) было проведено клинико-психопатологическое исследование больных с помощью шкалы PANSS. До начала психообразовательного вмешательства средний суммарный балл по положительным шкалам PANSS составлял в основной группе – 26,1 ± 4,1, в контрольной – 26,4 ± 4,1 балла, после завершения терапии – 6,7 ± 1,5, и 13, 1 ± 1,3 балла соответственно. Уровень выраженности положительных симптомов в основной группе снизился на 71,3 %, в контрольной – на 50,9 % соответственно. До начала лечения средний суммарный балл по негативным шкалам PANSS составлял в основной группе – 25,3 ± 3,9, в контрольной – 25,4 ± 4,2 балла, после завершения терапии – 7,6 ± 1,1 и 14,2 ± 1,6 баллов соответственно. Уровень выраженности негативных симптомов в основной группе снизился на 67,1 %, в контрольной – на 51,8 % соответственно. Средний суммарный показатель по шкалам общепсихопатологических нарушений до начала лечения составлял в основной группе – 52,1 ± 9,1; в контрольной – 52,3 ± 9,0 баллов, после завершения терапии – 17,7 ± 2,9 и 30,1 ± 6,8 баллов соответственно. Уровень выраженности общепсихопатологических симптомов в основной группе снизился на 65,8%, в контрольной – на 42,7% соответственно.Уровень выраженности общего балла по шкале PANSS в основной группе снизился на 67,1%, в контрольной – на 46,9%. Как показали результаты изучения социального функционирования больных шизофренией, на первом этапе исследования у обследованных больных отмечались нарушения общей поведенческой дисфункции в обществе: очевидная – 24,2 %, серьезная – 26,5 %, и очень серьезная – 28,1 % дисфункция, нарушение при выполнении социальных ролей в обществе: очевидная – 24,8 %, серьезная – 27,4 %, оченьсерьезная – 28,6 % 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, домашнюю атмосферу, поддержку 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 динамическая оценка качества жизни больных шизофренией (по Н. А. Маруте, 2004). После проведения психообразовательных мероприятий показатель качества жизни в основной группе по всем шкалам повысился на 40,2%, в контрольной – на 27,7%. По результатам катамнестического 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. Таким образом, как показали результаты исследования, комплексный подход в терапии шизофрении, который включал в себя психофармакотерапию с использованием атипичных нейролептиков в сочетании с психообразовательными тренингами, приводит к восстановлению социальной активности и успешной ресоциализации больных.

**Список литературы**

1. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Ряполова Т.Л. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией // Монография, Донецк, 2009, 584 с.

2. Абрамов В.А., Ряполова Т.Л., Кокотова О.О., Бойченко О.О. Качественная оценка адаптивных ресурсов личности больных шизофренией.// – Українськийвісникпсихоневрології. Том 21, вип. 3 (76), 2013. С. 40 - 46.

3. Бурчинский С.Г. Проблема безопасности в стратегии фармакотерапии атипичными нейролептиками. // – НейроNews психоневрология и нейропсихиатрия. №5 (24), 2010, С. 37-41.

4. Марута Н.О. Стан психічногоздоров’янаселення та перспективирозвиткупсихіатричноїдопомоги в Україні. // – Здоров’яУкраїни. №3 (22), 2012. С. 6-8.

5. Михайлов Б.В. Пароксизмальные состояния в клинике невротических и соматоформных расстройств / Б.В. Михайлов // Українськиймедичнийчасопис. – 2012. – №6 (92). – С. 80-83.

6. Чабан О.С., Шизофренія з позиції пост психіатрії. // – Здоров’яУкраїни. №3 (22), 2012. С. 53.