УНИВЕРСИТЕТ ДЛЯ НЕРАВНОДУШНЫХ ЛЮДЕЙ

МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

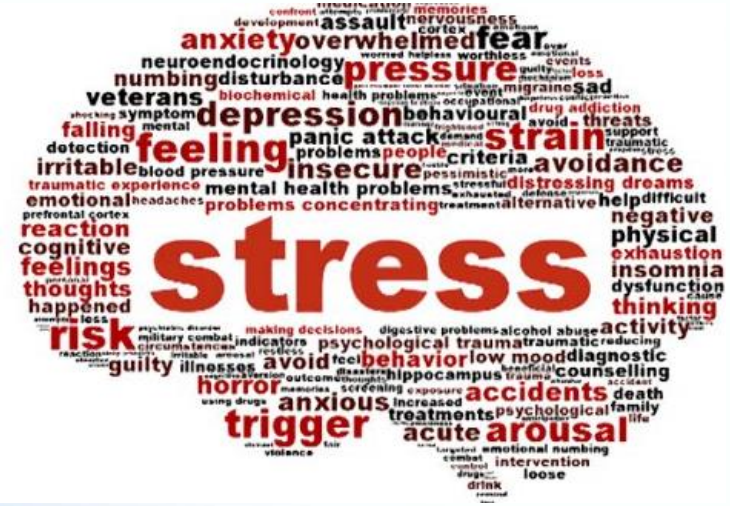
МГППУ.РФ

# Психологическая поддержка пациентов с психическими расстройствами в условиях пролонгированного стресса

*Рычкова О.В.,*
*проф. каф. Клинической психологии и психотерапии МГППУ*

Термин «стресс» является одним из самых часто употребляемых учеными, практиками, и населением.

Существуя уже почти 100 лет, концепция стресса продолжает развиваться, занимает особое место в психологии, медицине, особенно – **в науках о ментальном здоровье**



# Идеи Ганса Селье

Определял стресс как *«универсальную реакцию организма на различные по своему характеру раздражители»*.

Статья от 1936 г. содержала описание *«общего адаптационного синдрома»*, представляющего собой *«физиологический механизм, который повышает устойчивость к повреждению как таковому»*, и возникающего в ответ на воздействие **различных вредных веществ.** Стресс в первоначальной трактовке - **реакция организма на сильное неблагоприятное воздействие окружающей среды**.

# Г.Селье «Стресс без дистресса» (1979)

Были введены концепты «**стадия истощения»,** «**эустресс**» и «**дистресс**». Стадия истощения связана с активизацией **парасимпатического отдела вегетативной нервной системы** и необходима для восстановления сил организма.

Тезис «*Стресс есть неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование»* стал «общим местом», и долгое время не подвергался сомнению. Хотя … Очевидно, что в ответ на внешние вредности, различающиеся по силе и качеству, организм **обязан давать вариативные реакции!**

Сейчас мы признаем, что тезис о «неспецифическом» ответе несколько неточен.

# **Психологический стресс** (Lazarus, 1966-2001)

Вопрос - **какие факторы влияют негативно, а какие помогают человеку или предохраняют его от селективных нагрузок путем их преодоления?** Здесь учитываются:

- когнитивные факторы;
- защитные механизмы и копинг-стратегии;
- первичная и вторичная оценка стрессора;
- стратегии контроля над стрессом.

Психологическое влияние является одним из самых мощных раздражителей, а особенно если ситуации сопряжены с **новизной, неопределенностью и непредсказуемостью.**

# Теория физиологической прочности

Реакция на стрессор зависит от того, как он оценивается индивидом:

- Если стрессор рассматривается как **вызов** (испытание человека на прочность), то это может **улучшать показатели сопротивляемости** организма из-за увеличения симпатического возбуждения, которое переживается как приятное или энергетизирующее.
- Если же стрессор оценивается **как угроза**, то это вызывает **негативные эмоции**, может **отрицательно повлиять на здоровье.**

Но во всех случаях стресс - внутреннее состояние организма, при котором **осложняется осуществление его интегративных функций**. А хронический стресс оказывает преимущественно негативное влияние на функции организма, что обусловливает повышение вероятности развития соматических и психических заболеваний.

# Ограничения концепции стресса

Теория стресса не может пояснить, почему какой-либо стрессор оценивается одним человеком как контролируемый, а другим – нет, почему некоторые люди реагируют на хронический стресс тревожными и невротическими расстройствами, у других возникает реактивный психоз, а у третьих развивается тяжелое психическое заболевание?

# Предрасположенность к реакциям определенного типа

1) Генетически предопределена стрессорной неустойчивостью адаптивных механизмов, касающихся любых систем организма;

2) Особенности социально-психологической ситуации;

3) Определенная личностной предиспозицией.

**Идея о диатезе**:

**Диатез к стрессу** и/или **психопатологический диатез**.

*(Коцюбинский А.П. с соавт., 2000-2014)*

# Концепция аллостаза

Гомеостаз предполагает, что экологические или жизненные события вызывают стрессовую реакцию, которая позволяет поддерживать гомеостатическое равновесие в норме, а после отмены этого стимула организм возвращается к исходному состоянию.

Если к прежнему состоянию вернуться нельзя, то равновесие будет достигнуто на другом уровне.

Это и есть «аллостатическое состояние».

**Аллостаз – стабильность через изменения**.

(*Sterling P., Eyer J. Allostasis: A new paradigm to explain arousal pathology. Handbook of life stress cognitionand health. N.Y.: 1988*)

# Аллостатическая нагрузка

Аллостаз запускается в результате нарушения сложившегося гомеостаза, т.е. повреждением или изменением параметров функционирования организма.

«Аллостатическая нагрузка» - цена, которую организм платит за необходимость приспосабливаться к неблагоприятным психосоциальным или физическим ситуациям.

**Аллостатическая нагрузка определяет изнашивание регуляторных систем мозга и тела.**

**Аллостатическая нагрузка → аллостатическая перегрузка → возникновение или рецидив заболеваний (соматических, психических)**

**Способы определения аллостатической нагрузки - <u>биомаркеры</u>**

# Биомаркеры аллостатической нагрузки = индекс АН

Изначально индекс АН включал 10 биомаркеров систем нейроэндокринной (кортизол, адреналин, норадреналин, дегидроэпиандростерон-сульфат), метаболической (общий холестерин, липопротеиды высокой плотности, гликозилированный гемоглобин, соотношение талия-бёдра) и сердечно-сосудистой (систолическое и диастолическое артериальное давление)

*(Seeman et al. Price of adaptation-allostatic load and its health consequences: Macarthur studies of uccessful aging // Arch. Intern. Med. – 1997. – № 157. – P. 2259-2268; Suvarna et al. Health risk behaviours and allostatic load: A systematic review // Neurosci Biobehav Rev. –2020. – № 108. – P. 694-711)*

Сейчас используются другие биомаркеры:
инсулиноподобный фактор роста 1, иммуноглобулины, фибриноген, частота сердечных сокращений, индекс массы тела, пик выдоха и другие.

**Использование биомаркеров дает возможность диагностировать состояние не только взрослого, но и ребенка, а также сравнивать данные лиц разного возраста, из разных выборок. Это же обеспечит междисциплинарный подход.**

# 4 фактора повышения аллостатической нагрузки:

- *повторяющиеся повреждающиеся воздействия;*
- *невозможность организма к адаптации на стрессовые воздействия (и необходимость изменений, которые почему-то затруднены);*
- *высокий уровень активности физиологических процессов в условиях недостаточного их восстановления;*
- *ослабление первичных механизмов адаптации и снижение активации компенсаторных механизмов.*

Все 4 фактора заведомо страдают при наличии у субъекта психического расстройства (актуального, или на стадии высокого риска)

# Психические расстройства в практике психолога-консультанта

- *Пограничные расстройства (реактивные, невротические состояния, аффективные расстройства)*
- *Хронические психические заболевания (биполярное аффективное расстройство, расстройства шизофренического спектра)*
- *Органические поражения Ц.Н.С. (с проявлениями в виде психопатологических синдромов)*
- *Наркологические заболевания в виде химических и нехимических зависимостей*
- *Коморбидные состояния*

С высокой вероятностью клиенты **НЕ СООБЩАЮТ** психологу о наличии заболеваний

Пациенты нуждаются в поддерживающей психофармакотерапии

Пациенты нуждаются в реабилитационных мероприятиях или поддерживающей психосоциальной помощи

Пациенты часто НЕ СЧИТАЮТ себя психически больными

**«Compliance»** - **комплаенс** или **комплайенс**, то есть согласие, податливость, уступчивость, понимается как осознанное сотрудничество между врачом и пациентом, а также членами его семьи.
Комплаенс признается в качестве обязательного условия любой серьезной терапии, обеспечивает терапевтическую эффективность.

Экспертами ВОЗ доказательно утверждается, что до 50% больных полностью не выполняют врачебные рекомендации после выхода из стационара, что ведет к рецидивам, регоспитализациям, значительно утяжеляет и хронифицирует клиническую картину многих заболеваний, резко повышает экономические затраты на лечение больных (WHO, 2003)

Низкая готовность следовать врачебным рекомендациям доказана при **наркологических, психических заболеваниях**

## Нон-комплаенс

**Варианты отказа от лечения в динамике:**

- Первичный отказ – пациент не обращается к врачу;
- Вторичный отказ - у однократно обратившихся пациентов, разуверившихся в возможностях лечения;
- Третичный - у не излечившиеся после 3-6 месяцев лечения, с резко сниженным уровнем комплаентности вследствие разочарования в возможностях терапии.

**Комплаенс - динамичная характеристика, модели поведения изменчивы.**

# Комплаенс-терапия
# или **комплаенс-психотерапия**

Интервенция, основанная на положениях, принципах и техниках когнитивно-бихевиоральной психотерапии и мотивационного интервью, **целью** которой является **улучшение соблюдения пациентами терапевтических рекомендаций**.

В идеале – проводится врачом. В реальности – врачами обычно НЕ ПРОВОДИТСЯ!

Но вполне может быть использована психологом.

# Вопросы для интервью

- Были ли попытки обращения за профессиональной помощью? Какие? С каким результатом?
- Какого рода эффект ожидаете сейчас, от данного обращения? Что, на Ваш взгляд, для этого нужно?
- Были ли попытки медикаментозного лечения? Принимаете ли назначенную поддерживающую терапию? (в случае отрицательного ответа – Почему?)
- Как оцениваете возможности фармакотерапии?
- Были ли попытки участия в реабилитационных мероприятиях? В группах поддержки? Каких? С каким результатом?
- Что знаете о группах поддержки?

**По результатам интервью – комплаенс-психотерапия с повышением мотивации на лечение и реабилитацию. И ЭТО ТОЖЕ ВАЖНАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА!!! = ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ**

# Основные ***мишени*** комплаенс-психотерапии:

преодоление анозогнозии, достижение частичного осознания болезни,

изменение отношения больного к периодически возникающему и неизбежному состоянию соматического и психического дискомфорта, с опознанием этого состояния и использованием его как сигнала для возобновления контакта с врачом (а не как основы для деструктивных реакций негативизма и отказа от лечения, с разрушением контакта врач-пациент)

тренинг навыков совладающего поведения, необходимого для преодоления «давления алкоголизирующейся среды», с учетом негативного влияния этой среды на отношение к терапии и проводящим ее лицам

тренинг установления контакта (в рамках терапевтического альянса) как проявление способности к получению эмоциональной поддержки от специалиста

повышение рефлексивных способностей и возможности оценки своего актуального состояния (как основа более зрелой саморегуляции)

изменение самооценки и локуса контроля

предложение письменных стандартизированных наглядных рекомендаций для пациентов по приему терапии, с опорой на желаемые эффекты от лечения

предложение развернутой программы терапии с использованием лекарственных препаратов, приемлемых с учетом запросов больного, его страхов, опасений

преодоление искаженных представлений (и опасений) по поводу лекарственных препаратов и лечения

признание анозогнозии как фактора, препятствующего любой терапии

# Не забываем!

- Уточнить суждение клиента (пациента?) о своем состоянии?
- Обращать внимание на особенности поведения и ведения диалога (признаки психопатологического состояния)
- Обращать внимание на физическое состояние, вегетативные симптомы
- Обращать внимание на эффективность или неэффективность обычно «работающих» технологий
- Необходимость оценивать динамику (внимание к негативной динамике и к отсутствию динамики)
- Оценка осведомленности в психологической терминологии и психофармакотерапии
- Указания на предшествующее участия в реабилитационных мероприятиях / группах поддержки
- Поинтересоваться необходимостью предоставления информации

**Важно, чтобы комплаенс-психотерапию не приходилось проводить с психологом-консультантом! Помним, что ведение пациентов с психическими расстройствами требует <u>комплексного подхода</u> и <u>междисциплинарного взаимодействия</u>.**

МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

# МГППУ –
# УНИВЕРСИТЕТ ДЛЯ НЕРАВНОДУШНЫХ ЛЮДЕЙ

МГППУ.РФ