



## РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХОЗОВ

Ибрагимова Муаззам Холдоровна<sup>1</sup>

Хушвактова Дилноза Хамидуллаевна<sup>2</sup>

Ассистенты кафедры психиатрии, медицинской психологии и  
наркологии Самаркандский государственный медицинский  
университет, Самарканд, Республика Узбекистан  
<https://www.doi.org/10.5281/zenodo.8248739>

### ARTICLE INFO

Received: 9<sup>th</sup> August 2023

Accepted: 14<sup>th</sup> August 2023

Online: 15<sup>th</sup> August 2023

### KEY WORDS

### ABSTRACT

С целью изучения состояния психосоциальной реабилитации пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения, было установлено, что данная предметная область имеет важное исследовательское и организационно-методическое направление в психиатрии стала важной частью содержания психиатрической помощи населению. Полученный результат научного анализа предметной области может быть использован в практической деятельности медицинских специалистов при организации психиатрической помощи населению, для составления образовательных программ по повышению профессиональной квалификации врачей-психиатров и медицинские психологи.

По данным ВОЗ, эндогенные психические расстройства характеризуются наиболее тяжелыми социально-экономическими последствиями. С точки зрения этого подхода биологические, терапевтические воздействия, направленные на организм человека, являются неотъемлемой частью комплексной системы реабилитации, включающей не только лечение психических заболеваний, но и различные психотерапевтические подходы, и социальную деятельность. По определению Березина [1], психическая адаптация - это " процесс установления оптимального соответствия между человеком и окружающей средой в процессе осуществления деятельности, присущей человеку, позволяющей удовлетворить реальные потребности человека и реализовать важные цели, связанные с ними психическое и физическое здоровье, психическая деятельность человека, его поведение и поведение в целом. Обеспечивает соответствие его действий экологическим требованиям. При этом в системном феномене адаптации автор выделяет три аспекта: психофизиологический, психический и социально-психологический. Он также говорит о сложности феномена психической адаптации, который носит междисциплинарный характер [1]. Таким образом, в большинстве работ, посвященных развитию категории психической адаптации в практическом, медицинском и психиатрическом аспектах,



теоретические построения реализуются в трех основных областях: психологической или личностно-психологической, биологической или психофизиологической и социальной или личностно-экологической [3].

**Цель исследования:** изучить критерии оценки реабилитации пациентов с эндогенными психическими расстройствами.

### **Материалы и методы исследования**

Обследовано 111 пациентов с эндогенными психическими расстройствами, госпитализированных в Самаркандскую областную психиатрическую больницу (по диагностическим разделам МКБ-10: F20, F25 и F31).

Из них 87 человек (60,8% всех обследованных пациентов) страдали шизофренией (49 пациентов или 56,3% этой группы имели параноидальную форму стойкого типа; 21 пациент или 24,1% имели параноидальную форму пароксизмально-прогрессирующего типа; у 17 пациентов или 19,5% в нормальной форме шизоаффективное расстройство было диагностировано у 24 пациентов (16,8% всех обследованных пациентов), а биполярное аффективное расстройство было диагностировано у 32 пациентов (22,4% всех обследованных пациентов). 63,2% больных шизофренией составляют мужчины (55 чел.) и 36,8% женщин (32 чел.). В группе пациентов с шизоаффективным расстройством мужчины составляют 54,2% (13 человек), женщины-45,8% (11 человек). В группе пациентов с биполярным аффективным расстройством мужчины составляют 56,2% (18 пациентов), а женщины-43,8% (14 пациентов).

Средний возраст больных шизофренией составил 27,7 лет, продолжительность заболевания у больных шизофренией-7,2 и 4,9 года, интенсивность 11,9 - 7,7 мес. Средний возраст пациентов с биполярным аффективным расстройством составил 38,4 года, продолжительность болезни у пациентов с биполярным аффективным расстройством-11,9 года, продолжительность болезни у пациентов с биполярным аффективным расстройством-6,5 - 3,8 года, продолжительность обострения 5,9 - 4,9 месяца.

Применялись клиничко - психопатологические (с использованием психометрических методов), клиничко-психологические, клиничко-социологические и статистические методы изучения материала.

### **Результаты и их обсуждение.**

Первичные данные фиксируются в специально разработанной регистрационной карточке, представляющей собой совокупность различных переменных, отражающих историю жизни и болезни больного, текущее состояние больного на момент обследования, а также психологические адаптивные особенности и особенности социального функционирования.

Для определения сущности социальной адаптации были использованы следующие методы, позволившие оценить социальную активность больных по точечным показателям. В шкала оценки глобальных функций (GAF) [4] представляет собой количественную шкалу от 0 до 100 баллов, отражающую субъективную оценку оценщиком социального, трудового и психологического функционирования субъекта. Измерение учитывает симптомы пациента, поэтому не рекомендуется оценивать



активность пациента в остром состоянии. Измерение не включает оценку физического состояния пациента, что критикуется некоторыми авторами [2].

Современные подходы в психиатрии характеризуются постепенным развитием реабилитационного направления. При этом основные положения концепции реабилитации психически больных заключаются в том, что она характеризует не только профилактику, лечение или реабилитацию, но и целостный, комплексный подход к пациенту, опосредующий для него все терапевтическое воздействие осуществляется через личность пациента и основано на сложности структуры психики из различных внешних связей человека [11].

В связи с этим подчеркивается, что необходимым условием эффективной реабилитации психически больных является "разработка концептуальной модели социально ориентированной психиатрии, показывающей взаимосвязь между развитием и изменением системы услуг в убеждениях и отношениях между людьми, вовлеченными в эти услуги" [1].

Описаны типы адаптивного поведения, характерные для пациентов с различными эндогенными психозами, и оценена степень их дезадаптации. В динамике реабилитационных мероприятий проводится сравнительный анализ качества жизни при различных эндогенных психозах.

При анализе клинко-психопатологического компонента биопсихосоциальной адаптации исследование выявило выраженное развитие болезни у больных шизофренией (рассматриваются все формы и виды течения); при биполярном аффективном расстройстве течение болезни без обострения (длительные и частые припадки, появление более тяжелых форм с психотическими добавками) наблюдалось в четверти наблюдений; шизоаффективное расстройство, согласно критерию прогрессирования, занимало промежуточное положение между биполярным аффективным расстройством и шизофренией и было ближе к биполярному расстройству. В группах пациентов с шизофренией и шизоаффективным расстройством тяжесть психического состояния была средней, а общий балл PSS не превышал среднего. Было определенное преобладание негативных симптомов, но они не достигли степени тяжести, что в большинстве случаев указывает на отсутствие явного дефекта. Тяжесть негативного симптомного комплекса при биполярном аффективном расстройстве не оценивалась из-за неспособности правильно сравнить эти показатели с шизофренией и шизоаффективным расстройством. Согласно клинической глобальной шкале впечатлений (CGI), тяжесть психопатологических проявлений оценивалась как "умеренная" в группе пациентов с шизофренией и шизоаффективным расстройством, в то время как в группе пациентов с биполярным расстройством диагностировалось "легкое заболевание". При анализе клинко-психологического компонента биопсихосоциальной активности показано, что регрессивное поведение, постоянно возникающее при нормальной и параноидальной формах шизофрении, имеет пассивную жизненную позицию. Характер адаптивного поведения пациентов с параноидной шизофренией пароксизмально-прогрессирующего типа был более конструктивным, чем у пациентов с постоянным течением болезни. У пациентов с биполярным расстройством в этом исследовании не



было обнаружено значительных нарушений адаптивного поведения. У пациентов с шизофренией диагностируется болезненное и связанное с этим адаптивное поведение. В группе пациентов с аффективной патологией было обнаружено больше вариантов регрессивного расстройства - активного и защитного - закрытия. При этом у больных шизофренией выраженное развитие болезни приводит к формированию неблагоприятного варианта адаптивного поведения, нарушению функционирования в домашней обстановке и в сфере межличностных отношений. Непрерывный тип болезни способствовал формированию регрессивного (защитно-закрытого варианта) типа адаптивного поведения и приводил к нарушениям практически во всех сферах социальной деятельности. В группе больных с аффективной патологией по частоте возникновения на первом месте стоит конструктивный тип адаптивного поведения (социальный вариант).

При изучении свойств психологической защиты у пациентов с эндогенным психозом в литературе ряд авторов описывают преобладание зрелых примитивных средств защиты у пациентов с шизофренией, таких как регресс, реактивное образование [10]. Указывает на подавление и рационализацию как на наиболее распространенные механизмы психологической защиты при диагностике шизофрении [8] обнаружено преобладание реактивного обучения у пациентов с биполярным аффективным расстройством, в то время как компенсаторный механизм был уникальным для пациентов с шизоаффективным расстройством.

При изучении социальной составляющей биопсихосоциальной активности было установлено, что в группах больных шизоаффективным и чаще биполярным аффективным расстройством (независимо от формы и типа течения) по сравнению с больными шизофренией чаще диагностируются компенсированные уровни социальной адаптации (болезнь). С другой стороны, декомпенсированные (условные, частичные и больничные) уровни в основном диагностируются у пациентов с шизофренией.

Анализ деятельности в различных социальных сферах с точки зрения наличия или отсутствия специфических признаков социальной активности показал, что такие заболевания диагностируются в таких сферах социальной деятельности, как брачные отношения, сексуальные отношения, работа с детьми и семьей. При этом при анализе сфер социальной деятельности как профессии, работы в родительской семье (при отсутствии супружеских отношений), характера межличностного общения, а также организации быта больные шизофренией показали сходство.

Оценка социального функционирования с использованием утвержденной шкалы GAF выявила большую социальную защищенность пациентов с биполярным расстройством по сравнению с пациентами с шизофренией.

Анализ показателей клинко-психопатологических, клинко-психологических и социальных адаптивно-компенсаторных механизмов в процессе построения функционального профиля адаптации выявил существенные различия в диагностируемой биопсихосоциальной адаптивной модели у больных шизоаффективным расстройством по сравнению с больными шизофренией.



биполярное расстройство, позволяющее делать рациональные выводы о нозологической изоляции шизоаффективного расстройства.

Корреляционный анализ, основанный на полученных данных профиля функциональной адаптации, показал, что при биполярном аффективном расстройстве отсутствует существенная корреляция между существующими клиническими и психопатологическими характеристиками и наиболее важными взаимосвязями между всеми компонентами, включая степень социальной адаптации. У этих больных обнаружен психологический блок между клинико-психологическим и социальным компонентами биопсихосоциальной активности. При этом больные шизофренией отличаются друг от друга преобладающим влиянием (или их отсутствием) клинико-психопатологических особенностей или клинической, психологической и социальной адаптацией (в зависимости от формы заболевания и его типа). Так, у пациентов с пароксизмально-прогрессирующим типом параноидной шизофрении проявляется большая "специфическая выраженность" психологических механизмов во взаимодействии с социальной адаптацией, что менее выражено при стойкой шизофрении (на фоне повышенной значимости клинических признаков) практически полное отсутствие взаимодействий у больных с простой формой шизофрении (при наивысших абсолютных значениях показателей механизмов психологической адаптации). Характер взаимодействия показателей клинической активности наиболее ярко проявился в последней группе.

В соответствии со стандартами ухода за больными шизофренией при выборе метода психотерапевтического воздействия предпочтительнее использовать психолого-педагогический подход с элементами приемов решения проблем и обучением социальным навыкам, применяемым в познавательной деятельности лечение по интересам [4].

### **Выводы**

1. Клинико-психопатологические (биологические) особенности глубины психической травмы у больных шизофренией (психопатологическая "насыщенность" по результатам психометрической оценки) являются важными факторами, препятствующими дальнейшей социальной адаптации данной группы больных.
2. Во многих отношениях психологические адаптивно-компенсаторные характеристики, определяющие адаптивное поведение, схожи по механизмам психологической защиты у пациентов с шизофренией и шизоаффективным расстройством и менее конструктивны и адаптивны, чем у пациентов с биполярным аффективным расстройством.

### **References:**

1. Индекс тревожности и депрессии у больных сахарным диабетом Эшдавлатов Б.М., Одилова М.А., Нуритов Н.Р. Теория и практика современной науки. 2017. № 5 (23). С. 932-934.
2. Тревножно-депрессивные расстройства и особенности субъективного контроля личности по отношению к здоровью у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.



Мухтаренко С.Ю., Бобушова Г.С., Мураталиев Т.М., Федяй С.О. Вестник Кыргызско-Российского славянского университета. 2013. Т. 13. № 11. С. 108-111.

3. Сравнительный анализ психодиагностики тревоги и депрессии у пациентов с сопутствующими заболеваниями Маргулис М.Е., Поладов Е.Sh., Мокашева Е.Н., Макеева А.В. Научный обзор. Педагогические науки. 2019. № 5-4. С. 93-97.

4. Хаятов Р.Б., Велиляева А.С. Особенности развития и течения аффективных расстройств при сахарном диабете // Достижения науки и образования. 2020. № 5 (59). С. 39-41.

5. Хаятов Р.Б., Велиляева А.С., Абдуразакова R.Sh Особенности возникновения и течения психоорганических расстройств при сахарном диабете // Достижения науки и образования. 2020. № 7 (61). С. 31-33.

6. Хаятов Р.Б., Велиляева А.С. Влияние тревожно-депрессивных расстройств на тяжесть течения и качество жизни пациентов с сахарным диабетом 2 типа. // Доктор ахборотномаси. 2020, №4, с.98-101.

7. Хаятов Рустам Батирбекович, Велиляева Али Сабриевна и Курбанов Анвар Аламович. (2022). Психофармакотерапия депрессивных расстройств при алкоголизме. Евразийский журнал гуманитарных и социальных наук, 8, 19-22.

8. Хаятов Р. Б., Велиляева А. С. и Курбанов А. А. (2022). ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ АЛКОГОЛЬНОГО АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С СУБДЕПРЕССИЕЙ. Евразийский журнал медицинских и естественных наук, 2 (5), 189-192.

9. Хаятов Р. Б., Велиляева А. С. и Курбанов А. А. (2022). АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА КАК ОТЯГОЩАЮЩИЙ ФАКТОР В ТЕРАПИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ. Евразийский журнал медицинских и естественных наук, 2 (5), 193-196.

10. Аламович К. А., Батирбекович К. Р., Сабриевна В. А. Коморбидное течение психических расстройств при эпилепсии //Азиатский журнал многомерных исследований. – 2022. – Т. 11. – № 5. – С. 70-75.

11. Хаятов Рустам Батырбекович, Велиляева Али Сабриевна Особенности развития и течения аффективных расстройств при сахарном диабете // Достижения науки и образования. 2020. №5 (59).

12. Рустам Батырбекович Хаятов, Алия Сариевна Велиляева, Бобир Темирпулатович Тураев, Толиб Махмуджанович Тураев Аффективные расстройства у пациентов с алкогольной зависимостью как фактор риска суицидального поведения // Достижения науки и образования. 2019. №11 (52).

13. Хаятов Р. и Велиляева А. (2022). Влияние тревожно-депрессивных расстройств на тяжесть течения и качество жизни пациентов с сахарным диабетом 2 типа. Журнал "Вестник врача", 1(4), 99-102.