



Н.Є. Поліщук,
Західноукраїнський спеціалізований дитячий медичний центр,
медико-соціальний центр «Діалог», м. Львів

Біопсихосоціальна модель допомоги: основні принципи діагностики та лікування

Змінюється світ, разом з ним змінюємося ми, а разом з нами і наше світосприйняття.

І.М. Пінчук

Останнім часом в українських медичних виданнях все частіше з'являються статті про біопсихосоціальну модель розуміння здоров'я і захворювання людини. Ця модель трактує людину як цілісний організм. Ще у 1974 р. Група з розвитку психіатрії (GAR) визначила поняття «здоров'я» як гармонійний розвиток фізичної, інтелектуальної, емоційної та соціальної частин особистості [1]. Біопсихосоціальний підхід також називають інтеграційним (від лат. *integrum* – ціле; інтеграція означає процес об'єднання будь-яких елементів/частин в одне ціле, процес утворення взаємозв'язків). Біопсихосоціальна модель змінила звичний етіопатогенетичний підхід на багатофакторний [1, 2, 4, 5]. На біопсихосоціальній моделі базується багатоосьова класифікація психічних захворювань, вона ж покладена в основу психосоматичної медицини [3-5].

Основний принцип біопсихосоціальної (інтеграційної) моделі виражає концепцію єдності душі і тіла. Всі області розвитку людини та фактори середовища є в постійному взаємозв'язку.

Біопсихосоціальне розуміння здоров'я та захворювання прийшло до нас з появою вчення Фрейда в кінці XIX ст. Тривале панування дихотомії (поділу) на тіло й душу було переосмислене. Характерний для нового мислення холізм (грецьк. *holos* – ціле) ґрунтується на цілісному уявленні про організм людини. Психічні процеси і соматичні прояви розглядаються не окремо, а як взаємозв'язаний механізм [2, 4].

Крім того, важливе значення надається впливу середовища. Факторами впливу середовища вважають сімейні стосунки, відносини з друзями, приналежність до певного соціального класу, культури та релігії. Згідно з новою моделлю (рис. 1), у певних випадках фактори середовища можуть стати визначальними для виникнення захворювання [1, 3, 4].

Особливо важливо враховувати вплив факторів зовнішнього середовища на дитячий організм. Діти народжуються ще не сформованими ні тілесно, ні психологічно. Якими вони виростуть,

залежить не тільки від їх генетичного матеріалу, а великою мірою від зовнішніх факторів: оптимального чи недостатнього харчування, адекватного виховання у люблячій сім'ї чи в умовах емоційної та педагогічної занедбаності, спілкування з благополучними друзями чи антисоціальним оточенням [1, 6].

Етіологічний принцип біопсихосоціальної моделі

Етіологічний принцип біопсихосоціальної моделі – мультифакторність, означає мультипричинність і ситуативність співвідношення психологічних і непсихологічних факторів.

Згідно з біопсихосоціальною моделлю, розвиток особистості, її здоров'я, адаптація до життя чи поява захворювання є індивідуальними процесами, що залежать від комбінації генетичних та соціальних факторів людини. Для різних людей комбінація цих факторів різна та властива лише цій особі/ситуації. Немає одного уніфікованого процесу, який викликає певну хворобу. Існує багато факторів ризику, які у різних комбінаціях і в кожному окремому випадку викликають захворювання. Як правило, дебют хвороби викликає стрес-фактор [3, 4].

Фактори впливу поділяють на фактори ризику та протективні фактори (захисні, від лат. *protego*, *protectum* – захищати) (таблиця). Обидві групи можуть мати різний контекст: біологічний, особистісний та соціальний [4, 5].

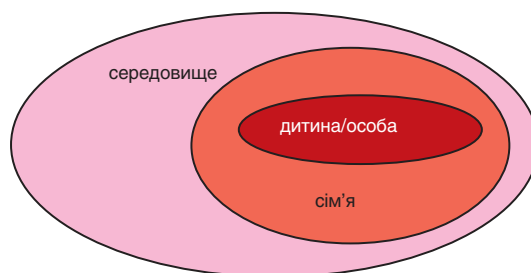


Рис. 1. Біопсихосоціальна (інтеграційна) модель: взаємозв'язок біологічних, психологічних та соціальних факторів (середовища)

Таблиця. Приклади факторів ризику та протективних факторів

Контекст	Фактори ризику	Протективні фактори
Біологічний	Складний темперамент Спадкові хвороби Перинатальні впливи Неправильне харчування	Необтяжена спадковість Адаптивний темперамент
Психологічний	Низький інтелект Низька самооцінка Сімейна дисгармонія Жорстоке ставлення Занедбаність дитини	Інтелект Адекватна самооцінка Широкий спектр навичок та вмінь Позитивне піклування дорослих Взірець гармонійних сімейних стосунків
Соціальний	Бідність Неосвіченість Антисоціальне середовище	Позитивні стосунки з ровесниками Позитивні стосунки з іншими дорослими

Діагностичний принцип біопсихосоціальної моделі

Діагностичний принцип біопсихосоціальної моделі – мультимодальність, а саме одночасне та узгоджене використання для діагностики медичних і психосоціальних методів.

Діагностика згідно з біопсихосоціальним підходом проводиться у трьох площинах: соматичній, психологічній, соціальній. Окрім симптомів захворювання, необхідно дослідити фактори ризику та фактори, що сприяють видужанню (протективні). Скринінг факторів впливу проводить лікар, до якого звернулися пацієнт/сім'я. За потреби залучаються фахівці інших профілів. Якщо проблеми є у дитини, слід дослідити сімейну ситуацію. Якщо в дитини є проблеми у школі, треба дізнатися думку освітян [3, 4, 6].

До певних ситуацій, які є факторами ризику для даного захворювання, залучають юристів. Такими можуть бути зґвалтування, фізичне чи психологічне насильство в сім'ї, невіршені конфлікти на тлі поділу майна, скоєння злочину, особливо малолітніми правопорушниками.

Обширна діагностика вимагає великих часових затрат, тому традиційно встановлюється діагностичний період, який залежно від нагальності проблеми може тривати до 2 тижнів.

Очевидно, що така детальна діагностика з виявленням усіх факторів впливу покращує лікування, чим підвищує шанси на видужання та попереджує рецидиви [1, 2, 4].

Отримані у діагностичний період дані обговорюються всіма залученими до обстеження фахівцями, формулюється спільне діагностичне заключення, яке представляється пацієнту/батькам на окремій зустрічі. Таку зустріч часто називають ще «круглим столом». Тут проходять інформування пацієнта/сім'ї та обмін думками. Важливо досягти взаємопорозуміння та надати повний обсяг інформації. Це дасть можливість спільно з пацієнтом виробити план комплексного лікування. Відповідальність за рішення та дотримання плану лікування несе пацієнт.

Лікувальний принцип біопсихосоціальної моделі

Лікувальний принцип біопсихосоціальної моделі – мультидисциплінарність та індивідуальність, коли заходи терапії базуються на комплексному, командному та індивідуальному підходах.

Фахівці, які можуть бути залучені у діагностичний період

- Соматичні лікарі
- Психіатр/психотерапевт
- Психолог лікарні
- Вчителі/шкільні психологи
- Соціальний працівник
- Юрист
- Представник служби у справах неповнолітніх

Лікування згідно з біопсихосоціальним підходом передбачає індивідуальний підхід до кожного окремого випадку та надання комплексних заходів допомоги. Це можливо лише за умови спільної роботи команди фахівців, за потреби – співпраці з іншими медичними закладами, освітянами, психологами шкіл, соціальними чи опікунськими службами. Таку комплексну допомогу часто ще називають медико-соціальною для підкреслення важливості соціальних факторів [4, 6].

Комплекс лікування розробляється відповідно до виявлених факторів, які підтримують захворювання. У біологічному контексті – це медикаменти, в психологічному – психіатрична, психологічна чи психотерапевтична допомога, у соціальному – допомога сім'ї або окремому її члену, соціальні втручання [1, 4, 6].

Методи та заходи допомоги інтеграційного підходу умовно поділяють на дві групи:

- заходи, скеровані на допомогу пацієнту;
- заходи, скеровані на сім'ю/інше оточення.

Психотерапія часто включається до системи лікувальних заходів, проте вона нерідко займає підпорядковане положення. Загалом першочерговість заходу допомоги визначається тим, яка проблема даного пацієнта поставлена на перше місце [4, 6].

При плануванні та наданні комплексної допомоги необхідно дотримуватися певних правил.

1. Правило специфічності: методи, що застосовуються (фармакотерапія, поведінкова, тренінгова терапія та ін.), повинні бути адекватні конкретному захворюванню. Їх ефективність має бути доведена відповідними дослідженнями. Доведеність методу базується на мультицентрових, подвійних сліпих, контрольованих плацебо та рандомізованих дослідженнях [1, 2].

2. Правило відповідності методу до віку та рівня розвитку пацієнта: вибраний метод має також відповідати даному конкретному хворому та рівню його психологічного розвитку. Важливо індивідуально підходити до вибору умов для проведення лікування (амбулаторно чи стаціонарно).

3. Правило реальності та варіабельності: обрані заходи мають відповідати реальним можливостям у кожному окремому випадку. Комплекс лікування повинен бути скоординований та структурований згідно з конкретною лікувальною метою. При змінах самопочуття пацієнта чи появи нових симптомів необхідна гнучка корекція плану допомоги та інтервенцій, що проводяться [1, 6].

У мультипроблемних випадках та при лікуванні дітей допомога планується поетапно, оскільки постановка довготривалих цілей тут можлива тільки в загальних

рисах. Поетапна конкретизація плану терапії у таких випадках проводиться на відносно короткі проміжки часу (2-3 місяці). Досягнення кінцевої лікувальної мети потребує тривалої допомоги з моніторингом та відповідною корекцією у заходах допомоги. Періодично проводяться проміжні круглі столи з пацієнтом/сім'єю. Після стабілізації стану проміжок між зустрічами подовжується. Кінцеві результати лікування підсумовуються на заключному круглому столі.

Клінічний випадок

Проблема, анамнез, інтерв'ю

За допомогою до психотерапевта медико-соціального центру «Діалог»* звернулася сім'я з приводу проблемної поведінки прийомного сина, 15-річного Івана.

Основне запитання сім'ї: «Що робити? Можливо, краще віддати Івана на виховання до інтернату?»

Іван змалку був гіперактивний та імпульсивний. Завжди мали місце проблеми з неухважністю та поведінкою вдома і в школі. Позитивним є те, що Іван співчутливий та емоційно прив'язаний до опікунів.

Останні 2 роки Іван почав прогулювати навчання у школі, тікати з дому. Ще більше погіршила ситуацію поява у хлопця нових друзів, які випивають, здійснюють дрібні крадіжки. Іван неодноразово виносив для них із дому гроші. За місяць до звернення у «Діалог» Іван разом з друзями вломився до чужого будинку і обірвав там електричну проводку. З цього часу він стоїть на обліку у міліції як малолітній правопорушник.

Сім'я адаптувала хлопчика у 2-річному віці. Про біологічних батьків відомо, що мама «пропала безвісти» – через рік після народження сина поїхала на заробітки в Росію і з цього часу від неї не було жодних звісток. Батько Івана був алкозалежним, здійснював дрібні крадіжки, жебракував, погано доглядав за сином. Через це був позбавлений батьківських прав. Помер 5 років тому.

Розмова з опікунами виявляє високий рівень тривоги обох, а також надмірну поблажливість та непослідовність виховних підходів. Постійне напруження через поведінку Івана, сварки щодо того, яке виховання є «правильним», нерозуміння причин поведінки Івана призвели до кризи сімейних стосунків. Батьки відчувають себе безпорадними і думають про те, щоб віддати Івана в інтернат.

Іван справляє враження розгубленого та нещасливого, говорить тихо і приречено. Описує себе тільки негативно: «я нечемний, роблю збитки, краду, тікаю з дому», «я маю погану компанію, не можу відмовити друзям». Іван дуже боїться, що його віддадуть в інтернат, але не знає, як можна змінити свою поведінку, не вірить у свої сили.

Бажання Івана: «Я хочу стати «нормальним».

Інтерв'ю з сім'єю окрім ознак гіперактивної та імпульсивної поведінки виявляє також проблеми формування особистості Івана: дефіцити емоційної компетентності, самоконтролю, відповідальності, самоорганізації, затримку розвитку моралі.

Обстеження та діагностичне заключення

На діагностичному етапі у медико-соціальному центрі «Діалог» були залучені психіатр (діагностика гіперактивного розладу поведінки, скринінг коморбідних розладів, питання медикаментозного лікування), психолог (тестування інтелекту, скринінг специфічних розладів навчання), сімейний психотерапевт (сімейна криза). Для обстеження психічного стану окрім інтерв'ю були використані опитувальник поведінки дітей, форма для батьків (CBCL), опитувальник виразності психопатологічної симптоматики (SCS-90-R), діагностичний опитувальник поведінкових розладів у дітей та підлітків Вандербільт та інтелектуальна шкала Векслера.

З приводу соматичної патології Іван був обстежений у педіатра та невролога за місцем проживання, які патології не виявили.

За згодою сім'ї по телефону відбулися знайомство й обмін інформацією психотерапевта з класним керівником та представником служби у справах неповнолітніх.

Діагностичне заключення.

1. Психіатричний діагноз: гіперактивний розлад поведінки.

2. Психологічний профіль Івана:

- криза пубертату;
- проблеми формування особистості: дефіцити емоційної компетентності, самоконтролю, відповідальності, самоорганізації, затримка розвитку моралі;
- дефектна самооцінка.

Протективні фактори: Іван має нормальний інтелект (IQ = 100) і не має коморбідних розладів, соматично здоровий.

3. Сімейна ситуація:

- поблажливість та непослідовність виховних підходів;
- криза сімейних стосунків.

Протективні фактори: здорові та розумні опікуни, що загалом хотіли б допомогти Івану.

4. Оточення: друзі з антисоціальною поведінкою.

Протективні фактори: мотивована до допомоги класний керівник, тренер спортивної секції велоруху і туризму.

План і реалізація комплексної допомоги

Повторне звернення через тиждень після обговорення діагностичного заключення показало мотивованість

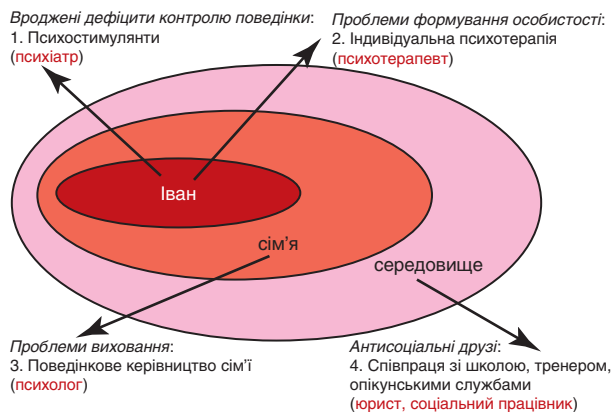


Рис. 2. Комплексна медико-соціальна допомога на прикладі Івана

* Детальніше про медико-соціальний центр «Діалог» можна ознайомитися на сайті www.kdm.lviv.ua.

** Про когнітивно-поведінкову психотерапію в Україні можна ознайомитися на сайті www.i-cbt.org.ua.

опікунів до допомоги Івану. Спільно з батьками був розроблений план допомоги (рис. 2).

I етап (місяць)

Ціль:

- подолати сімейну кризу;
- батькам та іншими дорослим зрозуміти причини проблемної поведінки Івана.

Заходи:

- супровід сімейного психотерапевта для батьків (вихід з кризи, встановлення нових відносин, нового рівня взаєморозуміння і взаємодії);
- інформування та самоосвіта батьків про гіперактивний розлад та виховні підходи, розуміння необхідності узгоджених виховних підходів;
- початок занять Івана у секції велоруху і туризму (альтернативні друзі, дисциплінуючий та розуміючий тренер).
- інформування класного керівника/інших вчителів/тренера про техніки поведінкового керівництва для Івана.

II етап

Ціль:

- зменшити імпульсивність Івана за допомогою медикаментів;
- навчити батьків керувати поведінкою хлопця;
- підняти самооцінку Івана та покращити розуміння себе.

Заходи:

- медикаментозне лікування для зменшення проявів вродженого дефіциту контролю поведінки: препарат атомоксетин тривало;
- проведення психологом «Діалогу» поведінкового керівництва для батьків (навчання батьків способам досягнення бажаної поведінки дитини із застосуванням технік поведінкової психотерапії**);
- постійний контакт між собою та спільна допомога Іванові батьків, класного керівника, фахівців «Діалогу»;
- індивідуальні заняття Івана з психотерапевтом (підвищення самоконтролю, самоорганізації та самооцінки хлопця, у подальших планах – покращення емоційної компетентності, комунікації, асертивності та як кінцевий результат – самоусвідомлення);
- допомога Івану в пошуку альтернативних друзів.

Діагностичне заключення було представлено на круглому столі з опікунами. Були описані проблеми Івана та сім'ї, їх причини, ризику. Обговорені різні варіанти вирішення та ймовірні прогнози.

Через тиждень після круглого столу сім'я прийняла рішення продовжити опіку над Іваном ще на рік та звернулася у «Діалог» за комплексною допомогою.

Через 6 місяців після звернення

Загалом були досягнуті позитивні результати: стабілізувалися сімейні стосунки; батьки розуміють причини проблемної поведінки Івана, їм вдалося виробити єдиний виховний підхід. Батьки навчилися адекватно виставляти заборони та заохочувати Івана. Розроблено систему таймерів та нагадувань. Батьки задоволені своїми успіхами і готові на подальші зустрічі з фахівцями.

Налагоджений контакт між батьками та класним керівником, яка при появі проблем з поведінкою Івана в школі телефонує батькам. Покращилася успішність хлопця з середнього балу 6 до 8/9. Тренер Івана розуміє ситуацію та зі свого боку дисциплінує його.

Таким чином, реакція сім'ї та оточення на порушення правил поведінки Іваном є злагодженою, адекватною та вчасною. Останні 5 місяців Іван не крав і не тікав з дому.

Зустрічі з друзями на дворі замінені іншими позакласними активностями, батьки контролюють вільний час Івана. Хлопцю подобається кататися на велосипеді, гуляти з батьками в парку, ходити з ними «на піцу». Він постійно відвідує секцію велоспорту та туризму, слухається свого тренера. Іван потоваришував з хлопцями на секції, з одним з них декілька разів зустрічався поза заняттями. Є надія, що ці стосунки переростуть у дружбу.

Івану подобається, коли його хвалять, і він намагається дотримуватися вимог. На зустрічах з терапевтом хвалиться досягненнями, для нього важлива прихильність опікунів. Став говорити впевненіше, може назвати свої позитивні якості, почав задумуватися над власними бажаннями. Говорить про відчуття радості, що «я зміг», коли відмовив однокласнику.

Усі 6 місяців Іван приймав атомоксетин, прийом препарату продовжено ще на 2 місяці. Надання комплексної допомоги продовжується.

Висновки

Біопсихосоціальна модель змінила світоглядне розуміння здоров'я та захворювання. Згідно з цією моделлю, виникнення хвороби зумовлене сукупністю біологічних, психологічних та соціальних факторів. Ці фактори впливу поділяють на фактори ризику, стрес-фактори та протективні. Кожен випадок захворювання є індивідуальним. Діагностика окремого випадку вимагає вивчення усіх факторів впливу в біологічній, психологічній та соціальній сферах. Відповідно, лікування пацієнта проводиться комплексно, згідно з виявленими факторами впливу. Саме тому для надання комплексної терапії часто необхідна злагоджена робота фахівців різних профілів. На сьогодні лікування згідно з біопсихосоціальним підходом вважається найефективнішим способом допомоги, сприяє швидшому видужанню та попереджає рецидиви.