

УДК 616.08-039

## Принципи побудови системи психотерапії у хворих на соматичні захворювання з непсихотичними порушеннями психічної сфери



Федак Б. С.

**Федак Б. С.**

КПОЗ «Областная клиническая больница — Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф» (г. Харьков)

Харьковская медицинская академия последипломного образования, кафедра психотерапии

**Резюме.** В статті висвітлено результати вивчення індивідуально-психологічних особливостей пацієнтів з нападами стенокардії при ішемічній хворобі серця (ІХС), інфарктом міокарда (ІМ), гіпертонічними кризами у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ), мозковими інсультами (МІ) і транзиторними ішемічними атаками (ТІА).

Викладено фактори, що формують патопсихологічні механізми формування некомплаєнтності, визначено структуру проявів та загальні закономірності формування непсихотичних порушень психічної сфери у хворих на гострі соматичні стани. Висвітлена психокорекційна програма, яка визначає формування відповідального ставлення до власного здоров'я, підвищення рівня соціального функціонування та якості життя.

**Ключові слова:** психосоматика, патопсихологічні механізми, комплаєнс, психосоціальна реабілітація.

### The fundation of psychotherapy system of somatic patient with non-psychotic psychic disturbances

**Fedak B. S.**

Regional Clinical Hospital — Emergency Medical Care and Accidents Medicine Center

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

**Resume.** The resultates of individual-psychologicistic peculiaritis of sthenocardial ishemic heart disease (IHD), myocardial infarction (MI), hyperthonic crises on artherial hyperthension patients (AH), brain strokes (BS), transitor ishemic attack (TIA) were investigated.

The performing factors of the pathopsychologic mechanisms creation of noncompliance were dedicated, certain as the structure of phenomena and common obligation of the non-psychotic psychic disturbances of on the acute somatic disease patients. The psychocorrectional programme, based on the health self-responsibility, increasing of social functioning level and quality of life were established.

**Keywords:** psychosomatic, pathopsychological mechanisms, comopliance, psychosocial rehabilitation.

В последние десятилетия в Украине, как и в мире в целом, наблюдается рост соматических заболеваний, в этиопатогенезе которых существенную роль играет психогенный фактор и которые в следствие этого можно отнести к разряду психосоматических. Наряду с общим снижением уровня социального функционирования и качества жизни больных, в их структуре наблюдаются и состояния, представляющие витальную угрозу, такие как приступы стенокардии при ишемической болезни сердца (ИБС), инфаркт миокарда (ИМ), гипертонические кризы у больных артериальной гипертензией (АГ), мозговые инсульты (МИ) и транзиторные ишемические атаки (ТИА).

В тоже время, многочисленные авторы указывают на недостаточное изучение вопросов медико-психологического сопровождения этой категории больных и психотерапевтической коррекции имеющихся у них нарушений психической сферы. [1,2,3,4,5].

Вышеизложенное обуславливает необходимость проведения научных исследований в этой области. Необходимо также внедрение новых организационных форм реализации медико-психологических и психотерапевтических мероприятий на всех уровнях медицинской помощи населению Украины с учётом реформирования отрасли. Одним из наиболее приоритетных направлений является разработка новых программ медико-психологического сопровождения больных сердечно-сосудистыми и сосудисто-мозговыми заболеваниями на разных этапах их лечения и реабилитации [6,7,8,9]. Это касается и других острых состояний терапевтического профиля различной системно-органный принадлежности.

Неразрешенными являются также вопросы психосоциальной реабилитации этих больных с применением психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий. При этом необходимо учитывать, что острые состояния

являются внезапными, возникающими в структуре хронических, нередко бессимптомно протекающих заболеваний, поэтому проблема формирования комплаенса при построении системы лечебно-реабилитационных и профилактических мероприятий является весьма существенной [10,11,12].

Это обусловлено тем, что низкий уровень комплаенса приводит к существенному снижению эффективности терапии, ухудшению отдаленных исходов заболевания, повышению количества госпитализаций. [1,13,14].

Анализ данных литературы показал, что изменения стереотипа социального функционирования, неполная информация о собственном заболевании приводят к формированию неадекватной внутренней картины болезни. При этом страх за свое будущее способствует формированию неадекватных защитных психологических реакций, которые являются неблагоприятными для общего течения заболевания и снижают уровень качества жизни. Таким образом, все выше перечисленное свидетельствует о необходимости применения методов психотерапии и психокоррекции для больных соматическими заболеваниями.

Эффективность современных лечебно-профилактических мероприятий в большинстве случаев зависит как от адекватности терапевтических методов, так и от многочисленных психологических причин [9,11,13]. К фундаментальным причинам психологического характера, которые опосредуют разнообразие лечебно-реабилитационных мероприятий относится система мотиваций пациента и межличностные взаимоотношения больного и медицинского персонала. Мотивация лечения, активное участие пациента в лечебно-реабилитационном процессе с учетом особенностей личности больного и характера его реакции на свое заболевание являются основой для современного лечебно-реабилитационного процесса [9]. В связи с этим возрастает необходимость более глубокого изучения медико-психологических аспектов современной лечебной практики, особенно терапевтического альянса, который формируется между врачом и пациентом, а также комплаенса больных.

Известные методы повышения комплаенса основаны на обучении пациента, улучшении схем медикаментозной терапии, а также на совокупности организационных мероприятий. Разработанные системы психокоррекции направлены на коррекцию неблагоприятных типов комплаенса, дезадаптивных психологических реакций на свое заболевание, формирование терапевтического альянса, а также

потенцирование терапевтических мероприятий путем психотерапевтического воздействия на больного. [1,3,9,14].

Исследование комплаенса, выявление причин, которые его определяют, разработка и применение психокоррекционных программ для пациентов, разработка и применение психокоррекционных программ для пациентов, изменение отношения пациента к состоянию своему здоровья является одним из основных способов для улучшения отношения к терапии, и как следствие, повышение эффективности лечения соматических заболеваний и улучшение прогноза их течения.

Все выше перечисленное является обоснованием нашего исследования, целью которого было выявление индивидуально-психологических особенностей больных соматическими заболеваниями для разработки психокоррекционной программы, с учетом повышения комплаентности.

Всего было обследовано 306 больных. Согласно нозологической принадлежности соматических заболеваний больные распределялись следующим образом: 106 больных с ишемической болезнью сердца и приступами стенокардии, 37 больных с инфарктом миокарда, 61 больной с транзиторными ишемическими атаками, 102 больных с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки. Из них 198 мужчин и 108 женщин в возрасте от 20 до 60 лет. Исследование проводилось в КПОЗ «Областная клиническая больница — Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф» г. Харькова и КЗОЗ Харьковской Городской клинической больницы скорой и неотложной помощи им. проф. А.И. Мещанинова.

Исследование включало клиничко-психопатологический метод. Всем больным проводилось структурированное диагностическое интервью. Возрастное и гендерное распределение больных в обеих группах было сопоставимо. Полученные результаты клиничко-психологического исследования позволили определить структуру проявлений и основные закономерности формирования непсихотических нарушений психической сферы у исследуемых больных.

В ходе исследования применялись следующие методы: клиничко-психопатологический, с применением структурированного диагностического интервью, с психодиагностическим анкетированием (использовалась анкета для диагностики стиля взаимодействия между пациентом и врачом (Л.Ф. Шестопалова, В.В. Артюхова, 2011)) и статистический.

Клинико-психопатологическое исследование позволило определить структуру проявлений и общие закономерности формирования непсихотических нарушений психической сферы у больных острыми соматическими состояниями. Анализ клинической картины позволил выделить, по крайней мере, четыре основных варианта расстройств, которые были представлены у пациентов независимо от нозологической принадлежности соматического страдания:

- 1) нозогенные реакции психической дезадаптации (НРПД), возникшие у больных соматическими заболеваниями в результате текущего психологического воздействия на соматическое заболевание (446 человек);
- 2) соматогенный астенический симптомокомплекс (САС), который формировался в результате воздействия самого соматического заболевания (146 человек);
- 3) реакции психической дезадаптации (РПД), которые возникли у соматических больных в результате личностной реакции на соматическое заболевание (123 человека).
- 4) острые реакции на стресс (ОРС), которые возникли у больных с выраженным болевым синдромом (85 человек).

Вместе с тем, нам удалось обнаружить у них и определенные различия, т.е. каждая нозологическая группа имела свои определенные количественные и качественные особенности клинической структуры психопатологических феноменов.

Данные изучения частоты диагностирования у больных соматическими заболеваниями различных форм непсихотических нарушений психической сферы по нозологическим группам представлены в табл. 1.

У всех больных, вне нозологической принадлежности наиболее распространенной формой непсихотических нарушений психики оказались нозогенные реакции психической дезадаптации (от  $48,1 \pm 3,6\%$  у больных ИБС до  $37,8 \pm 3,4\%$  у больных ИМ).

Дальнейшее исследование показало, что у этих больных существенное влияние на формирование комплаенса оказывают социальные факторы: уровень образования, семейное положение, профориентация и клинические факторы: стадия и длительность АГ, частота приступов стенокардии при ИБС, частота обострений ЯБЖ и ДК, побочные эффекты терапии, коморбидные состояния: сахарный диабет, ожирение, вредные привычки: курение, употребление алкоголя.

Вышеуказанное характерно в частности, для лиц не состоящих в браке, со средним и средне специальным образованием, не работающих, продолжительностью заболевания 16-25 лет, с сопутствующей ИБС, с наличием побочных эффектов от медикаментозной терапии, с индексом массы тела  $> 30$ , с частым употреблением алкоголя. Психодиагностические исследования дали возможность определить наиболее существенные личностно-психологические параметры, обуславливающие формирование низкого уровня комплаентности.

Идентифицированы индивидуально-психологические факторы формирования низкой приверженности к антигипертензивной терапии, к которым относятся определенные личностные особенности пациентов с ИБС, АГ, ИМ, ТИА, ЯБЖ и ДК. К ним относятся: тип отношения к болезни, субъективного контроля, «невротический» профиль, низкий порог

**Таблица 1**

*Розподілення непсихотических нарушений психики у больных соматическими заболеваниями*

№ п/п	Непсихотические нарушения психики	Показатели	Нозологические группы				Всего (n=306)
			ЯБЖ и ДК (n=102)	ИБС (n=106)	ИМ (n = 37)	ТИА (n=61)	
1.	НРПД	абс	49	51	14	25	139
		%	$48,0 \pm 3,5$	$48,1 \pm 3,6$	$37,8 \pm 3,4$	$41,1 \pm 3,5$	$45,2 \pm 1,8$
2.	САС	абс	21	10	6	19	56
		%	$20,6 \pm 2,9$	$9,4 \pm 2,1$	$16,2 \pm 2,2$	$31,0 \pm 2,9$	$18,4 \pm 1,4$
3.	РПД	абс	5	22	4	5	36
		%	$4,9 \pm 1,7$	$20,8 \pm 3,0$	$10,8 \pm 3,2$	$8,2 \pm 1,6$	$11,9 \pm 1,1$
4.	ОРС	абс	27	23	13	12	75
		%	$26,5 \pm 3,5$	$21,7 \pm 2,8$	$35,2 \pm 1,6$	$19,7 \pm 2,4$	$24,5 \pm 1,3$
5.	Всего	абс	102	106	37	61	306
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

стрессоустойчивости личности, лабильность эмоций и низкий уровень самооценки, импульсивность, стремление к независимости, стойкость и стеничность установок, стремление к опоре только на собственный опыт, нонконформизм, повышенная конфликтность, низкая фрустрационная толерантность, эгоцентризм, интроверсия, повышенный уровень притязаний.

На этом фоне у 20,0% всех пациентов определялся высокий уровень комплаенса больных, у 60,0% — средний, у 20,0% — низкий.

С помощью корреляционного анализа была установлена степень взаимосвязи между уровнем комплаенса больных, типом их терапевтического альянса (ТА) и степенью доверия к врачу. Уровень комплаенса положительно коррелирует с партнерским типом ТА ( $r_s = 0,39$ ,  $p \leq 0,05$ ), ответственным типом ТА ( $r_s = 0,38$ ,  $p \leq 0,05$ ), эмпатическим типом ТА ( $r_s = 0,41$ ,  $p \leq 0,05$ ), а также с высокой степенью доверия к врачу ( $r_s = 0,37$ ,  $p \leq 0,05$ ).

У больных с АГ, ИБС, ИМ и ТИА наблюдалось преобладание низкого уровня комплаенса в процессе терапии (49,75% больных), что сопровождалось более тяжелым течением заболевания. Частота гипертензивных кризов средней степени тяжести и тяжелой была значительно выше (частые кризы в течение года наблюдались у 45,33% больных) у больных с высоким уровнем комплаенса гипертонические кризы наблюдались редко в 45,28% случаев или не возникал в течение года в 52,83% случаев. У 52,25% пациентов с ЯБЖ и ДК наблюдалось преобладание среднего уровня комплаенса. Средняя и низкая приверженность к терапии определялась теми же факторами, что и у больных АГ и ИБС, ИМ, ТИА.

В результате комплексного анализа полученных данных выделены факторы, формирующие патопсихологические механизмы формирования нонкомплаентности. К ним относятся: низкий уровень интенсивности отношения к здоровью, инфернальный тип субъективного контроля, «невротический» профиль по данным ММРІ, механизм психической защиты типа «бегства в болезнь», наличие эмоционального напряжения, подавленности, низкой выносливости при стрессе, неустойчивость эмоций и самооценки, истощение защитных механизмов, импульсивность, некомформизм, стремление к независимости, стойкость и стеничность установок, трудности переключения, стремление к опоре только на собственный опыт, склонность к противодействию внешнему воздействию, конфликтность, жесткость, эгоцентризм, пассивная личностная позиция, интроверсия, потребность в актуализации собственной индивидуальности.

Основными принципами построения психокоррекционной программы были системность, этапность и последовательность психокоррекционных мероприятий. Программа начиналась на стационарном этапе с последующим продолжением на амбулаторном этапе. Применялся интегративный подход с включением элементов когнитивно-поведенческой психотерапии, рациональной психотерапии, АТ, индивидуальной и групповой личностно-ориентированной психотерапии, семейной психотерапии.

Проводилась оценка эффективности разработанной программы. В качестве критериев оценивались уровень комплаенса, уровень интенсивности отношения к здоровью, частота гипертензивных кризов и уровень систолического и диастолического АД, частота приступов стенокардии при ИБС, частота обострений ЯБЖ и ДК.

По результатам оценки установлено, что после проведенной программы количество больных с высоким уровнем комплаенса достигло 61%, средним-31%, у 8% остался низкий уровень комплаенса. У пациентов контрольной группы соответствующие показатели составили: у 46%-высокий уровень, у 28% средний уровень, 26%-низкий уровень комплаенса.

Предложенный в работе комплекс психокоррекционных мероприятий продемонстрировал высокую эффективность для повышения комплаенса, уровня ответственности отношения к своему здоровью, что привело к улучшению течения основного заболевания, повышению уровня социального функционирования и качества жизни больных.

### Выводы

Поскольку эффективность лечения АГ, ИБС, ИМ, ТИА и ЯБЖ и ДК во многом определяется комплаенсом, целесообразно определять его уровень в процессе терапии, поскольку комплаенс может изменяться в процессе проведения терапии, необходимо осуществлять мониторинг на всех этапах терапевтического процесса, включая амбулаторный.

Ведущими факторами при формировании являются личностно-психологические характеристики больных: особенности личности, локус контроля, уровень тревожности и уровень ответственности отношения к здоровью.

Психокоррекционная программа обязательна для больных с низким субъективным уровнем вовлечения в терапевтический процесс. Психокоррекционная программа направлена на трансформацию образа жизни пациентов и формирование ответственного отношения к собственному здоровью, повышению уровня социального функционирования и качества жизни.

**Литература**

1. Смулевич А.Б. Психокardiология /А.Б. Смулевич, А.Л.Сыркин. — М.: МИА, 2005. — 778с.
2. Маркова М.В. Медико — психологічні аспекти розвитку та перебігу хвороб системи кровообігу /М.В. Маркова, В.В. Бабич // Новости медицины и фармации. Неврология и психиатрия: спец. вып. — 2008. — № 243. — С. 71–74.
3. Дроздова И.В. Артериальная гипертензия в фокусе психокardiологии. // И.В. Дроздова, Л.Г. Степанова, Н.А. Яковенко, М.Н. Емец. // Медична психологія. 2014. — т. 9 №1 (33). — С.41–48.
4. Органов Р.Г. Депрессивные расстройства в общемедицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога. / Органов Р.Г. Погосова Г.В., Шальнова С.А. [и др.] // Кардиология — 2005 — № 8 — С. 38–44.
5. Напреєнко О.К. Психіатрична наука в Україні у 2013 році та напрямки її вдосконалення (за даними Проблемної комісії «Психіатрія» МОЗ і НАМН України). / О.К. Напреєнко // Укр. вісник психоневрології — 2014. — Том 22 — випуск 1– № (78)2 — С. 18–22.
6. Марута Н.О. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні / Н.О. Марута // НейроNews. Психоневрологія і нейропсихіатрія. — 2010. — №5 (24). — С.83–90.
7. Гиндикин В. Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства: справочник. — К.: «Здоровье» — 1997. — 104 с.
8. Михайлов Б.В. Психотерапия в общесоматической медицине: клин. руководство / Б.В.Михайлов, А.И.Сердюк, В.А. Федосеева. — Харьков: Прапор, 2002. — 108 с.
9. Амосова К.М. Зв'язок комплаєнсу при лікуванні артеріальної гіпертензії з психологічними чинниками особистості / К.М.Амосова, Л.Є.Трачук, Н.В.Бережа, Ю.В.Руденко // Серце і судини. — 2012. — №1(37). — С.85-92.
10. Долженко М.Н. Депрессивные и тревожные расстройства при сердечно-сосудистых заболеваниях / М.Н. Долженко // Практична ангіологія. — 2006. — Т.2, №1. — С.17-23.
11. Морозов П.В. Состояние психического здоровья населения и тенденции развития психиатрической помощи на постсоветском пространстве. /Морозов П.В., Незнанов Н.Г., Лимакин О.В. [и др.] // Укр. вісник психоневрології — Том 22 — випуск 1 (78) — 2014. — С. 11–17.
12. H.-P.Karffhammer. Concept of somatoform disorder. // 2011 Journal of The Europe Psych.Ass.Vol.26.Suppl.1.P.63.
13. Шестопалова Л.Ф. Довіра до лікаря як чинник формування комплаєнсу у хворих на невротичні та психічні розлади. // Шестопалова Л.Ф., Кожевникова В.А., Бородавко О.О. // Медицинская психология. — т. 8. №4 (32). — С.3-7.
14. Ariyo A.A. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group Depressive symptoms and risk of coronary heart disease and mortality in elderly Americans / A. A. Ariyo, M. Haan, C.M. Tangen et al // Circulation. — 2000 — 102:1773-9.