

ПСИХОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ ПСИХИЧЕСКОЙ СФЕРЫ

Канд. мед. наук Б. С. Федак

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Представлены результаты изучения индивидуально-психологических особенностей пациентов с приступами стенокардии при ишемической болезни сердца, инфаркте миокарда, гипертоническом кризе у больных артериальной гипертензией, мозговых инсультах и транзиторных ишемических атаках. Изложены факторы, формирующие патопсихологические механизмы формирования некомплаентности, определена структура проявлений и общие закономерности формирования непсихотических нарушений психической сферы у больных острыми соматическими состояниями. Освещена психокоррекционная программа, определяющая формирование ответственного отношения к собственному здоровью, повышению уровня социального функционирования и качества жизни.

Ключевые слова: психосоматика, патопсихологические механизмы, комплаенс, психосоциальная реабилитация.

ПСИХОТЕРАПІЯ ХВОРИХ НА СОМАТИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ З НЕПСИХОТИЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ПСИХІЧНОЇ СФЕРИ

Канд. мед. наук Б. С. Федак

Подано результати вивчення індивідуально-психологічних особливостей пацієнтів із нападами стенокардії у разі ішемічної хвороби серця, інфаркту міокарда, гіпертонічної кризи у хворих на артеріальну гіпертензію, мозкових інсультів і транзиторних ішемічних атак. Викладено чинники, що формують патопсихологічні механізми формування некомплаєнтності, визначено структуру проявів та загальні закономірності формування непсихотичних порушень психічної сфери у хворих із гострими соматичними станами. Висвітлено психокорекційну програму, 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 PSYCHOTHERAPY SYSTEM OF SOMATIC PATIENT WITH NON-PSYCHOTIC PSYCHIC DISTURBANCES

B. S. Fedak

The resultates of individual-psychologicistic peculiaritis of sthenocardial ischemic heart disease, myocardial infarction, hyperthonic crises on artherial hyperthension patients, brain strokes, transitor ischemic attack 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 вследствие 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 то же время, многие авторы указывают на недостаточное изучение вопросов медико-психологического сопровождения этой категории больных и психотерапевтической коррекции имеющихся у них нарушений психической сферы [1, 3, 9, 10].

Это обуславливает необходимость проведения научных исследований в этой области. Необходимо внедрение новых организационных форм реализации медико-психологических и психотерапевтических мероприятий на всех уровнях медицинской помощи населению Украины с учетом 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 [2, 5, 8, 7]. Это касается и других острых состояний терапевтического профиля различной системно-органной принадлежности.

Нерешенными являются 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 [4, 11, 14]. Это обусловлено тем, что низкий уровень комплаенса приводит к существенному снижению эффективности терапии, ухудшению отдаленных исходов заболевания, повышению количества госпитализаций [12, 13, 10].

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. Все 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 [5, 6, 11, 12]. К фундаментальным причинам психологического характера, которые опосредуют разнообразие лечебно-реабилитационных мероприятий, относятся 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 [5]. 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, 5, 10, 13].

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

Цель работы — выявление индивидуально-психологических особенностей больных соматическими заболеваниями для разработки психокоррекционной программы с учетом повышения комплаентности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 306 больных (198 мужчин и 108 женщин) в возрасте от 20 до 60 лет. Согласно нозологической принадлежности соматических заболеваний больные распределились следующим образом: 106 больных с ИБС и приступами стенокардии, 37 — с ИМ, 61 — с ТИА, 102 больных с язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДК). Исследование проводилось в Областной клинической больнице — Центре экстренной медицинской помощи и медицины катастроф г. Харькова и Харьковской Городской клинической больницы скорой и неотложной помощи им. проф. А. И. Мещанинова.

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

В ходе исследования применялись следующие методы: клинико-психопатологический, с применением структурированного диагностического интервью, с психодиагностическим анкетированием (использовалась анкета для диагностики стиля взаимодействия между пациентом и врачом, [12]) и статистический.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

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 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 (139 человек);

2) соматогенный астенический симптомокомплекс (САС), который формировался в результате воздействия самого соматического заболевания (56 больных);

3) реакции психической дезадаптации (РПД), которые возникли у соматических больных в результате личностной реакции на соматическое заболевание (36 пациентов);

4) острые реакции на стресс (ОРС), которые возникли у больных с выраженным болевым синдромом (75 человек).

Вместе с тем, нам удалось обнаружить у них и определенные различия, т. е. каждая нозологическая группа имела свои количественные и качественные особенности клинической структуры психопатологических феноменов. Получены данные изучения частоты диагностирования у больных соматическими заболеваниями различных форм непсихотических нарушений психической сферы по нозологическим группам (табл. 1).

У всех больных, вне нозологической принадлежности, наиболее распространенной формой непсихотических нарушений психики оказались НРПД (от 48,1 ± 3,6 % у больных ИБС, до 37,8 ± 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.

Наиболее низкий уровень комплаенса характерен, в частности, для лиц, не состоящих в браке, со средним и среднеспециальным 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 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.

Таблица 1

Распределение непсихотических нарушений психики у больных соматическими заболеваниями

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

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 пациентов с высоким уровнем комплаенса, гипертонические кризы наблюдались редко — в 45,28 % случаев или не возникали 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, неформализм, 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, 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 формируется с учетом наиболее информативных критериев и направлена на трансформацию образа жизни пациентов и формирование ответственного отношения к собственному здоровью, повышению уровня социального функционирования и качества жизни.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Артериальная гипертензия в фокусе психокardiологии. // И. В. Дроздова, Л. Г. Степанова, Н. А. Яковенко, М. Н. Емец // Мед. психология. — 2014. — Т. 9, № 1 (33). — С.41–48.
2. Гиндикин В. Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства : справочник. — К. : Здоровье, 1997. — 104 с.
3. Депрессивные расстройства в общей медицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога / Р. Г. Оганов, Г. В. Погосова, С. А. Шальнова [и др.] // Кардиология. — 2005. — № 8. — С. 38–44.
4. Долженко М. Н. Депрессивные и тревожные расстройства при сердечно-сосудистых заболеваниях / М. Н. Долженко // Практична ангиология. — 2006. — Т. 2, № 1. — С. 17–23.
5. Зв'язок комплаєнсу при лікуванні артеріальної гіпертензії з психологічними чинниками особистості / К. М. Амосова, Л. Є. Трачук, Н. В. Береза, Ю. В. Руденко // Серце і судини. — 2012. — № 1 (37). — С. 85–92.
6. Маркова М. В. Медико-психологічні аспекти розвитку та перебігу хвороб системи кровообігу / М. В. Маркова, В. В. Бабиц // Новости медицины и фармации. Неврология и психиатрия (спец. вып.). — 2008. — № 243. — С. 71–74.
7. Марута Н. О. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні / Н. О. Марута // НейроNews. Психоневрология и нейропсихиатрия. — 2010. — № 5 (24). — С. 83–90.
8. Михайлов Б. В. Психотерапия в общесоматической медицине : клиническое руководство / Б. В. Михайлов, А. И. Сердюк, В. А. Федосеева. — Х. : Прапор, 2002. — 108 с.
9. Напреенко О. К. Психіатрична наука в Україні у 2013 році та напрямки її вдосконалення (за даними Проблемної комісії «Психіатрія» МОЗ і НАМН України) / О. К. Напреенко // Укр. вісник психоневрології. — 2014. — Т. 22, Вип. 1. — № 2 (78). — С. 18–22.
10. Смулевич А. Б. Психокardiология / А. Б. Смулевич, А. Л. Сыркин. — М. : МИА, 2005. — 778 с.
11. Состояние психического здоровья населения и тенденции развития психиатрической помощи на постсоветском пространстве / П. В. Морозов, Н. Г. Незнанов, О. В. Лимакин [и др.] // Укр. вісник психоневрології. — 2014. — Т. 22, Вип. 1 (78). — С. 11–17.
12. Шестопалова Л. Ф. Терапевтический альянс в медицинском учреждении психоневрологического профиля / Л. Ф. Шестопалова, В. В. Артюхова // Международный мед. журнал. — 2011. — № 4. — С. 10–14.
13. 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. — P. 1773–1779.
14. Kapfhammer H.-P. Concept of somatoform disorder / H.-P. Kapfhammer // Journal of The Europe Psych. Ass. — 2011. — Vol. 26, Suppl. 1. — P. 63.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН ХМАПО ПЛАТНИХ ЦИКЛІВ СПЕЦІАЛІЗАЦІЇ Й УДОСКОНАЛЕННЯ ЛІКАРІВ НА 2015 РІК

МЕДИЦИНИ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ

Зав. кафедри проф. Ніконов В. В. тел. 715-33-41; 711-29-73

Медицина невідкладних станів (для лікарів, які атестуються на II, I, вищу категорії)	05.10–03.11
Організація та надання екстреної медичної допомоги при невідкладних станах у НС (для лікарів усіх спеціальностей)	07.09–06.10