

Особенности психотерапии лиц опасных профессий

С.Г. Полшкова

Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии
МЗ Украины, Киев

В статье представлена система терапии психических расстройств у лиц опасных профессий. Описаны этапы и содержание психотерапевтического лечения (индивидуального, группового, семейного). Оценка эффективности проведенного лечения проведена на основании сравнения динамики показателей по совокупности клинических шкал в терапевтических группах.

Ключевые слова: система психотерапии, аутоагрессия, опасные профессии.

Введение

Актуальность исследования психического здоровья лиц, работающих в опасных условиях, обусловлена частыми экстремальными ситуациями на предприятиях, низкой эффективностью существующих терапевтических и психопрофилактических мероприятий. Кроме того, в последнее время отчетливо прослеживаются изменения в характере экстремальных событий, а именно их нетрадиционность (информационная сфера, новые виды заболеваний, терроризм и т.д.), взаимозависимость возникновения природных, техногенных и экологических катастроф. В связи с этим на первый план выступает необходимость исследования причин и особенностей психической патологии у работников опасных профессий в условиях чрезвычайной ситуации, а также разработка адекватных методов терапии выявленной патологии (Гриневич Е.Г., Лінський І.В., 2005).

В условиях стрессогенного влияния современной жизни, воспроизводящей повышенный фон эмоционального напряжения, отмечается тенденция к росту распространенности психосоматических расстройств. В последнее время стало актуальным исследование психической патологии в определенных профессиональных группах, испытывающих постоянное психоэмоциональное напряжение (сотрудники правоохранительных служб, пожарные, спасатели, горняки) (Діхтяр О.Я., 2010).

Существует мнение, что выбор опасной профессии, наряду с экстремальными видами спорта, рискованным сексуальным поведением, алкоголизмом и наркоманией, можно считать проявлением саморазрушительного поведения, то есть активности, направленной (сознательно или подсознательно) на причинение себе вреда в физической и психической сферах. Распространенность самоповреждающего поведения среди взрослого населения варьирует в диапазоне 4,3–35%. По данным последних исследований, в распространенности этого феномена не просматривается гендерных различий (Skegg K., 2005). В последнее время внимание научной общественности

привлекают вопросы психосоматического понимания различных состояний, в том числе аутоагрессии в психосоматическом смысле (Чабан О.С. и соавт., 2009а).

Цель исследования — изучение психосоматических механизмов и отношений психической патологии, возникающей у лиц опасных видов профессий, определение роли аутоагрессии в развитии данной патологии, а также разработка и оценка эффективности ее терапии.

Объект и методы исследования

Нами использованы следующие методы:

- клинико-психопатологический (диагностические критерии МКБ-10 для верификации диагноза; клинические шкалы — шкала оценки тяжести тревоги Гамильтона (Hamilton Anxiety Rating Scale — HAM-A), шкала оценки тяжести депрессии Гамильтона (Hamilton Depression Rating Scale — HAM-D), шкала общего клинического впечатления тяжести состояния (Clinical Global Impression — Severity scale — CGI-S), шкала общего клинического впечатления изменения состояния в процессе терапии (Clinical Global Impression — Improvement scale — CGI-I);
- экспериментально-психологический (Торонтская алекситимическая шкала, шкала депрессии Бека, шкала тревожности Спилбергера — Ханина, опросник Шмишека (акцентуации личности), опросник Q-LES-Q (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire), шкала оценки уровня качества жизни О.С. Чабана);
- клинико-анамнестический (Карта обследования пациента с повышенным риском самоповреждающего поведения);
- информационно-аналитический;
- методы математической статистики (Hamilton M., 1959; Grabot D. et al., 1996; Малкина-Пых И.Г., 2005; Busneg J., Targum S.D., 2007; Чабан О.С. и соавт., 2009б).

Обследование 354 лиц опасных профессий проводили на базе Донецкой об-

ластной клинической больницы профзаболеваний (шахтеры угольных шахт, n=278) и Дорожной клинической больницы № 1 станции Киев ДТОО «Юго-Западная железная дорога» (машинисты, n=76). Все обследованные были мужского пола, трудоспособного возраста. Пациентов с признаками органического поражения центральной нервной системы в исследовании не включали.

Для определения эффективности проведенного лечения участники исследования были разделены на две терапевтические группы А (n=245) и Б (n=109). Пациенты группы А получали фармако-, физио- и психотерапию, а пациенты группы Б — только фармако- и физиотерапию. Для достижения однородности групп использовали метод рандомизации с учетом уровня депрессии и тревоги согласно шкалам и социально-демографическим показателям. Эффективность лечения оценивали за счет динамики показателей по клиническому шкалам HAM-A, HAM-D, CGI-S, CGI-I.

При планировании потока пациентов учитывалась мотивация к участию в психотерапевтических программах, предполагалась идентификация запроса на психотерапевтическую помощь и формулирование психотерапевтического заказа для последующей реализации индивидуальных психотерапевтических программ. В этом помогло обследование с помощью Карты обследования пациента с повышенным риском аутоагрессивного поведения, разработанной нами для усовершенствования процедуры диагностики. Один из разделов карты — Анализ существующих проблем — был направлен на выявление проблем и степени дискомфорта, который пациенты испытывают в связи с ними.

Работа с пациентами проводилась в нескольких направлениях: фармакотерапия; терапия средой; индивидуальная, групповая и семейная психотерапия; физиотерапия.

Терапия средой включала методы социальной тренировки, ролевого переучивания, мобилизации активности пациентов и создание психологической обстановки, способствующей оптимальному включению

каждого участника в лечебный процесс. Основой служила организация лечебного коллектива. Помимо того, пациенты получали согласно индивидуальной терапевтической программе индивидуальную психотерапию, групповую и семейную терапию.

Индивидуальная психотерапия, где в качестве основного инструмента лечебного воздействия выступает психотерапевт, а психотерапевтический процесс происходит в диаде врач — пациент, проводилась, как правило, одним психотерапевтом 1–2 раза в неделю, заранее оговаривались общие правила психотерапии (Карвасарский Б.Д. (ред.), 2002). Основным инструментом групповой психотерапии является сама группа, позволяющая выйти на понимание и коррекцию проблем пациента за счет межличностного взаимодействия и групповой динамики. Нами были использованы различные психотерапевтические подходы при проведении групповой психотерапии: динамический, психодраматический, арт-подход.

Семейная психотерапия направлена на коррекцию межличностных отношений, цель которой — устранение эмоциональных расстройств в семье, наиболее выраженных у больного члена семьи. В нашем исследовании удобнее было реализовывать модель семейной системной психотерапии, которая позволила соединить в психотерапевтической работе с семьями различные по лечебным механизмам методы: домашние задания по модификации поведения, анализ и интерпретацию взаимоотношений, групповые дискуссии и др.

В ходе семейной психотерапии, продолжительность которой колебалась от 1 до 12 встреч, выделялся ряд этапов. Длительность обуславливалась тяжестью симптомов, выраженностью межличностных конфликтов в семье, мотивацией членов семьи к достижению терапевтических изменений. Выделяли 4 этапа семейной психотерапии:

- 1) диагностический (семейный диагноз);
- 2) ликвидация семейного конфликта;
- 3) реконструктивный;
- 4) поддерживающий.

Под семейным диагнозом понималась типизация нарушенных семейных отношений с учетом индивидуально-личностных свойств членов семьи и характеристик болезни одного из них.

Далее в ходе односторонних встреч психотерапевта с пациентом и членами его семьи осуществлялись выявление и кларификация истоков семейного конфликта и его ликвидация посредством эмоционального отреагирования каждого члена семьи, вовлеченного в конфликт, в результате установления адекватного контакта с психотерапевтом. Психотерапевт помогал участникам конфликта научиться говорить на языке, понятном всем. Кроме того, он брал на себя роль посредника и передавал в согласованном объеме информацию о конфликте от одного члена семьи к другому. Невербальный компонент этой информации был транслирован психотерапевтом на сеансе совместной встречи.

Таким образом, на этой стадии ведущими оказались следующие психотерапевтические методы: недирективная психотерапия, нацеленная в основном на вербализацию неосознаваемых отношений личности, а также специально разработанные методы воздействия членов семьи друг на друга (попытка установить контакт и добиться эффекта, влияя в иерархизированном порядке на различные стороны личности участников).

На этапе реконструкции семейных отношений осуществлялось групповое обсуждение актуальных семейных проблем либо в отдельно взятой семье, либо в параллельных группах пациентов со сходными проблемами и их родственников. В этих же группах проводили ролевой поведенческий тренинг и обучение правилам конструктивного спора.

На поддерживающем этапе, или этапе фиксации, в естественных семейных условиях закреплялись навыки эмпатического общения и возросший диапазон ролевого поведения, приобретенные на предыдущих этапах, заслушивались ответы о динамике внутрисемейных отношений, проводились консультирование и коррекция приобретенных навыков общения применительно к реальной жизни.

Выделение этапов позволяет структурировать процесс семейной терапии, обосновывает последовательность применения различных психотерапевтических методов в зависимости от целей и объема диагностических сведений.

Приемы, которые наиболее часто применялись нами в семейной психотерапии: эффективное использование молчания; умение слушать; обучение с помощью вопросов; повторение; суммирование, резюмирование; уточнение (прояснение) и отражение аффекта; конфронтация, то есть предъявление супружеской паре неосознаваемых или амбивалентных установок, отношений или стереотипов поведения с целью их осознания и проработки; проигрывание ролей; создание «живых скульптур»; анализ видеозаписи (Михайлов Б.В. и соавт., 2002).

С учетом того, что семья представляет собой нечто большее суммы отдельных личностей, являющихся участниками семейных отношений, целесообразно рассмотрение этих отношений в контексте именно системного подхода. Показателем гармоничности семейной системы являются ее хорошая сбалансированность, способность удовлетворять потребности всех подсистем, ее образующих.

Проведенное исследование позволило нам разработать систему психотерапевтического воздействия для работы с лицами опасных профессий (с высоким риском аутоагрессивного поведения), которая максимально полно охватывает имеющиеся проблемы и учитывает особенности обследованного контингента.

Результаты и их обсуждение

При выборе психотерапевтических методик мы сфокусировались на арт-

подходе, а именно на методике общего художественного творчества (Копьтин А.И., 2003; Пролкс Л., 2006; Hall P., 2008). Данный метод является одним из эффективных путей гармонизации семейных отношений, позволяет обойти табу и психологические защиты, которые сопровождают страх самораскрытия, особенно у взрослых, ведет к установлению атмосферы более высокого уровня доверия в семье; создает условия для более точного выражения детьми своих мыслей и чувств.

Совместное творчество в семье было либо самостоятельным процессом (участники которого целенаправленно присоединялись к совместной творческой деятельности, например изобразительной), либо побочным продуктом, сопровождавшим любую совместную семейную деятельность. Основным условием ее возникновения была общая настроенность членов семьи на поиск определенных путей решения общей задачи.

Совместная творческая деятельность членов семьи позволила выявить характерные для них коммуникативные паттерны, а применение изобразительных материалов активизировало групповую процесс. На основе анализа рисунков нам удалось идентифицировать различные паттерны внутрисемейного взаимодействия, такие как псевдозависимость, парентификация, семейное расщепление, семейные искажения, триангуляция, формирование недифференцированной эгомассы и слияния, а также отчуждение.

По нашим наблюдениям, для достижения оптимального корректирующего эффекта от воздействия общего художественного творчества на семейную систему было полезным ввести этап, на котором члены семьи занимались творчеством рядом друг с другом, то есть, каждый член семьи одновременно находился в процессе собственной творческой деятельности и наблюдал за процессом творчества других членов семьи. Получив определенный опыт такой творческой деятельности, при достижении достаточной степени терпимости и способности к эмпатии семья переходила к собственно совместной творческой деятельности, которую постепенно усложняли.

В процессе совместной творческой деятельности происходил диалог путем экстерииоризации внутреннего мира участников процесса совместного творчества в совместно создаваемых и совместно изменяемых продуктах коллективного творчества. Таким образом, творческая коммуникация и творческое взаимодействие в процессе совместной творческой деятельности способствовали взаимопониманию психологических пространств. В процессе совместного творчества членам семьи приходилось считаться друг с другом, что предопределяло перестройку тех компонентов системы отношений и паттернов взаимодействия в семье, которые сформировались ранее. В процессе совместного творчества происходила тренировка гибкости поведения, возрастала адаптивность семьи как системы,

усиливались интеграционные процессы, возрастало чувство единства членов семьи, интимности отношений, взаимопонимания.

Механизмы, обеспечивающие изменение поведенческих паттернов участников совместного творческого взаимодействия, способствовали коррекции системы отношений членов семьи (в том числе путем коррекции эмоционального, поведенческого и когнитивного компонентов в структуре отношений), а затем гармонизации всей системы семейных отношений.

Для оценки эффективности разработанного подхода мы использовали предложенный нами набор шкал для оценки эффективности терапии, с помощью которого оценивали динамику показателей тревоги и депрессии. Данный инструмент включает клинические шкалы HAM-A, HAM-D, CGI-S, CGI-I.

Согласно шкале HAM-D, диапазон 0–7 баллов свидетельствует о том, что у исследуемого нет депрессивных симптомов; 8–13 — легкая депрессия; 14–18 — умеренная депрессия; 19–22 балла — тяжелая; ≥ 23 — очень тяжелая депрессия. Показатели депрессии в обеих группах до терапии были сходными вследствие стандартизации групп. У обследованных нами пациентов не отмечали очень тяжелого депрессивного состояния (рис. 1).

После лечения динамика показателей в группах была неодинаковой. Так, в группе А доля пациентов с тяжелой и умеренной депрессией уменьшилась в >2 раза, тогда как в группе Б этот показатель уменьшился на $\leq 10\%$.

Шкала HAM-A позволяет оценить степень выраженности тревоги и, соответственно, эффективность терапии в этом плане на основании динамики результатов. При этом диапазон 0–13 баллов расценивают как норму; 14–17 — легкая степень тревожности; 18–24 — средняя; ≥ 25 — тяжелая.

Так, в результате терапии в группе А доля пациентов с тяжелой и умеренной тревожностью уменьшилась почти в 2 раза, в то время как в группе Б эти показатели снизились на $< 10\%$ (рис. 2).

Шкала общего клинического впечатления о тяжести состояния CGI-S проста в применении и основана на клиническом опыте врача, который ее использует. Согласно CGI-S 1 балл — норма, 2 — погранично болен, 3 — легко болен, 4 — умеренно болен, 5 — выраженно болен, 6 — тяжело болен, 7 — очень тяжело болен. Шкала общего клинического впечатления об изменении состояния CGI-I базируется на тех же принципах. Согласно CGI-I, 1 балл означает очень хорошее улучшение состояния, 2 — хорошее улучшение, 3 — минимальное улучшение, 4 — без изменений, 5 — минимальное ухудшение, 6 — значительное ухудшение, 7 — очень значительное ухудшение.

Распределение пациентов в зависимости от оценки по указанным шкалам показано на рис. 3. Ни в одной из групп не было больных с очень тяжелым состоянием, в остальном пациенты обеих групп исходно

не отличались по тяжести состояния в следствии стандартизации. Большую часть групп до начала терапии составили пациенты с умеренно и выраженно тяжелым состоянием.

После терапии в группе А преобладали пациенты с минимальным и хорошим уровнем улучшения, тогда как в группе Б — пациенты без изменений. В обеих группах у незначительного числа больных отмечали ухудшение состояния.

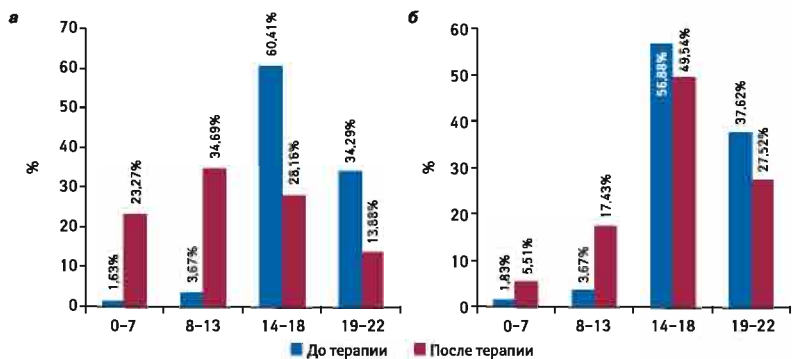
Выводы

По результатам проведенного исследования нами разработана система терапии психической патологии у лиц опасных профессий, которая включает применение фармакотерапии, физиотерапии в сочетании с психотерапией. При этом применение

арт-терапии, а именно метода совместного творчества, сопровождается процессами творческой коммуникации и творческого взаимодействия, благодаря чему активизируются такие механизмы изменения состояния и поведения членов семьи, как идентификация, имитация и интернализация. Механизм идентификации вызывает положительные изменения в эмоциональном компоненте отношения членов семьи друг к другу, а благодаря имитации и интернализации в структуре отношений корригировали соответственно поведенческий и когнитивный компоненты.

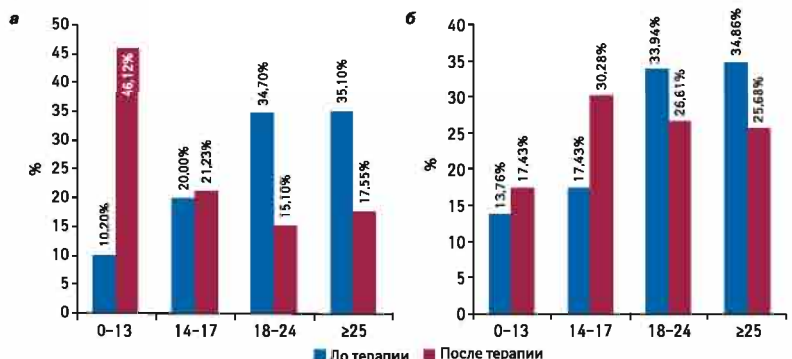
Анализ результатов использования разработанной нами системы терапии лиц опасных профессий продемонстрировал ее клиническую эффективность по сравнению с применением только фармакоте-

Рис. 1



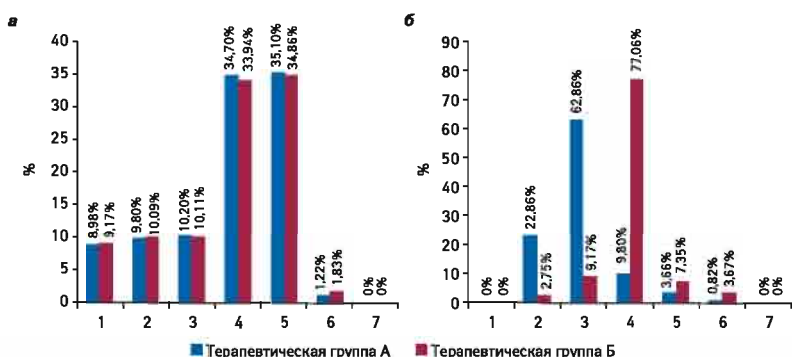
Динамика депрессии по шкале HAM-D в группах А (а) и Б (б)

Рис. 2



Динамика тревожности по шкале HAM-A в группах А (а) и Б (б)

Рис. 3



Состояние пациентов до начала терапии по шкале CGI-S (а) и его динамика по шкале CGI-I (б)

рапии и физиотерапии, что подтверждается результатами набора шкал для оценки терапии.

Внедрение в клиническую практику разработанной нами системы терапии позволяет ускорить и улучшить процесс лечения, реабилитации и семейной адаптации лиц опасных профессий с высоким риском аутоагрессивного поведения.

Список использованной литературы

Гриневич Е.Г., Лінський І.В. (2005) Поширеність психопатології і частота антропогенних катастроф в областях України. Укр. вісник психоневрології. 3 (44): 27–29.

Діхтяр О.Я. (2010) Профілактика саморуйнівної поведінки. Актуальні проблеми психіатрії. 7(20; ч. 1): 108–111.

Карвасарський Б.Д. (ред.) (2002) Психотерапія. Санкт-Петербург, 672 с.

Копьтин А.И. (2003) Руководство по групповой арт-терапии. Речь, Санкт-Петербург, 320 с.

Малкина-Пых И.Г. (2005) Психосоматика: Справочник практического психолога. Эксмо, Москва, 992 с.

Михайлов Б.В., Сердюк А.И., Федосев В.А. (2002) Психотерапия в общесоматической медицине: Клиническое руководство. Прапор, Харьков, 128 с.

Пролкс Л. (2006) Групповая арт-терапия с маленькими детьми и их родителями. В кн.: А.И. Копьтин (ред.) Арт-терапия — новые горизонты. Когито-Центр, Москва, с 87–104.

Чабан О.С., Кутко І.І., Хаустова О.О. (2009a) Психосоматичні розлади. Сімейна медицина, 1: 15–18.

Чабан О.С., Хаустова О.О., Жабенко О.Ю. (2009b) Діагностика та лікування психосоматичних розладів в загальній медичній практиці (на прикладі метаболічного синдрому Х): методичні рекомендації. Київ, 40 с.

Busner J., Targum S.D. (2007) The clinical global impressions scale: applying a research tool in clinical practice. Psychiatry (Edgmont), 4(7): 28–37.

Hall P. (2008) Painting together — an art-therapy approach to mother-infant relationships. In: Case C., Dalley T. (Eds.) Art therapy with children: from infancy to adolescence. Routledge, New York, p. 20–35.

Hamilton M. (1959) The assessment of anxiety states by rating. Br. J. Med. Psychol., 32(1): 50–55.

Grobot D., Martin C., Auriacombe M., Tignol J. (1996) Assisted evaluation scale of quality of life. Encephale, 22(3): 181–185.

Skegg K. (2005) Self-harm. Lancet, 366(9495): 1471–1483.

Особливості психотерапії осіб небезпечних професій

С.Г. Полшкова

Резюме. У статті представлена система терапії психічних розладів у осіб небезпечних професій. Описано етапи і зміст психотерапевтичного лікування (індивідуального, групового, сімейного). Оцінка ефективності проведеного лікування проводилася на підставі порівняння динаміки показників

за сукупністю клінічних шкал в терапевтичних підгрупах.

Ключові слова: система психотерапії, аутоагресія, небезпечні професії.

Features of psychotherapy in patients of hazardous occupations

S.G. Polshkova

Summary. This article presents the system of mental disorders therapy in patients of hazardous occupations. Stages and content of psychotherapeutic treatment (individual, group, family) are described. Assessment of treatment effectiveness was carried out by comparing the dynamics of indicators on the totality of clinical scales in therapeutic groups.

Key words: psychotherapy, autoaggression, hazardous occupations.

Адрес для переписки:

Полшкова Светлана Геннадьевна
Киев, 01030, ул. М. Коцюбинского, 8А,
Дорожная клиническая больница № 1
ст. Киев ДТОО «Юго-Западная
железная дорога»,
психоневрологическое отделение

Реферативна інформація

Какая терапия лучше поможет повысить прочность кости?



Комбинированная терапия антирезорбтивным препаратом деносумабом, недавно одобренным Управлением по контролю за пищевыми продуктами и лекарственными средствами (Food and Drug Administration — FDA), в сочетании с анаболическим агентом терипаратидом более эффективна в повышении минеральной плотности костной ткани, чем каждый препарат по отдельности. Эти данные представил доктор медицины Бенджамин Ледер (Benjamin Leder) из Гарвардской медицинской школы (Harvard Medical School) на ежегодном собрании Американского сообщества по исследованию костей и их минеральной состава (American Society for Bone and Mineral Research).

Для изучения эффективности препаратов Б. Ледер и соавторы провели открытое рандомизированное контролируемое клиническое испытание, в котором приняли участие 92 женщины в постменопаузальный период в возрасте 51–91 год. Ученые сформировали 3 группы с применением терипаратида 20 мкг/сут, деносумаба — 60 мг каждые 6 мес или комбинации этих препаратов. Все пациенты дополнительно получали кальций в дозе 1200 мг/сут и витамин D 400 МЕ/сут.

По результатам двойной энергетической рентгеновской абсорбциометрии исходная минеральная плотность костной ткани бедренной кости, позвоночника и на ½ длины лучевой кости среди пациентов 3 групп значительно не отличались. Однако после 12 мес терапии исследователи отметили существенные различия в этих показателях.

Так, наибольшее повышение минеральной плотности костной ткани бедренной кости после 12 мес отмечено в группе комбинированной терапии (среднее значение — 4,9; стандартное отклонение — 2,9%). В меньшей степени эти изменения коснулись группы терипаратида (0,7±2,7%) и деносумаба (2,5±2,6%).

Повышение минеральной плотности костной ткани в области головки бедренной кости также было значимо выше в груп-

пе комбинированной терапии (4,7±4,3%), чем в группе терипаратида (0,8±4,1%; p<0,001) и деносумаба (2,1±3,8%; p=0,013).

Схожие изменения наблюдались и в отношении изменений в минеральной плотности костной ткани позвоночника. В группе комбинированной терапии повышение этого показателя составило 9,1±3,9%, что значительно больше, чем в группе терипаратида (6,2±4,6%; p=0,0005) или деносумаба (5,5±3,3%; p<0,0001). Для минеральной плотности костной ткани на ½ длины лучевой кости изменения составили 2,5±2,8; -1,8±3,6 и 1,7±3,2% соответственно.

Если говорить о биохимических маркерах, то в группе деносумаба отмечено большее угнетение маркера костеобразования P1NP (N-терминальный пропептид коллагена 1-го типа) на 3-м месяце терапии в сравнении с остальными группами. Однако после 12 мес этот показатель в группе комбинированной терапии и деносумаба находился на одинаковом уровне.

Уровень такого маркера костной резорбции, как СТХ (С-терминальный телопептид), в группе комбинированной терапии и деносумаба на 3-м месяце терапии снизился на 80%. Кроме того, это снижение поддерживалось вплоть до завершения исследования.

Анализируя полученные результаты, Б. Ледер отметила, что по большинству изучаемых пунктов комбинированная терапия деносумабом и терипаратидом превосходила монотерапию любым из этих препаратов. Эти данные подтверждаются и другими исследованиями эффективности бисфосфонатов и терипаратида, в которых более высокую эффективность также продемонстрировала комбинированная терапия.

Leder B., Uihlein A., Neer R. (2012) The effects of combined denosumab and teriparatide administration on bone mineral density in postmenopausal women: The DATA (Denosumab and Teriparatide Administration) study. American Society for Bone and Mineral Research (ASBMR) 2012 Annual Meeting, abstract 1097, presented October 14.

Melville N.A. (2012) Combination therapy beats monotherapy for bone density. Medscape, October 19 (<http://www.medscape.com/viewarticle/772958>).

Виталий Безшейко