

**В.И. Коростий**

## **ПСИХОТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У МОЛОДЫХ ЛИЦ ПРИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

Харьковский национальный медицинский университет МОЗ України

**Ключевые слова:** непсихотические психические расстройства, психосоматические расстройства, тревожные и депрессивные синдромы, психотерапия.

Актуальность психотерапевтической помощи больным с психосоматическими заболеваниями определяется существенной ролью психогенных факторов в развитии психосоматической патологии, а также вторичных невротических наслоений в дальнейшем течении заболевания.

При лечении психосоматических больных применяются различные методы психотерапии: психоаналитическая психотерапия, гипнотерапия, аутогенная тренировка, внушение и самовнушение, поведенческая терапия, личностно-ориентированная, групповая, когнитивная, поддерживающая, телесно-ориентированная психотерапия.

Однако существует ряд трудностей, определяющих относительно невысокую частоту применения психотерапии при психосоматических заболеваниях и неудовлетворяющую ее эффективность.

Целью исследования было разработать принципы дифференцированной, патогенетически обоснованной психотерапии непсихотических психических расстройств при психосоматических заболеваниях у молодых лиц.

**Материал.** В ходе работы в период с 2004 по 2009 годы обследовано 956 молодых лиц с психосоматическими заболеваниями (528 больных с бронхиальной астмой, 299 - с язвенной болезнью, 129 - с артериальной гипертензией). Все обследованные в каждой нозологической группе разделены на 2 клинические подгруппы: больные с непсихотическими психическими расстройствами НППР) и без НППР.

**Методы исследования.** Для решения поставленных задач использованы следующие методы: клиничко-анамнестический (специально разработанный

«Анамнестический опросник больного с психосоматическим расстройством»);

клиничко-психопатологический с использованием специально разработанной «Карты оценки психического состояния больного с психосоматическим расстройством», шкал для стандартизованной оценки выраженности депрессии Гамильтона и тревоги Гамильтона, больничной шкалы тревоги и депрессии (для первичного скрининга), шкалы самооценки тревоги и депрессии Цунга; шкала Дерогатиса (8СБ-90-Я);

экспериментально-психологический - тест ММР1, цветовой тест Люшера, Торонтская шкала алекситимии; тест агрессивности Басса-Дарки; тест антиципационной состоятельности (прогностической компетентности) В.Д.Менделевича; методика оценки типов отношения к болезни; тест Плутчика-Келлермана-Конте (методика оценки преобладающих механизмов защиты)

электрофизиологический -кардиоинтервалография,

электроэнцефалография с топографическим картированием, реоэнцефалография;

биоритмологический - суточный мониторинг variability сердечного ритма;

катамнестический - катамнестическое наблюдение в течение не менее 1 года.

**Результаты и их обсуждение.** При клиническом и психологическом обследовании у 87 % больных из всех нозологических групп установлено сочетание в клинической картине заболевания соматических симптомов с психическими нарушениями - невротическими, невротоподобными и личностными расстройствами. Удельный вес невротических, связанных со стрессом расстройств составил - 43,5% (продолжительная депрессивная реакция, расстройство адаптации с

преобладанием нарушения других эмоций, соматизированное, ипохондрическое, паническое и генерализованное тревожное расстройство), аффективных - 24,1% (депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство), личностных - 19,7% (зависимое, истерическое расстройство личности), органических - 12,7% (органическое астеническое) расстройств. Пациенты без НППР составили группу сравнения.

В зависимости от ведущего психопатологического синдрома в структуре непсихотических психических расстройств у больных с психосоматическими заболеваниями: больные с осевым астеническим синдромом - 51,7%, с преобладанием депрессивного синдрома - 32,5%, с выраженным ипохондрическим синдромом - 15,8% от числа больных с НППР.

В клинической динамике заболевания были рассмотрены психосоматические реакции и "психосоматические циклы". Исследовалась взаимосвязь состояний компенсации, декомпенсации, адаптации с наличием непсихотических психических расстройств. При наличии психических расстройств выявляется склонность к длительному течению, «срастанию» с личностью, нарушение социальной адаптации, что определяет отрицательное влияние на динамику и прогноз психосоматических расстройств у достоверно большего числа больных основной группы, чем в группе сравнения. Таким образом, НППР, возникающие у больных с психосоматическими расстройствами находятся в тесных патогенетических взаимосвязях с соматическими проявлениями болезни и оказывают влияние на течение и прогноз.

Сопоставление динамики развития соматического заболевания и психических нарушений в различные периоды его течения показало: возрастание тревоги и эмоциональной напряженности, усиление отрицательных эмоций, ипохондрические тенденции, развивающиеся в рамках тревожно-депрессивных нозогенных реакций, способствуют повышению психической уязвимости, увеличивается число потенциально фрустрирующих ситуаций (ранее нейтральных).

В проведении психотерапии в основной группе основной задачей являлось разрешение актуальных психотравмирующих ситуаций, во второй - биопсихосоциальная коррекция, направленная на устранение факторов риска психосоматического заболевания.

Выделены клинические подгруппы по преобладанию ведущего патогенетического механизма развития психических нарушений: у больных первой группы преобладали соматически обусловленные психопатологические расстройства, во второй - соматоформные расстройства с выраженными функционально обусловленными соматическими жалобами, в третьей наблюдались клинические проявления невротического (психосоматического) развития личности. Применение психотерапевтических подходов дифференцировалось по следующим принципам: выделены мишени психотерапии, такие как «личность: преморбидно-психосоматическое развитие», «соматическая дисфункция: степень нарушения-ограничение возможностей», «невротические симптомы: актуальная психическая травма-внутриличностный конфликт».

Трудности в проведении психотерапии на начальном этапе были связаны с низкой мотивацией больных, устойчивой ориентацией на соматическое происхождение симптомов болезни. В дальнейшем на первый план выступает „разочаровывающая“ степень эффективности психотерапии, коррелирующая с выраженностью алекситимических черт у пациента. В большинстве случаев даже при наличии у больного установки на коррекцию психического состояния развитие эффекта личностно-ориентированной психотерапии «запаздывает» по отношению со снижающейся со временем мотивацией больного.

Уровень алекситимии у больных с психосоматическими заболеваниями составил в среднем 72.9 балла, (в контрольной группе здоровых 59.3), а при отдельных психосоматических заболеваниях 73.1 балла у больных с бронхиальной астмой, при артериальной гипертензии 72.6 и 71.4 при язвенной болезни.

Таким образом, необходимым условием достижения результата является длительное

сохранение терапевтического контакта. Повышение эффективности психотерапии у пациентов с психосоматическими расстройствами предлагается путем использования поэтапного вовлечения пациента в психотерапевтический процесс. Нами сформулированы принципы вовлечения у больных с психосоматическими заболеваниями в психотерапевтический процесс: комплексность лечения, индивидуальность, скомбинированность, стадийность, этапность.

**Комплексность лечения.** Применение психотерапии в сочетании с базовым соматическим лечением и психофармакотерапией по показаниям.

**Индивидуальность.** Разработка индивидуальной психотерапевтической программы с учетом нозологии заболевания, тяжести соматического состояния, наличия невротических расстройств, возраста и мотивации больных.

**Комбинированность.** Различные виды и техники психотерапии, комбинирующиеся на различных этапах лечения.

**Стадийность психотерапии.** Психотерапевтические подходы дифференцированы в соответствии со стадией психосоматического заболевания, приведенного в таблице 1.

Таблица 1

**Стадийность психотерапии**

|          |  |   |
|----------|--|---|
| 1 стадия | психогенный факторы, личностные нарушения, имеется сознательный психологический конфликт | на- в лечении ведущая роль принадлежит патогенетической психотерапии                    |
| 2 стадия | «порочные круги» патологического психосоматического функционирования,                    | психотерапевтические усилия менее эффективны, чаще требуется медикаментозная коррекция; |
| 3 стадия | «органическая» стадия», преобладающими становятся  | симптоматическая психотерапия, включающая коррекцию                                     |

**Этапность психотерапии.** Выделены 3 стадии психотерапевтического процесса, способствующие постепенному вовлече-

нию психосоматического пациента в психотерапевтическую работу с сохранением комплаенса.

Таблица 2

**Этапность психотерапии**

|             |   |
|-------------|---|
| Первый этап | врачебные беседы, рациональная терапия осознаваемых конфликтов, формирование представлений о других психотерапевтических подходах                       |
| Второй этап | кратковременная проблемно-ориентированная психотерапия, проведение которой позволяет в короткие сроки добиться осознаваемого пациентом эффекта лечения. |
| Третий этап | долговременная поддерживающая (суппортивная) психотерапия, личностно-ориентированная психотерапия   |

Объективная оценка эффективности психотерапии как метода лечения представляет собой трудную задачу, особенно в случае комплексного лечения, что подтверждается малым числом доказательных исследований в этой области. Мы оценили влияние применения принципа этапности в

психотерапии у больных с психосоматическими заболеваниями путем сравнения количества пациентов, которые получили различный объем психотерапевтической помощи, в группе исследования с применением принципа этапности и в целом у направленных на психотерапию.

Таблица 3

**Эффективность применения принципа этапности в психотерапии**

|                         | В группе исследования с применением принципа этапности | В целом среди направленных на психотерапию |
|-------------------------|--|--|
| Только консультирование | 26%  | 43%  |
| Краткосрочная терапия   | 59%  | 52%  |
| Долгосрочная терапия    | 15%  | 5%   |

Увеличение числа больных, которые не ограничились однократным посещением

психотерапевта при применении принципа этапности привело к еще более существен-

ному возрастанию количества пациентов, включившихся в долгосрочную терапию.

#### Выводы

При проведении психотерапии у больных с психосоматическими заболеваниями целесообразно использовать принципы комплексности, индивидуальности, комбинированности, стадийности.

Применение принципа этапности вовлечения у больных с психосоматическими заболеваниями в психотерапевтический процесс способствует усилению «приверженности психотерапии» пациентов, позволять повысить эффективность психотерапевтического лечения.

#### Литература

1. Абросимов В.Н. Гипервентиляционный синдром в клинике практического врача Рязань 2001, - 136С
2. Батулин К.А., Вишневская О.В. Бронхиальная астма с явлениями гипервентиляции. Материалы 11 Российской конференции молодых учёных "Фундаментальные науки и прогресс клинической медицины" (тезисы докладов) М. - 2001. 148 С.
3. Белокрылова М.Ф., Смирнова Т.А. Особенности функциональных кардиоваскулярных расстройств, сопряженных с кардиофобиями, у пациентов амбулаторной сети. В сб.: Актуальные вопросы психиатрии и наркологии /Под редакцией академика РАМН, профессора В.Я. Семке. Томск: МГП «Раско», 2001 выпуск 10 - С.15-18
4. Вишневская О.В. Гипервентиляционный синдром у больных бронхиальной астмой (клинические, психологические и психопатологические особенности. //Дис. канд. мед. наук. М. - 2002
5. Дробижев М. Ю. Нозогении (психогенные реакции) при соматических заболеваниях Дисс. докт. мед. наук М. - 2000
6. Иванов С. В. Соматоформные расстройства (органные невроты): эпидемиология, коморбидные психосоматические соотношения, терапия. Дис. докт. мед. Наук. М. - 2002
7. Козырев В.Н. Модели интеграции психиатрической службы в систему медицинской помощи населению. //Автореф. докт. мед. наук. М. - 2001. 34с
8. Д.Б. Колёсников. Синдром раздраженной толстой кишки у психически больных. //Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова. 2000. 11
9. Овчаренко С.И., Ищенко Э.Н, Дробижев М.Ю., Вишневская О.В. Бронхиальная астма с гипервентиляционными расстройствами и психогенной провокацией приступов. //Врач 2002, 11, 6-8
10. Смулевич А. Б., Рапопорт С. И., Сыркин А. Л., Овчаренко С. И., Иванов С. В. и др. Органые невроты: клинический подход к анализу проблемы. //Журн. невропатол. и психиатрии - 2002 № 1 С15-21
11. Davies S., Jackson P., Ramsay L., Kuiper D., Thomas M. Dysfunctional breathing and asthma. //BMJ - 2001 323: 631
12. Thomas M, McKinley RK, Freeman E, Foy C. Prevalence of dysfunctional breathing in patients treated for asthma in primary care. //BMJ - 2001; 322: 1098-1100

## ПСИХОТЕРАПІЯ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ МОЛОДОГО ВІКУ ІЗ ПСИХОСОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

В.І. Коростій

Досліджували поширеність, синдромальну структуру і характер протікання непсихотичних психічних розладів серед хворих із психосоматичними розладами. Отримано результати, що свідчать про перевагу серед цих хворих невротичних реакцій, тривожних і депресивних синдромів. Патогенетично обґрунтоване диференційоване застосування різних методів психотерапії.

**Ключові слова:** непсихотичні психічні розлади, психосоматичні розлади, тривожні і депресивні синдроми, психотерапія

## PSYCHOTHERAPY OF PSYCHIC DISORDERS OF YOUNG OLD PATIENTS WITH PSYCHOSOMATIC DISEASES

V.I. Korostiy

The work is devoted to the explanation of prevalence, syndromological structure and type of current of depressive disorders at patients with psychosomatic diseases. The results indicate that among nonpsychotic psychic disorders at patients with psychosomatic diseases neurotic reactions, anxiety and depressive syndromes are prevailed. Founded different indications to application of psychotherapy in complexes treatment.

**Keywords:** nonpsychotic psychic disorders, psychosomatic diseases, anxiety and depressive syndromes