

НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФИЗИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ, У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Доц. В. И. КОРОСТИЙ

Харьковский национальный медицинский университет

Приведены основные принципы диагностики непсихотических психических расстройств и психологических факторов, влияющих на физическое состояние при психосоматических заболеваниях у молодых людей с язвенной болезнью, бронхиальной астмой, артериальной гипертензией. Показана высокая эффективность использования разработанных автором психореабилитационных программ в структуре комплексной системы лечения и психотерапевтической реабилитации пациентов с психосоматической патологией.

Ключевые слова: непсихотические психические расстройства, психосоматические расстройства, психотерапия, реабилитация.

Психосоматические расстройства в их классическом понимании, такие как бронхиальная астма, язвенная болезнь, артериальная гипертензия, в связи с их хроническим течением и существенным снижением качества жизни больных являются существенной проблемой современной медицины. Значительная часть этих больных имеют психические расстройства непсихотического уровня, при этом, по данным ряда авторов, отдельные симптомы психических нарушений встречаются практически у всех пациентов с психосоматическими заболеваниями [1–4].

Такие расстройства, с одной стороны, объективно трудные для обнаружения, а с другой — лица, находящиеся в состоянии легкой депрессии или тревоги, редко инициативно обращаются за медицинской помощью, субъективно расценивая свое состояние как чисто личную психологическую проблему, не требующую врачебного вмешательства. Доля невыявленных случаев наличия психических нарушений у больных с психосоматическими расстройствами остается пока неизвестной. Считается, что примерно у 30% взрослого населения в силу разных жизненных обстоятельств возникают непродолжительные депрессивные и тревожные эпизоды непсихотического уровня, из которых диагностируются не более 5% случаев. [5–7]. «Субсиндромальные» и «донозологические» изменения психической сферы, зачастую проявления тревожности, не соответствующие диагностическим критериям рубрик тревожно-фобических расстройств МКБ-10, часто вообще остаются без внимания специалистов в области психического здоровья [8–12].

Целью проведенного исследования является разработка принципов дифференцированной терапии непсихотических психических расстройств (НПР) и психологической коррекции

психологического состояния при психосоматических заболеваниях у молодых лиц на основе комплексного изучения их клинико-психопатологических и психологических особенностей и выявления возможной патогенетической роли в развитии и течении психосоматических заболеваний.

В период с 2004 по 2009 гг. в Областной студенческой больнице г. Харькова обследовано 956 молодых лиц с психосоматическими заболеваниями (528 с бронхиальной астмой, 299 — с язвенной болезнью, 129 — с артериальной гипертензией). Использовались следующие методы исследования: клинико-anamnestический; клинико-психопатологический; психодиагностический — шкалы депрессии и тревоги Гамильтона, шкала общего клинического впечатления CGI; катамнестический — катамнестическое наблюдение в течение не менее 1 года. Для оценки эффективности психореабилитационной программы пациенты были разделены на две группы: основную, в которой проводилась предложенная автором психореабилитационная программа, и группу сравнения, пациенты которой получали стандартное лечение.

При клиническом и психологическом обследовании у 97% больных всех нозологических групп выявлено сочетание в клинической картине заболевания соматических симптомов с жалобами на эмоциональное состояние и симптомами психических нарушений. Из них только у 38% установлен диагноз психического расстройства в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10: невротическими, невротоподобными и личностными расстройствами.

Среди выявленных психических расстройств 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. Полученные данные показывают, что у пациентов молодого возраста с психосоматическими заболеваниями преобладают функционально-динамические психические расстройства невротического регистра над органическими неврозоподобными расстройствами.

В зависимости от ведущего психопатологического синдрома в структуре НПП у пациентов с психосоматическими заболеваниями больных с осевым астеническим синдромом — 51,7%, с преобладанием депрессивного синдрома — 32,5%, с выраженным ипохондрическим синдромом — 15,8%.

Для квалификации состояния пациентов с жалобами на эмоциональное состояние (беспокойство, эмоциональные конфликты, дурные предчувствия) и симптомами психических нарушений (тревога, рассеянность внимания, пессимистическое настроение) мы использовали категорию F54, применяемую при указании на эмоциональное происхождение физических расстройств, классифицированных в других разделах МКБ-10. У обследованных пациентов устанавливался двойной диагноз, так как для регистрации соматического расстройства использовался дополнительный код, например при астме — F54 и J45; при язве желудка — F54 и K25.

Число таких пациентов — 59% от общего числа обследованных. При этом в рутинной клинической практике рубрика F54 «Психологические и поведенческие факторы, связанные с нарушениями или болезнями, классифицированными в других рубриках» практически не используется. Эта категория должна использоваться для регистрации наличия психологических или поведенческих факторов, которые, как предполагается, сыграли важную роль в этиологии физических расстройств, классифицируемых в других классах МКБ-10. Таким образом, использование диагноза оправдано для пациентов без явно выраженного психического расстройства, нуждающихся в медико-психологической помощи.

Основой терапевтической тактики при психосоматических расстройствах являлось комплексное биологическое и социореабилитационное воздействие, в котором ведущую роль занимала психотерапия. Проведение психотерапии у пациентов с диагнозом F54 «Психологические и поведенческие факторы, связанные с нарушениями или болезнями, классифицированными в других рубриках» наиболее целесообразно медицинским психологом. Патогенетическое понимание сущности психосоматических расстройств дает возможность проведения превентивных, реадaptационных

и ресоциализационных мероприятий, направленных на укрепление, усиление слабых звеньев патогенеза, коррекцию и предупреждение патологических срывов адаптации. Все лечебные и психотерапевтические мероприятия проводились с учетом личностной структуры и варианта клинической динамики.

В соответствии с биопсихосоциальной моделью выделялись следующие лечебно-реабилитационные мероприятия: психотерапевтический комплекс, психопрофилактический комплекс, фармакологический и психофармакологический, а также физиотерапевтический в сочетании с лечебно-физкультурным комплексом.

Центральным звеном терапевтического воздействия на НПП и психологические реакции при психосоматических заболеваниях являлись психотерапевтические воздействия. Принимая во внимание многообразие и выраженность клинической симптоматики, мы усмотрели необходимость использования интегративного подхода в психотерапии, основным принципом психотерапевтического лечения являлась его направленность на личность больного, а не на большой орган или систему.

Психотерапия была направлена на решение следующих задач: устранение недостатка информации о соматическом и психическом состоянии пациента, нейтрализация ятрогенных воздействий, имевших место на предшествующих этапах лечения (до обращения к психиатру), исправление когнитивных ошибок, выработка новых поведенческих паттернов, интеграция аффектов и повышение толерантности к фрустрации, коррекция семейных взаимоотношений.

Психотерапевтический комплекс включал различные модификации аутогенной тренировки, позволявшей снизить уровень тревожности пациентов, обучить их самостоятельно стабилизировать вегетативные показатели; в ряде случаев ей предшествовало ознакомление человека с ощущениями, возникающими в теле, научение их вербализации (преодоление алекситимичности), проведение рациональной, когнитивной психотерапии (работа с личностными и средовыми ресурсами для повышения уровня адаптации и самоактуализации пациента в социуме, семейной и производственной сферах, анализ и коррекция копинг-стратегий), обучение элементам бихевиоральной терапии (анализу типичных стрессовых ситуаций; составлению планов деятельности с использованием правил составления аффирмации и наработка навыков поведения в них, обучение методикам отреагирования агрессивных побуждений, эмоций) и элементам нейро-лингвистического программирования (фиксация соматических состояний, утилизация трансов).

Использовались также групповая и семейная психотерапии. Групповая психотерапия давала пациентам возможность избавиться от ощущения уникальности собственных проблем, что было важным шагом на пути к преодолению социальной

изоляции. Групповая сплоченность позволяла ощутить поддержку других людей, способствовала развитию базовых навыков общения. Семейная психотерапия оптимизировала взаимоотношения в семье пациента, устраняя один из важнейших патогенетических факторов возникновения и развития психосоматической патологии, снимала связанные с этим напряжение, тревогу, беспокойство, что позволяло предотвратить повторные обострения. Принятие и эмоциональная поддержка пациента, индивидуализированность эмоциональных реакций, их свободное и искреннее проявление служили основой для установления более глубоких неформальных межличностных контактов.

Выделялись три этапа интенсивной интегративной психотерапии, соотносящиеся с режимами наблюдения и лечения: кризисный, или острый, базисный, или стационарный, восстановительный.

Психопрофилактический комплекс предусматривал анализ факторов пато- и саногенеза дезадаптационного состояния, формирование у больного адекватного отношения к состоянию своего здоровья и адаптивного режима жизнедеятельности. Данный комплекс определяет участие в лечебно-диагностическом процессе команды специалистов, включающей психиатра, психотерапевта, медицинского психолога, терапевта, врача ЛФК.

Психопрофилактический этап начинался почти перед выпиской при значительном улучшении состояния, обсуждались вопросы семейной коррекции, социальной адаптации, формировалась система переключения эмоций и акцентирования внимания на минимальных симптомах проявления декомпенсации, возможности медикаментозной и психологической коррекции. При формировании психопрофилактических стратегий акцентировали внимание на собственной ответственности за заболевание, необходимости включения в психопрофилактическую стратегию регулярного медикаментозного лечения.

Фармакологический и психофармакологический комплексы включали применение базисной соматической терапии, назначение антидепрессантов, вегетостабилизаторов, транквилизаторов, малых доз атипичных антипсихотиков, ноотропов.

Базисная соматическая терапия проводилась в соответствии со стандартами лечения бронхиальной астмы, язвенной болезни, артериальной гипертензии.

В ходе лечения на различных этапах комплексной терапии учитывалось, на фоне каких функциональных состояний разворачиваются психовегетативные, психосоматические нарушения. Это касалось как биологического компонента функциональных состояний (система регуляции уровня активности, цикл сон — бодрствование), так и тех форм поведения, которые являлись источником дезадаптации. Хронобиологический подход в осуществлении комплексного лечения использовался не только для восстановления циркадианных ритмов, что влекло за собой

стабилизацию деятельности вегетативной нервной системы и ритмическую организацию активности функциональной системы (сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, системы органов дыхания), но и предусматривались возможность возникновения психовегетативных нарушений в предменструальный период, годовая периодичность психовегетативных нарушений (чаще возникают в осенне-весенний период), зависимость течения психовегетативных расстройств от метеорологических факторов, способных оказывать ритмозадающее действие. С учетом хронобиологических особенностей проводилась терапия и вторичная психопрофилактика НПР при психосоматических заболеваниях.

Проведенное исследование показало эффективность разработанной психореабилитационной программы. Установлено, что у пациентов с социально-адаптивной направленностью внутренней картины болезни, в частности с гармоничным типом реагирования, на фоне комплексного лечения достоверно чаще наблюдается улучшение по рассматриваемым критериям эмоционального и когнитивного уровней, что приводит к большей социальной адаптации по сравнению с пациентами других групп. При дезадаптивном реагировании на заболевание включение психокоррекционных мероприятий в программу реабилитации больных с психическими расстройствами более значимо и необходимо для нормализации психического статуса по сравнению с результатами социально-адаптированных пациентов. Оценка личностных особенностей и направленности дезадаптации позволяет более эффективно планировать программу психотерапевтического лечения, выбирать тактику ведения пациента и рассчитывать длительность психореабилитационных мероприятий. Результаты клинико-катамнестического наблюдения свидетельствуют о высокой эффективности разработанных психореабилитационных программ.

При катамнестическом наблюдении через 12 мес в основной группе отмечено достоверное улучшение показателей по шкале HDRS до уровня нормы (с $22,5 \pm 0,8$ до $12,6 \pm 0,6$) ($p < 0,01$), за исключением пункта «суточные колебания». Изменение суммарного балла по шкале CGI (с $3,2 \pm 0,2$ до $2,3 \pm 0,2$) достоверно ($p < 0,05$).

В группе сравнения динамика по рассматриваемым параметрам отличалась от основной группы. Отмечено статистически незначимое изменение суммарного балла по шкале HDRS в сторону улучшения (с $21,3 \pm 2,7$ до $19,5 \pm 1,6$) ($p > 0,05$) за счет уменьшения по пунктам «соматическая тревога» (с $1,6 \pm 0,4$ до $0,9 \pm 0,2$) ($p < 0,05$), «желудочно-кишечные симптомы» (с $0,8 \pm 0,4$ до $0,4 \pm 0,2$), «соматические симптомы» (с $1,3 \pm 0,4$ до $0,9 \pm 0,1$), «заторможенность» (с $0,8 \pm 0,4$ до $0,4 \pm 0,2$) ($p < 0,05$). По всем остальным пунктам общий балл сохраняется на прежнем уровне либо увеличивается. По шкале CGI определена положительная

динамика (с $3,2 \pm 0,3$ до $3,0 \pm 0,2$), отличие недостоверно ($p > 0,05$).

У пациентов в основной и группе сравнения обнаружена сходная динамика психопатологической картины. В основной группе отмечалось относительное улучшение в 44,4% случаев, в контрольной группе — отсутствие динамики и отрицательная динамика в 41,7% случаев. Поэтому для нормализации психического статуса так же, как и при интрапсихической направленности дезадаптации, существенную роль играла психореабилитационная программа.

В целом положительная динамика у пациентов, прошедших психореабилитационный курс, рассчитанный на 6 мес, отмечена в 77,8% случаев ($p < 0,01$), из них в 32,2% наблюдалось отчетливое улучшение с полным купированием психопатологической симптоматики. В группе сравнения стабильная положительная динамика была в 24,2% случаев.

Полное и практическое выздоровление наблюдалось в группах больных: артериальной гипертензией — 98,5% случаев, язвенной болезнью — 94,3%, бронхиальной астмой — 91,5% случаев.

Таким образом, проведенные исследования позволяют сделать следующие выводы.

1. 97% больных с психосоматическими заболеваниями (артериальной гипертензией, язвенной болезнью, бронхиальной астмой) имеют в клинической картине заболевания сочетание соматических симптомов с жалобами на эмоциональное состояние и симптомами психических нарушений. Только у 38% этих больных установлен диагноз

психического расстройства в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10: невротическими, невротоподобными или личностными расстройствами.

2. У 59% от общего числа обследованных выявлены жалобы и симптомы, соответствующие категории F54 МКБ-10, которая используется для указания на эмоциональное происхождение физических расстройств, классифицированных в других разделах МКБ-10. Данные психические нарушения являются легкими и сами по себе не оправдывают применение каких-либо других диагностических категорий, однако часто являются пролонгированными и предшествуют обострению соматического заболевания.

3. Использование в рутинной клинической практике рубрики F54 «Психологические и поведенческие факторы, связанные с нарушениями или болезнями, классифицированными в других рубриках» для регистрации наличия психологических или поведенческих факторов, которые, как предполагается, сыграли важную роль в этиологии физических расстройств, классифицируемых в других классах МКБ-10, оправдано для пациентов без явно выраженного психического расстройства, нуждающихся в медико-психологической помощи.

4. Результаты клинко-катамнестического наблюдения свидетельствуют о высокой эффективности разработанных психореабилитационных программ с достоверным различием в показателях по шкалам HDRS и CGI и могут быть предложены для использования в лечебных учреждениях.

Литература

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства: руководство для врачей.— 4-е изд.— М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.— 720 с.
2. Дроздова И. В. Личностные особенности больных артериальной гипертензией и неврастенией // Междунар. мед. журн.— 2008.— № 1— С. 10–14.
3. Кожина Г. М. Невротичні розлади у підлітків, які знаходяться в умовах пенітенціарної системи (клініка, механізми формування, корекція, профілактика): автореф. дис. ... докт. мед. наук.— Харків, 2006.— 32 с.
4. Михайлов Б. В., Чугунов В. В., Сарвир И. Н. Роль и место психотерапии в формировании качества жизни больных с невротическими и психотическими расстройствами // Журн. психиатрии и мед. психологии.— 2004.— № 4 (14).— С. 35–38.
5. Инадворская Н. В. Изучение адаптационных поведенческих и когнитивных механизмов к тревоге, формирующейся при психических расстройствах различного уровня: автореф. дис. ... канд. мед. наук.— Бишкек, 2006.— 25 с.
6. Каменецкий Д. А. Неврология и психотерапия: Учеб. пособие.— Днепрпетровск, 2008.— 301 с.
7. Марута Н. А., Семикина Е. Е. Расстройства сна при неврастении (диагностика и терапия) // Укр. вестн. психоневрологии.— 2007.— Т 15, вып. 2 (51).— С. 25–32.
8. Кошелев В. В. Система медицинской реабилитации пациентов при состояниях психической дезадаптации с преобладанием астенических нарушений на основе комплексного этапного применения восстановительных технологий: дис. ... докт. мед. наук.— М., 2009.— 192 с.
9. Насыбулина Н. М. Психологические аспекты заболевания [Электронный ресурс] // Consilium Provisorum.— 2006.— Т. 4, № 5.— Режим доступа: <http://www.concilium-medicum.com/provisorum/article/9426/>
10. Негашева М. А. Взаимосвязи соматических, дерматоглифических и психологических признаков в структуре общей конституции человека с позиций системного подхода // Морфология.— 2008.— Т. 133, № 1.— С. 73–77.
11. Смулевич А. Б., Андрущенко А. В., Бескова Д. А. Новый подход к терапии неврастении и соматогенной астении (результаты многоцентрового исследования эффективности и безопасности Ладастена) [Электронный ресурс] // Психиатрия и психофармакотерапия.— 2009.— № 1.— С. 35.— Режим доступа: <http://www.concilium-medicum.com/psychiatry/article/17772/>

12. *Karavaeva T. A.* The Change in the Psychotherapeutic and Rehabilitation Strategies in the Treatment of Neurotic Disorders in the Time of Socio-economic Changes. Part I. The Influence of the socio-economic

Factors on the Clinical Picture of the Neurotic Disorders Patients // *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева.*— 2010.— № 1.— С. 15–19.

**НЕПСИХОТИЧНІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ ТА ПСИХОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ,
ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ФІЗИЧНИЙ СТАН, У ПАЦІЄНТІВ МОЛОДОГО ВІКУ
ІЗ ПСИХОСОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

В. І. КОРОСТІЙ

Наведено основні принципи діагностики непсихотичних психічних розладів та психологічних факторів, що впливають на фізичний стан при психосоматичних захворюваннях у молодих осіб із виразковою хворобою, бронхіальною астмою, артеріальною гіпертензією. Показано ефективність використання розроблених автором психореабілітаційних програм у структурі комплексної системи лікування та психотерапевтичної реабілітації пацієнтів із психосоматичною патологією.

Ключові слова: непсихотичні психічні розлади, психосоматичні розлади, психотерапія, реабілітація.

**NONPSYCHOTIC MENTAL DISORDERS AND PSYCHOLOGICAL FACTORS INFLUENCING
THE PHYSICAL STATE OF YOUNG PATIENTS WITH PSYCHOSOMATIC DISEASES**

V. I. KOROSTIY

Main principles of diagnosis of nonpsychotic mental disorders and psychological factors influencing the physical state at psychosomatic diseases in young people with peptic ulcer, bronchial asthma and arterial hypertension are featured. A high efficacy of the original psychorehabilitation programs in the structure of complex system of treatment and psychotherapy rehabilitation of the patients with psychosomatic pathology is shown.

Key words: nonpsychotic mental disorders, psychosomatic disorders, psychotherapy, rehabilitation.

Поступила 27.05.2011