

Омский психиатрический журнал

3 (21) 2019



Omsk Journal of Psychiatry

Омский психиатрический журнал

Omsk Journal of Psychiatry

Научно-практическое сетевое издание

3(21) 2019

**ISSN
2412-8805**

Издание зарегистрировано в
Федеральной службе по
надзору в сфере связи,
информационных
технологий и массовых
коммуникаций
Свидетельство
Эл № ФС77-58937
от 5 августа 2014 г.

Интернет-ресурс
[http://omskoop.ru
/opj/index.shtml](http://omskoop.ru/opj/index.shtml)

E-mail: pontiac@list.ru

В издании использованы
материалы и
иллюстрации
из открытых
Интернет-источников

На титульной странице
размещена репродукция
картины

Michael Parkes
Dress Rehearsal. 2002

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Четвериков Д.В., д.пс.н., к.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

Васильченко К.Ф., к.м.н.
Омский государственный медицинский университет (Омск)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Федотов И.А., к.м.н.
Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова (Рязань)
Антилогова Л.Н., д.пс.н.
Омский государственный педагогический университет (Омск)
Дроздовский Ю.В., д.м.н.
Омский государственный медицинский университет (Омск)
Дементий Л.И., д.пс.н.
Омский государственный университет им. Ф.М. Достоевского (Омск)
Крахмалева О.Е., к.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)
Одарченко С.С., д.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)
Чеперин А.И., к.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)
Петрова Н.Н., д.м.н.
Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург)

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Бойко А.С., к.м.н.
Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН (Томск)
Белебева Е.А.
Омское общество психиатров (Омск)
Стаценко О.А., к.м.н.
Омский государственный медицинский университет (Омск)
Иванова Т.И., д.м.н.
Омский государственный медицинский университет (Омск)
Малютина Т.В., к.пс.н.
Омский государственный медицинский университет (Омск)
Федорова Н.В., к.пс.н.
Омский государственный педагогический университет (Омск)

Содержание / Contents

Колонка редактора	3	Editor's column
Клинические аспекты психиатрии		Clinical Aspects of Psychiatry
Особенности психологического статуса лиц молодого возраста с дисплазией соединительной ткани <i>Друк И.В., Логинова Е.Н., Вершинина М.В., Лялюкова Е.А., Дрокина О.В.</i>	5	Features of the psychological status of persons of young age with connective tissue dysplasia <i>Druk I.V., Loginova E.N., Vershinina M.V., Lyalyukova E.A., Drokina O.V.</i>
Психологический статус пациентов с бронхиальной астмой на фоне дисплазии соединительной ткани <i>Нечаева Г.И., Друк И.В., Карловская Н.Н.</i>	10	The psychological status of patients with bronchial asthma on the background of connective tissue dysplasia <i>Nechaeva G.I., Druk I.V., Karlovskaya N.N.</i>
Алекситимия у пациентов с бронхиальной астмой на фоне дисплазии соединительной ткани <i>Друк И.В.</i>	17	Alexithymia in patients with bronchial asthma on the background of connective tissue dysplasia <i>Druk I.V.</i>
Соматическая коморбидность пациентов психиатрического отделения принудительного лечения <i>А.И. Петрова, О.В. Толкушкина, З.В. Кисляк, М.В. Хирвонен</i>	21	Somatic comorbidity of patients of psychiatric department of forced treatment <i>A.I. Petrova, O.V. Tolkushkina, Z.V. Kislyak, M.V. Hirvonen</i>
Туберкулез у психически больных: клинические особенности, подходы к диагностике и лечению. Клиническое наблюдение. <i>Р.В. Зятиков, Т.С. Журавлева, Е.Ю. Шевчук</i>	24	Tuberculosis in mental patients: clinical features, approaches to diagnosis and treatment. Clinical case <i>R.V. Zyatikov, T.S. Zhuravleva, E.Yu. Shevchuk</i>
Психотерапия и реабилитация		Psychotherapy and rehabilitation
Особенности социальной работы с детьми и подростками в психиатрии <i>А.М. Белкина</i>	32	<i>Features of social work with children and teens in psychiatry</i> <i>A.M. Belkina</i>
Психолого-психотерапевтические аспекты реабилитации онкологических пациентов <i>А.А. Заливин, М.В. Набока, Е.С. Волосникова</i>	36	Psychological and psychotherapeutical aspects of recovery in oncological patients <i>A.A. Zalivin, M.V. Naboka, E.S. Volosnikova</i>

Колонка редактора

Уважаемые коллеги!

За пятилетний срок существования сетевого издания «Омский психиатрический журнал» постепенно формируются традиции, определяющие пути развития региональной психиатрии. Одной из таких тенденций становится условная тематика определенных выпусков журнала. Прошлый выпуск был посвящен вопросам раннего детского аутизма. В текущем раскрываются некоторые аспекты коморбидности в психиатрии.

Проблеме коморбидности в последнее время уделяют довольно много внимания на страницах научных журналов, что свидетельствует об актуальности данной темы. Термин "коморбидность" может быть дословно переведен как "соболезненность".

Коморбидность (лат. со - приставка со-, вместе, morbus - болезнь) - сосуществование двух и/или более синдромов (транссиндромальная коморбидность) или заболеваний (транснозологическая коморбидность) у одного пациента, патогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени (хронологическая коморбидность). Понятие коморбидности (comorbidity) впервые предложил A.R. Feinstein (1970). Он вкладывал в этот термин представление о наличии дополнительной клинической картины, которая уже существует или может появиться самостоятельно, помимо текущего заболевания и отличается от него. Коморбидность - сочетание двух или нескольких самостоятельных заболеваний или синдромов, ни один из которых не является осложнением другого, если частота этого сочетания превышает вероятность случайного совпадения. Коморбидность может быть связана с единой причиной или едиными механизмами патогенеза этих состояний, но иногда объясняется сходством их клинических проявлений, которое не позволяет четко дифференцировать их друг от друга. Коморбидность является клинической реальностью, которая затрагивает не только психические расстройства, но и имеет значение и для соматических заболеваний. Пример коморбидности - атеросклероз и гипертоническая болезнь.

В текущем выпуске журнала широко представлены работы наших коллег, разрабатывающих вопросы коморбидности психических нарушений и соматической патологии, формирующейся на фоне дисплазии соединительной ткани. Представлены результаты простого одномоментного исследования актуального психологического статуса пациентов молодого возраста с дисплазией соединительной ткани с

использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии, методики определения стрессоустойчивости и социальной адаптации в сопоставлении с клиническим статусом пациентов. Установлено, что для рассматриваемой группы пациентов характерно обилие жалоб, их неспецифичность в отношении объективно выявляемых проявлений ДСТ, негативные тенденции в психоэмоциональном статусе (наличие суб- и клинических проявлений тревоги и депрессии).

В следующей работе представлены результаты простого одномоментного исследования тревожности и невротических расстройств в группе пациентов с бронхиальной астмой, ассоциированной с дисплазией соединительной ткани, с применением шкалы самооценки и опросника для выявления невротических нарушений. Установлено, что пациенты, страдающие БА, ассоциированной с выраженной формой дисплазии соединительной ткани, отличаются наибольшей распространенностью высокой личностной тревоги, большей частотой выявления невротической депрессии, большей выраженностью вегетативных нарушений, что сочетается с большей частотой обострений БА. У этой же группы пациентов проведено исследование феномена алекситимии. Установлено, что данный феномен выявляется с высокой частотой, ассоциируется с большей частотой тяжелых обострений заболевания и не влияет на частоту развития гипервентиляционного синдрома.

Статья омских психиатров раскрывает особенности коморбидной патологии у пациентов, находящихся на принудительном лечении. В этих отделениях около 25% общего контингента составляют пациенты преклонного возраста часто с соматической отягощенностью, которые нуждаются в лечении не только у психиатра, но и у узких специалистов. Имеют значение сопутствующие соматические, неврологические заболевания, недостаточная медицинская помощь по месту их проживания. Психиатр, как и терапевт, работающий в психиатрической больнице, должен иметь знания по смежным специальностям: психиатрии, неврологии, наркологии, эндокринологии, инфекционных болезней, хирургии, неотложной помощи. Вся лечебно-диагностическая работа терапевта, курирующего отделение, осуществляется в тесном контакте с заведующим отделением и лечащим врачом-психиатром. При необходимости осуществляются консультации специалистами больницы. Авторы показывают сложности в диагностике и лечении данной патологии: в остром психотическом состоянии, при интел-

лектуально-мнестическом снижении порой невозможно выяснить, детализировать жалобы и анамнестические сведения у больного. Нередки случаи отсутствия боли даже при таких серьезных заболеваниях, как, например, прободная язва желудка и инфаркт миокарда, полученные от больных сведения могут содержать галлюцинаторный материал и трудность заключается в многосторонней интерпретации содержания ответов. Отсутствие жалоб и стертость клинических проявлений многих заболеваний приводит к тому, что на первый план в клинической картине нередко выступают чаще всего астенический, гемодинамический, диспептический синдромы, отказ от еды. К числу наступающих у психически больных объективных изменений, требующих вмешательства терапевта, можно отнести слабость, обмороки, рвоту, бледность, внезапную перемену в характере поведения, потерю веса, изменение походки, появление одышки, нетипичные результаты обычных диагностических результатов. Как терапевту, так и психиатру, необходимо учитывать побочные эффекты психофармакологических средств.

Тема коморбидности психической патологии и туберкулеза представлена в работе омских коллег. Психически больных относят к группе лиц с наиболее высоким риском заболевания туберкулезом. Среди больных психиатрических стационаров лица с психическими заболеваниями и активным туберкулезом составляют 3—6%. Частота психических заболеваний (шизофрения, эпилепсия, олигофрения и др.) у впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания составляет 3—4%. Показатель смертности от туберкулеза психически больных в несколько раз превышает его среди людей, не страдающих психическими заболеваниями. Опасность заболевания туберкулезом контингентов психически больных заключается в возможности распространения инфекции. В таких очагах туберкулезной инфекции высоки инфицированность и заболеваемость туберкулезом детей и подростков. Взрослые в таких очагах заболевают туберкулезом также чаще.

Для успешного лечения и раннего выявления туберкулеза легких у психически больных необходимо соблюдения нескольких правил:

1. Необходимо строгое соблюдение профилактического рентгенологического обследования два раза в год пациентов, состоящих на диспансерном учете.

2. Необходима фтизиатрическая настороженность у врачей-психиатров при работе с группами риска. Среди пациентов с шизофрени-

ей это мужчины в возрасте 35-44 лет и женщины в возрасте старше 55 лет; течение психического заболевания 10 и более лет; длительное непрерывное пребывание в психиатрическом стационаре в условиях высокой скученности больных; периодические обострения психической симптоматики; нахождение ранее в местах заключения. В группах риска, в условиях неблагоприятной эпидемиологической ситуации по туберкулезу на территории области проводить туберкулинодиагностику и, по возможности, диаскинтест 2 раза в год.

3. В связи с высоким риском лекарственной устойчивости МБТ у пациентов с шизофренией и относительно небольшим процентом обнаружения МБТ в мокроте необходим эмпирический подбор химиотерапии, особенно у пациентов с распространенными и деструктивными формами туберкулеза.

4. В связи с большим риском рецидивов туберкулеза легких у психически больных, особенно при тяжелых формах заболевания, психическая патология должна расцениваться как отягощающий фактор, и данные пациенты должны наблюдаться в 3-й группе диспансерного учета в течение не менее 3-х лет, независимо от величины остаточных посттуберкулезных изменений.

5. Необходимо обязательное проведение противорецидивных курсов химиотерапии в течение 3-х лет после окончания основного курса лечения туберкулеза у психически больных пациентов.

Психологический раздел журнала представлен статьей, раскрывающей аспекты социальной работы с психически больными детьми. Рассмотрены особенности социальной работы с детьми и подростками в психиатрии. Рассмотрены обязанности специалиста по социальной работе с данной категорией, методы работы, вклад специалистов в терапию заболевания.

Завершает текущий выпуск журнала обзор существующих методов реабилитации онкологических больных с отражением их основных особенностей и показаний к применению. Перечислены такие ставшими традиционными методы, как когнитивно-поведенческая терапия, кризисная интервенция, гештальт-подход. Кроме того, обозначены и относительно новые техники декатастрофизации, нарративная, сказкотерапия. Приведены этапы и задачи, которые решает психотерапевт в рамках работы полипрофессиональной бригады.

*Правление Омского общества психиатров.
Редакционная коллегия.*

Клинические аспекты психиатрии

УДК 616:611.018.2-007.17-053.7+159.922

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Друк И.В.¹, Логинова Е.Н.¹, Вершинина М.В.¹, Лялюкова Е.А.¹, Дрокина О.В.²¹ФГБОУ ВО ОмГМУ МЗ РФ, кафедра внутренних болезней и семейной медицины ДПО, Омск²ФГБОУ ВО ОмГМУ МЗ РФ, кафедра преедевки внутренних болезней, Омск

log-ekaterina@yandex.ru

Аннотация. В статье представлены результаты простого одномоментного исследования актуального психологического статуса пациентов молодого возраста с дисплазией соединительной ткани с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS, A. Zigmond, R. Snaith, 1983), методики определения стрессоустойчивости и социальной адаптации в сопоставлении с клиническим статусом пациентов. Установлено, что для рассматриваемой группы пациентов характерно обилие жалоб, их неспецифичность в отношении объективно выявляемых проявлений ДСТ, негативные тенденции в психоэмоциональном статусе (наличие суб- и клинических проявлений тревоги и депрессии).

Ключевые слова. Дисплазия соединительной ткани, тревога, депрессия.

FEATURES OF THE PSYCHOLOGICAL STATUS OF PERSONS OF YOUNG AGE WITH CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA

Druk I.V., Logina E.N., Vershinina M.V., Lyalyukova E.A., Drokina O.V.

Abstract. The article presents the results of a simple one-step study of the current psychological status of young patients with connective tissue dysplasia using hospital anxiety and depression Scale (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS, A. Zigmond, R. Snaith, 1983), methods for determining stress resistance and social adaptation in comparison with the clinical status of patients. It is established that the considered group of patients is characterized by an abundance of complaints, their non-specificity in relation to objectively detected manifestations of DST, negative trends in psycho-emotional status (the presence of subclinical and clinical manifestations of anxiety and depression).

Keywords. Connective tissue dysplasia, anxiety, depression.

Цель представляемой работы заключалась в том, чтобы оценить распространенность и клиническое значение тревоги и депрессии у пациентов молодого возраста с дисплазией соединительной ткани

Материалы и методы. В соответствии с критериями включения (наличие признаков недифференцированной ДСТ; возраст 18-45 лет; подписанное информированное согласие) и исключения (наличие заболеваний, лежащих в основе патологии аорты (атеросклероз, сифилитический аортит, болезнь Такаясу, гигантоклеточный артериит, микотическая аневризма, травма грудной клетки) и/или церебральных артерий (черепно-мозговая травма, атеросклероз); употребление наркотических средств, злоупотребление алкоголем на момент включения; наследственные синдромы ДСТ у пациента и/или родственников первой линии родства) в исследование были включены 549 человек, имеющих признаки ДСТ, в возрасте от 18 до 45 лет: 330 (60,11%) мужчин, средний возраст в группе 23,51±8,67 (95%ДИ 22,78-24,24). Диагноз ДСТ устанавливался по совокупности фенотипических признаков дисморфогенеза соединительной ткани [7]. Для оценки актуального психологического состояния использовалась госпитальная шкала

тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS, A. Zigmond, R. Snaith, 1983) в адаптированной версии (А.В. Андрюшенко, М.Ю. Дробижев, А.В. Добровольский, 2003 г.) [3], методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Т. Н. Holmes, Р. Н. Rahe (1967 г., 1982 г.) [6].

Статистические методы включали процедуры описательной статистики, аналитической статистики: корреляционный анализ (коэффициенты прямолинейной и криволинейной связи)). Критическое значение уровня значимости (р) принималось равным 5%. Статистическая обработка материалов осуществлялась с использованием программных пакетов анализа Microsoft Excel, Statistica 10,0 (StatSoft Inc., США).

Результаты и обсуждение. В наблюдаемой группе пациентов исходно средний диагностический коэффициент ДСТ составил 28,84±10,76 (95% ДИ 27,94-29,74), преобладали пациенты с «выраженной» формой ДСТ (n=339, 61,75%; 95%ДИ 57,52-65,81). Представленность диспластических изменений в наблюдаемой группе пациентов характеризовалась доминированием проявлений со стороны костно-мышечного аппарата и сердечно-сосудистой системы (таблица 1).

Таблица 1

Характеристика распределения проявлений ДСТ

Система/орган	Абс.	%
Костно-мышечная система	549	100,00
Сердечно-сосудистая система	413	75,23
Кожные проявления	169	30,78
Дыхательная система	119	21,68
Глазные проявления	120	21,86
Мочеполовая система	87	15,85
Желудочно-кишечный тракт	81	14,75

У абсолютного большинства пациентов (88,71%; n=487) проявления диспластического процесса затрагивали 2-4 системы: 2 системы – 35,52% (n=195), 3 системы – 36,43% (n=200), 4

системы – 16,76% (n=92). Изменения 1 и 5 систем (включая орган зрения и кожу), регистрировались, соответственно в 6,19% (n=34) и 4,74% (n=26) случаев (рис. 1).

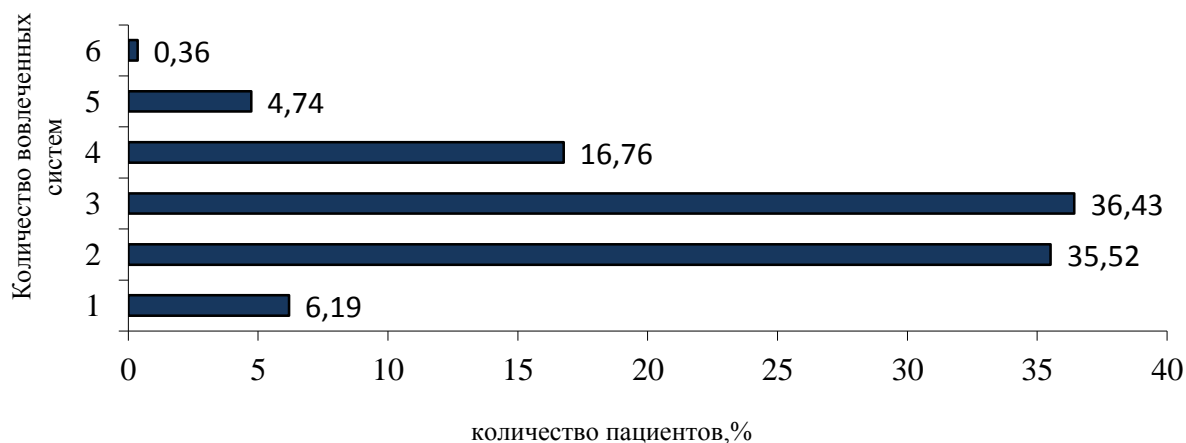


Рисунок 1. Характеристика ДСТ в наблюдаемой группе пациентов в количественном выражении заинтересованных систем органов (включая орган зрения и кожу).

Вовлеченность каждой системы выглядела следующим образом: костно-мышечная система – 3,00 (2,00-4,00) признака (при этом в наименьшем количестве наблюдений регистрировалось наличие 1 признака ДСТ костно-мышечной системы (n=37/6,74%), 7 и 8 признаков, соответственно n=4/0,73% и n=2/0,36%), сердечно-сосудистая система – 1,00 (1,00-2,00) признак. Количество признаков со стороны дыхательной системы, кожи ранжировалось от 0 до 3; пищеварительной системы – от 0 до 4; орган зрения – от 0 до 2; мочеполовая система – от 0 до 1.

Известно, что пациенты с ДСТ формируют группу повышенного психологического риска, характеризующуюся сниженной субъективной оценкой собственных возможностей, уровнем претензий, эмоциональной устойчивости и работоспособности, повышенным уровнем тре-

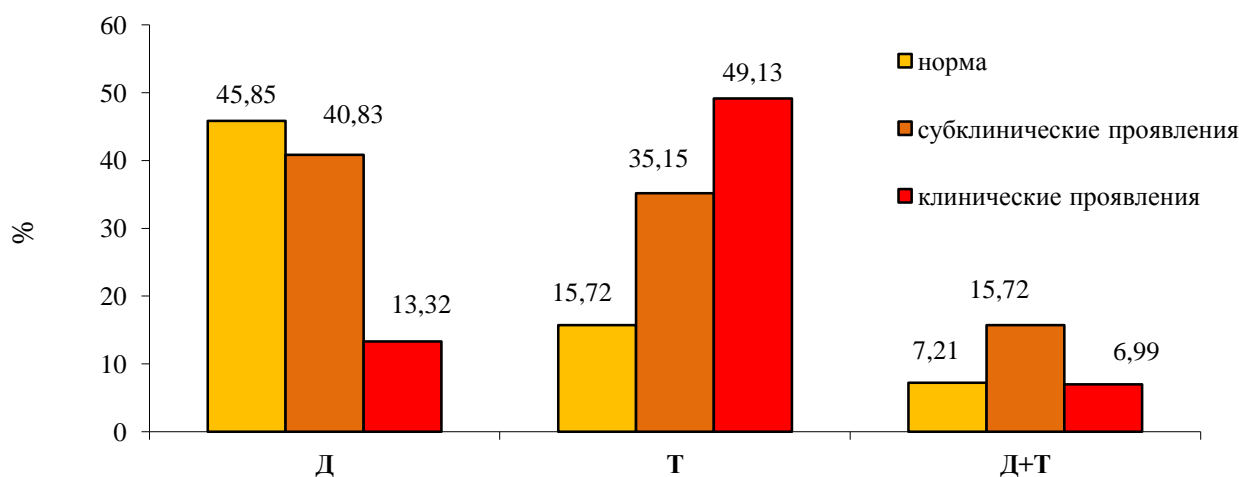
возности, ранимостью, депрессивностью, конформизмом, что нередко требует проведения психокорректирующих процедур [1, 5, 9]. Наличие диспластикозависимых косметических изменений в сочетании с астенией формируют психологические особенности этих больных: сниженное настроение, потеря ощущения удовольствия и интереса к деятельности, эмоциональная лабильность, пессимистическая оценка будущего, нередко с идеями самобичевания и суицидальными мыслями [9]. Большинство исследователей подчеркивают вероятность вторичности психологических феноменов у пациентов этой группы на фоне прогрессивного течения ДСТ [1, 9]. Закономерным следствием психологического дистресса является ограничение социальной активности, ухудшение качества жизни и значительное снижение социальной адаптации [1, 2, 5].

Учитывая значимость психосоциальных факторов, мы провели оценку указанных факторов в соответствие с существующими рекомендациями [4]. Низкий социально-экономический статус был определен у 0,55% пациентов. Социальная поддержка была достаточной во всех случаях. Наличие хронического психо-эмоционального стресса отмечали 19,01% из 458 опрошенных. В течение года пациенты не имели высокого уровня стрессогенных ситуаций. Средний балл по шкале стрессовых ситуаций (Т. Н. Holmes, R. Н. Rahe, 1967, 1982) составил $44,17 \pm 41,54$ (95% ДИ 40,37-47,98), что соответствовало высокой стрессоустойчивости.

Еще один важный аспект, создающий большие трудности в интерпретации жалоб, предъявляемых пациентами, – соматизация негативных эмоций, как пример их вытеснения,

либо коморбидность соматоформного, депрессивного и тревожного расстройств [8]. Учитывая имеющиеся в литературе данные об особенностях психологического статуса пациентов с ДСТ, которые определяют так называемую внутреннюю картину болезни, а в части случаев могут лежать в основе искажения восприятий, мы попытались оценить актуальный психологический статус пациентов.

Анализ показателей госпитальной шкалы тревоги (HADS) [3] был проведен среди 458 пациентов, имеющих сердечно-сосудистые проявления ДСТ. По субшкале тревоги балл составил 10,00 (8,00-12,00), по субшкале депрессии – 8,00 (6,00-9,00). При этом показатели, соответствующие диапазону нормы по обеим субшкалам, регистрировались редко – 7,21% случаев (33/458) (рис. 2).



Примечание: Д – субшкала депрессии; Т – субшкала тревоги; Д+Т – суммарная оценка по обеим шкалам

Рисунок 2. Характеристика частоты выявления тревоги и депрессии по шкале HADS

Субклиническая тревога определялась у 161 (35,15%) пациента, субклиническая депрессия – у 187 человек (40,83%), сочетание субклинических расстройств отмечалось у 72 (15,72%) пациентов. Клинически выраженная тревога и депрессия регистрировались соответственно у 225 (49,13%) и 61 (13,32%) человека.

Сочетание клинически выраженных расстройств отмечалось не так часто – у 32 респондентов (6,99%). Таким образом, значимые психосоциальные факторы риска определялись у 23,36% пациентов (107/458). Не было выявлено существенной корреляции между показателями субшкалы депрессии, стрессогенности и диагностическим коэффициентом ДСТ ($r = -0,078$, $p = 0,098$; $r = -0,002$, $p = 0,966$, соответственно). Балльная оценка ДСТ обнаруживала высокую положительную корреляцию с показателем субшкалы тревоги ($r = 0,747$, $p = 0,000$): выражен-

ная форма ДСТ ассоциировались не только с многосимптомностью диспластикозависимых проявлений, но и с наиболее высоким уровнем тревоги. Ранее исследователи обращали внимание на неспецифический характер жалоб, предъявляемых пациентами с ДСТ, что зачастую определяет неоправданно большой объем обследований и консультаций [1].

В связи с этим, интерес представлял анализ значимости оценки жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы и некоторых жалоб общего характера, предъявляемых пациентами, в отношении диагностики объективно выявляемых кардиоваскулярных синдромов ДСТ. Совокупная оценка жалоб, предъявляемых пациентами с ДСТ, подтверждает имеющиеся в литературе наблюдения о многообразии, зачастую, неспецифическом характере имеющих место субъективных ощущений (табл. 2).

Субъективная характеристика клинического статуса пациентов с ДСТ

Признак	Абс.	%
Жалобы общего характера	479	87,25
Общая слабость/повышенная утомляемость	299	54,46
Тревожность	265	48,27
Невозможность прибавить массу тела	183	33,33
Плохая переносимость физических нагрузок	109	19,85
Головная боль	62	11,29
Плохая переносимость душных помещений	59	10,75
Жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы	302	55,01
Кардиалгии/дискомфорт в области сердца	185	33,70
Сердцебиение/перебои в работе сердца	144	26,23
Головокружение несистемное	91	16,58
Дыхательный дискомфорт	50	9,11
Ортостатические реакции	118	21,49
Жалобы со стороны опорно-двигательного аппарата	126	22,95
Жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта	92	16,76
Жалобы со стороны дыхательной системы	40	7,29
Жалобы со стороны мочеполовой системы	21	3,83

По частоте регистрации преобладали жалобы, носящие общий, неспецифический характер. Субъективные ощущения со стороны сердечно-сосудистой системы занимали вторую позицию. Детализация жалоб не всегда позволяла сделать однозначное заключение о характере основной патологии. Исходно кардиоваскулярные проявления ДСТ регистрировались в 75,23 % (n=413) случаев. В абсолютном большинстве случаев (n=404; 97,82%) отмечалось сочетание диспластикозависимых

изменений клапанного аппарата, сосудов, а также нарушения ритма сердца. Совокупность выявленных изменений укладывалась в клиническую картину сосудистого, клапанного и аритмического синдромов, которые почти в половине случаев не сопровождалась какими-либо жалобами кардиологического спектра (n=209; 50,61%) (рис. 2).

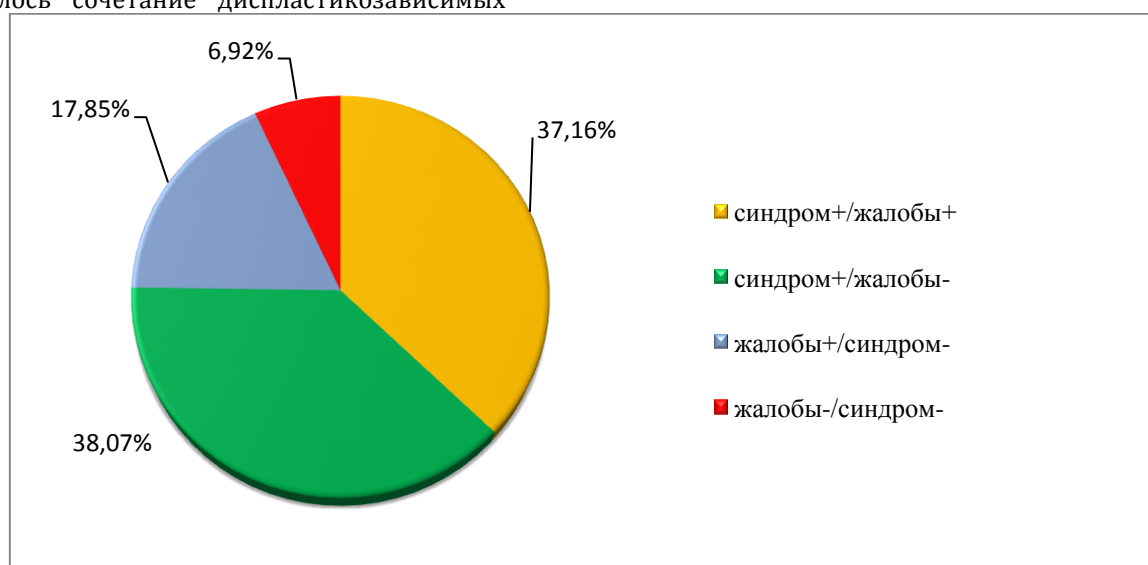


Рисунок 2. Сопоставление объективно регистрируемых сердечно-сосудистых изменений и субъективного статуса пациентов, n=549

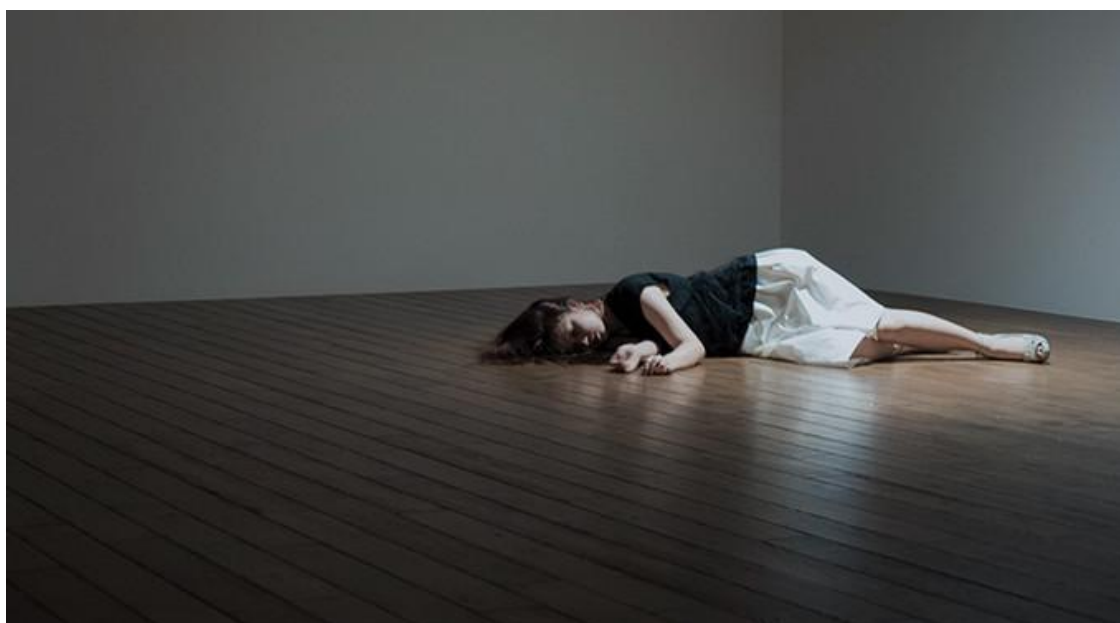
При этом частота жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы высоко положительно коррелировала с показателями шкалы тревоги ($r=0,713$, $p=0,000$). В итоге, с одной стороны, можно говорить о проблеме своеобразной гипердиагностики на этапе сбора и оценки жалоб, что на фоне особенностей актуального психологического состояния (повышенная тревожность, сниженная самооценка) пациентов «погружает» их в болезнь, с другой стороны, «списание» жалоб пациентов молодого возраста на проявления вегетативной дисфункции и переутомления является причиной несвоевременных лечебно-профилактических мероприятий и развития негативных, связанных с диспластикозависимыми состояниями или ассоциированной пато-

логией, последствий для здоровья и, в исключительных случаях, жизни.

Выводы. Выявленные особенности субъективного статуса пациентов с ДСТ, а именно обилие жалоб, их неспецифичность в отношении объективно выявляемых кардиоваскулярных проявлений ДСТ, в сочетании с установленными негативными тенденциями в психоэмоциональном статусе (по данным госпитальной шкалы (HADS) наличие тревоги, депрессии, субклинические и клинические проявления), указывают на вероятность в части случаев расстройств соматоформного типа, что следует принимать во внимание в процессе диагностического поиска.

Литература

1. Викторова, И. А. Методология курации пациентов с дисплазией соединительной ткани семейным врачом в аспекте профилактики ранней и внезапной смерти : дис. ...д-ра мед. наук : 14.00.05, 14.00.15 / Викторова Инна Анатольевна. – Омск, 2005. – 432 с.
2. Кадурина, Т. И. Дисплазия соединительной ткани : руководство для врачей / Т. И. Кадурина, В. Н. Горбунова. – Санкт-Петербург : Элби-СПб, 2009. – 704 с.
3. Калягин, В. А. Логопсихология : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / В. А. Калягин, Т. С. Овчинникова. – Москва : Академия, 2006. – 320 с.
4. Кардиоваскулярная профилактика. Национальные рекомендации // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2011. – № 10 (6), прил. 2. – С. 1-64.
5. Мельникова, С. А. Психологическое состояние больных ахондроплазией / С. А. Мельникова, А. В. Попков, В. И. Шевцов // Ахондроплазия: руководство для врачей. – Москва, 2001. – С. 303-332.
6. Наймушина, А. Г. Психоэмоциональный стресс / А. Г. Наймушина. – Тюмень : Издательство ТюмГНГУ, 2009. – 144 с.
7. Национальные рекомендации Российского научного медицинского общества терапевтов по диагностике, лечению и реабилитации пациентов с дисплазией соединительной ткани / Мартынов А.И., Нечаева Г.И., Акатова Е.В. и др. // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2016. – Т. 11. № 1. – С. 2-76.
8. Холмогорова, А. Б. Соматизация: современные трактовки, психологические модели и методы психотерапии. Часть 1. / А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гараян. // Современная терапия психических расстройств. – 2008. – № 2. – С. 31-35.
9. Яковлев, В. М. Кардиореспираторные синдромы при дисплазии соединительной ткани / В. М. Яковлев, Г. И. Нечаева. – Омск : ОГМА, 1994. – 217 с.



ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НА ФОНЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Нечаева Г.И.¹, Друк И.В.¹, Карловская Н.Н.²

¹ ФГБОУ ВО ОмГМУ МЗ РФ, кафедра внутренних болезней и семейной медицины ДПО, Омск

² ФГБОУ ВО «ОмГУ им. Ф.М. Достоевского», кафедра общей психологии

profnechaeva@yandex.ru

Аннотация. В статье представлены результаты простого одномоментного исследования тревожности и невротических расстройств в группе пациентов с бронхиальной астмой, ассоциированной с дисплазией соединительной ткани, с применением шкалы самооценки и опросника для выявления невротических нарушений. Установлено, что пациенты, страдающие БА, ассоциированной с выраженной формой дисплазии соединительной ткани, отличаются наибольшей распространенностью высокой личностной тревоги, большей частотой выявления невротической депрессии, большей выраженностью вегетативных нарушений, что сочетается с большей частотой обострений БА.

Ключевые слова. Дисплазия соединительной ткани, бронхиальная астма, реагирование на болезнь, алекситимия, тревога, невротические нарушения.

THE PSYCHOLOGICAL STATUS OF PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA ON THE BACKGROUND OF CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA

Nechaeva G.I., Druk I.V., Karlovskaya N.N.

Abstract. The article presents the results of a simple one-step study of anxiety and neurotic disorders in the group of patients with bronchial asthma (BA) associated with connective tissue dysplasia, using a self-assessment scale and a questionnaire to identify neurotic disorders. It was found that patients suffering from BA associated with a pronounced form of connective tissue dysplasia are characterized by the highest prevalence of high personal anxiety, greater frequency of neurotic depression, greater severity of vegetative disorders, which is combined with a greater frequency of exacerbations of BA.

Keywords. Connective tissue dysplasia, bronchial asthma, disease response, alexithymia, anxiety, neurotic disorders.

Введение. Бронхиальная астма (БА) – гетерогенное заболевание, в патогенезе которого определенную роль играет тесное взаимодействие соматических и нервно-психических факторов. Многими исследователями установлено, что особенности психологического профиля больных БА могут обуславливать более выраженное снижение показателей функции легких, низкий комплаенс, более тяжелое течение БА. Изучение психических нарушений больных БА выявило широкий спектр психопатологических феноменов непсихотического уровня, от неспецифических расстройств до оформленных тревожных и депрессивных состояний и, в части случаев, проявлений психоорганического синдрома [2,10]. Закономерным следствием психологического дистресса является ограничение социальной активности, ухудшение качества жизни и значительное снижение социальной адаптации. Наконец, от особенностей психологического статуса пациента зависит субъективная интерпретация дыхательной дисфункции. **Цель исследования:** изучить уровень тревожности и невротические нарушения у больных БА, ассоциированной с ДСТ.

Материалы и методы: В простое одномоментное исследование в соответствии с критериями включения (амбулаторные больные с ранее установленным диагнозом БА, способные адекватно оценивать свое состояние, умеющие пользоваться пикфлоуметром, находящиеся в

фазе ремиссии БА, имеющие признаки ДСТ) и исключения (наличие других хронических легочных и сердечно-сосудистых заболеваний; респираторной инфекции; черепно-мозговой травмы в анамнезе; систематическое и/или эпизодические применения препаратов, не входящих в стандарты лечения БА, и потенциально способных повлиять на результаты исследования (трициклические антидепрессанты, бензодиазепины), а так же препаратов группы метилксантинов; курение) были включены 94 пациента, страдающих БА и имеющие признаки ДСТ, распределенные в зависимости от выраженности ДСТ на две группы. В первую группу (группа I) вошли 62 больных БА с маловыраженной формой ДСТ (МДС) (мужчин 26; средний балл по диагностическим таблицам ДСТ [9] - $21,20 \pm 1,13$, средний возраст - $27,45 \pm 7,96$ лет, средняя длительность БА - $12,53 \pm 6,77$ лет). Вторая группа была представлена 32 пациентами, страдающими БА, из которых 30 человек с выраженной формой ДСТ (ВДСТ) (93,8%; средний балл по диагностическим таблицам ДСТ - $65,19 \pm 9,33$) и 2 пациента (6,2%) с синдромом Марфана (мужчин 18; средний возраст - $27,81 \pm 8,41$ лет, средняя длительность БА - $13,16 \pm 6,95$ лет). Группа сопоставления I была представлена 30 больными БА (мужчин 17; средний возраст - $28,4 \pm 8,53$ лет, средняя длительность БА - $13,10 \pm 7,26$ лет). Группа сопоставления II была сформирована из 20 пациентов с МДС (мужчин 8; средний балл по диагностическим таблицам

ДСТ составил $20,09 \pm 2,11$; средний возраст - $29,1 \pm 5,83$ лет). В качестве контрольной группы было обследовано 37 практически здоровых добровольцев (мужчин 16; средний возраст в группе - $29,10 \pm 6,51$ лет). Тревожность оценивалась по шкале самооценки (ШС) по методике Ч.Д. Спилбергера, адаптированной Ю.Л. Ханиным. Для выявления и оценки невротических нарушений использовался опросник, разработанный Д.М. Менделевичем и К.К.Яхиным [7]. Статистическая обработка материалов осуществлялась с использованием пакетов программы «SPSS for Windows v.10.0.5». Статистическая обработка осуществлялась с использованием заключения о линейных контрастах по Шеффе и LSD-критерий; критерия Ньюмена-Кейлса, t-критерия для связанных выборок; корреляционного анализа Пирсона; метода Краскела-Уоллиса с расчетом критерия, скорректированного при наличии связей Н'; метода Данна с расчетом критерия Q; корреляционного анализа Спирмена или Кендалла (в зависимости от характеристик шкал измерений) с расчетом коэффициентов (r_s и τ , соответственно); анализ таблиц сопряженности (χ^2 , двусторонний вариант точного критерия Фишера); медианный одновыборочный критерий. Достаточным считался уровень значимости $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение. Оценка симптомов, объема лекарственной терапии необходи-

мой для поддержания адекватного контроля заболевания позволил определить степень тяжести БА и продемонстрировала сопоставимость сравниваемых групп. Интермиттирующее течение регистрировалось в 8,06 % (5/62), 9,37% (3/32) и 10,0% (3/30) случаев в группах I, II и сопоставления, соответственно. Легкое персистирующее течение отмечено у 24,19% (15/62), 25,0% (8/32) и 26,67% (8/30) больных; персистирующее течение средней тяжести - у 59,68% (37/62), 59,38 % (19/32), 56,67 % (18/30) больных; тяжелое персистирующее течение - у 8,06 % (5/62), 6,25% (2/32), 6,67 % (2/30) больных в группах I, II и сопоставления, соответственно. Во всех группах несколько преобладала БА персистирующего течения средней степени тяжести. Все пациенты находились в фазе ремиссии заболевания. Группы были сопоставимы по степени хронической дыхательной недостаточности: дыхательная недостаточность 1 степени регистрировалась у 22,58% (14/62), 25,0% (8/32), 26,67% (8/30) пациентов в группах I, II и сопоставления, соответственно. Хроническая дыхательная недостаточность II или III степени не была выявлена ни у одного пациента.

Анализ показателей уровня ЛТ и РТ (табл. 1) продемонстрировал наличие значимых различий между группами (соответственно, $H' = 38,734$; $\alpha = 0,05$ и $H' = 26,949$; $\alpha = 0,05$).

Таблица 1

Характеристика уровней реактивной и личностной тревожности, М

Тревожность	Группа I	Группа II	Группы сопоставления		Группа контроля
			Группа I	Группа II	
Личностная	49,20	57,28	46,60	39,05	37,29
Реактивная	42,80	48,10	43,00	39,00	38,00

Показатели уровня ЛТ больных БА (группы I, II, группа сопоставления I) достоверно превышали таковой пациентов группы контроля (табл.2), согласуясь с результатами многих исследований [1,3,4]. Показатели уровня ЛТ больных группы I, не отличались достоверно от уровня ЛТ в группах сопоставления. При этом показатель ЛТ в группе II был значимо выше такового в группе I, группах сопоставления. Данный факт, вероятно, является отражением значимости выраженных диспластикозависимых изменений для формирования психологического профиля пациента. Вероятно, при ВДСТ в основе формирования такой относительно устойчивой индивидуальной характеристики, как ЛТ, могут находиться эмоциональные переживания наличия фенов ДСТ, которые зачастую расцениваются пациентами как косметические дефекты и, как известно, вызывают неадекватно тяжелые психологические реакции особенно в детском, подростковом и юношеском возрасте [6].

Кроме того, многочисленные клинические проявления дисфункции автономной нервной системы, выявляемого при ДСТ уже в препубертате, закономерно вызывают неспецифические реакции, в частности, тревожного ряда, которые, в свою очередь, реализуются вегетативным дисбалансом, замыкая порочный круг. Показатели РТ у больных групп I, II и группы сопоставления I не различались статистически значимо, но были более высокими в сравнении с уровнем РТ представителей группы контроля. Факт отсутствия различий в уровне РТ между группой больных БА без ДСТ (группа сопоставления I) и группой пациентов с МДСТ, не страдающих БА (группа сопоставления II), косвенно подтверждает значимость ДСТ. Это позволяет рассматривать и БА и ДСТ, даже не сочетающихся с другим хроническим заболеванием или патологическим состоянием, как источник ситуационного напряжения, беспокойства и нервозности. В то же время отсутствие достоверных различий в уровне РТ между группами больных БА, ассо-

цированной с ДСТ (группы I, II), и группой больных БА без диспластического фона, вероятно, свидетельствует, что формирование РТ не

сводится к простой сумме эмоциональных аффектов на БА и ДСТ.

Таблица 2

Уровни значимости p и величины критерия Q для сравнения средних величин уровня ЛТ и РТ

Группы		№2		№3		№4		№5	
№1	Q	2.815	2.574	0.544	0.300	1.863	1.262	3.945	3.090
	p	<0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	<0.01	<0.01
№2	Q			2.888	1.942	3.830	3.105	5.933	4.980
	p			<0.05	>0.05	<0.01	<0.05	<0.01	<0.01
№3	Q					1.240	1.356	2.843	2.885
	p					>0.05	>0.05	<0.05	<0.05
№4	Q							0.587	0.389
	p							>0.05	>0.05
Шкалы		ЛТ	РТ	ЛТ	РТ	ЛТ	РТ	ЛТ	РТ

Примечания: №1 – группа I; №2 – группа II; №3 – группа сопоставления I; №4 – группа сопоставления II; №5 – группа контроля.

При сопоставлении относительной величины частоты высокого уровня ЛТ в группах (рис. 1) было обнаружено, что доля пациентов с такой относительно устойчивой индивидуальной характеристикой в группах больных БА, протекающей на фоне ДСТ, статистически значимо была выше таковой в группе контроля

($p < 0,001$). В группе II относительная величина частоты высокой ЛТ была достоверно больше таковой в группе сопоставления I ($p < 0,001$), группе сопоставления II ($p < 0,01$). Между группами I и II по указанному признаку не обнаруживалось статистически значимых различий.

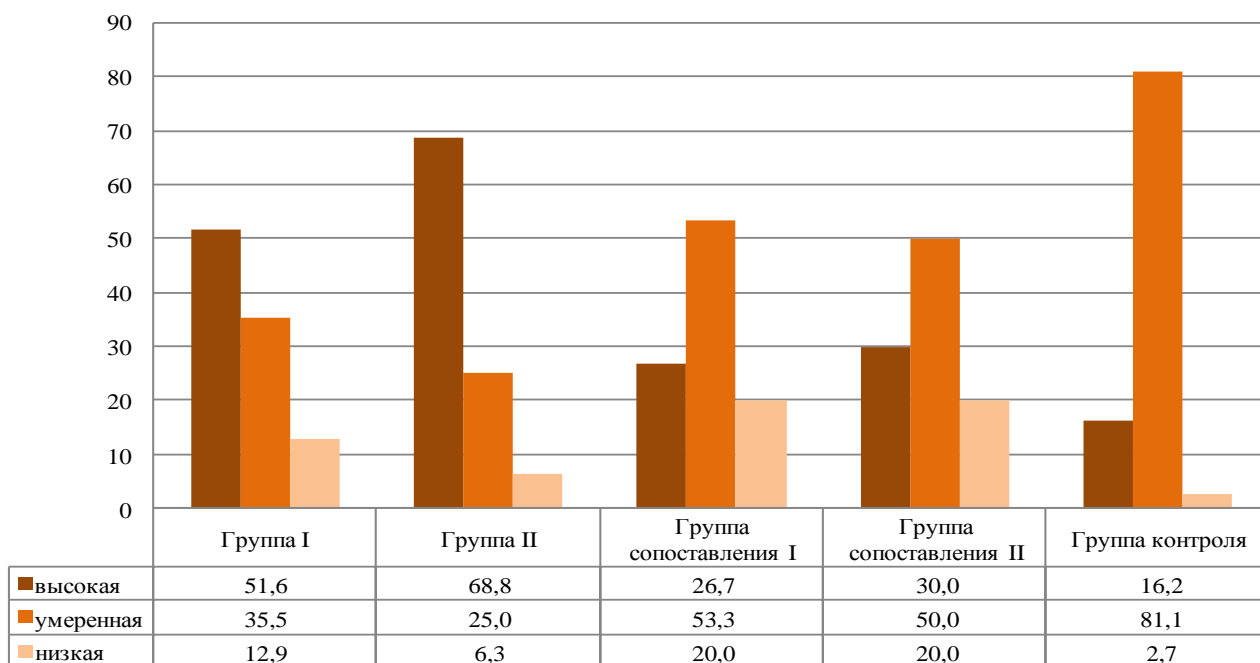


Рис. 1 Распределение обследованных в зависимости от уровня личностной тревожности

Доли высокотрещовных пациентов в группах сопоставления не различались при сравнении с группой практически здоровых лиц. Доли пациентов с умеренным уровнем ЛТ, характеризующим некую адаптивную тревожность, во всех группах больных БА (группе I, II и

группе сопоставления I) и группе сопоставления II была достоверно меньше, чем в группе контроля ($p < 0,001$, $p < 0,001$, $p < 0,05$ и $p < 0,05$ соответственно). Кроме того, доля пациентов с «полезной» ЛТ в группе II была значимо ниже таковой в группе больных БА, не имеющих при-

знаков ДСТ ($p < 0,05$). Таким образом, в группе больных БА, ассоциированной с ВДСТ, тревожность чаще носит дезадаптивный характер, согласуясь с высказанным ранее предположением о роли ДСТ в формировании ЛТ. Обращает на себя внимание тот факт, что не было обнаружено статистически значимых различий в распределении пациентов по уровню тревожности между больными БА, ассоциированной с МДСТ, и пациентами с МДСТ без сопутствующего хронического заболевания. Это так же не противоречит предположению о том, что в формировании готовности к реакциям тревожного типа может участвовать эмоциональный ответ на присутствие фенов ДСТ.

Для исследования актуального психического состояния в данный конкретный момент времени оценивался уровень реактивной (ситуационной) тревожности, или собственно тревоги, проявляющейся озабоченностью, нервозностью, субъективными ощущениями беспокойства, мрачных предчувствий и напряжением. При сопоставлении величины частоты высокого уровня РТ в группах (рис. 2) было выявлено, что доля высокотревожных пациентов в группах больных БА была достоверно больше, чем соответствующий показатель в группе контроля ($p < 0,001$), что соответствует результатам многих исследований [6, 7, 8].

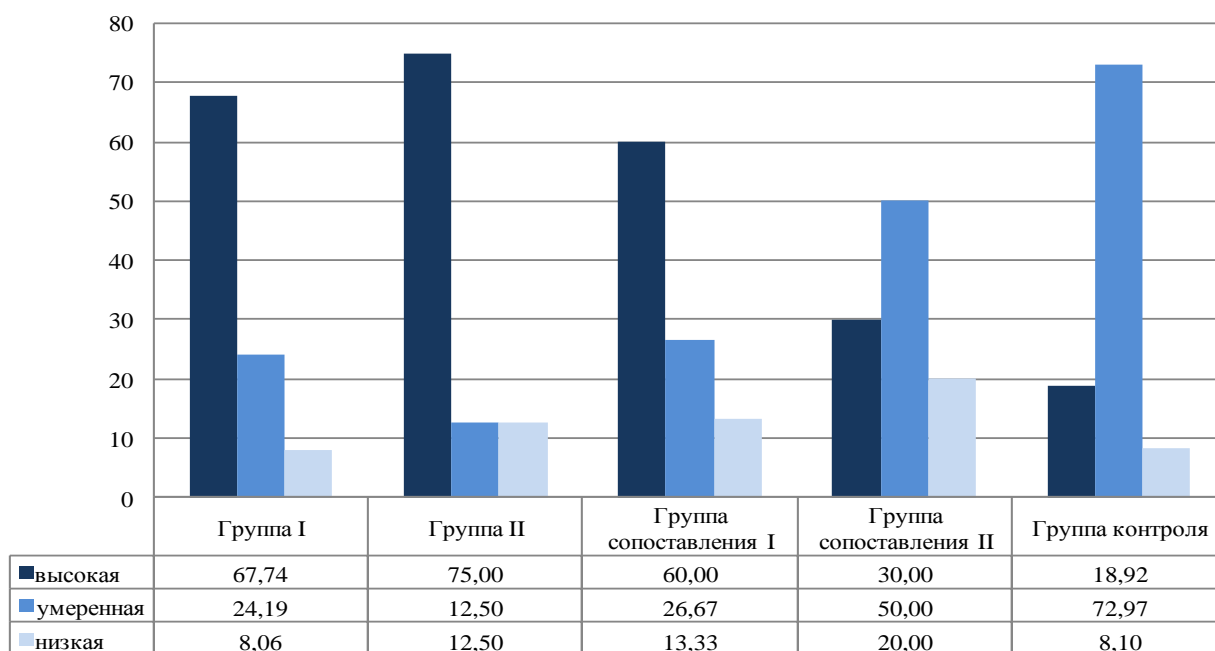


Рис. 2. Распределение обследованных в зависимости от уровня реактивной тревожности

Кроме того, в группах I, II и группе сопоставления I доля высокотревожных пациентов была значимо больше, чем в группе сопоставления II ($p < 0,01$, $p < 0,01$ и $p < 0,05$ соответственно). При этом доля умеренной РТ, не приводящей с существенной дезадаптацией, в группах пациентов, страдающих БА, была статистически достоверно меньше таковой в группе контроля ($p < 0,001$). Относительная величина частоты умеренной РТ в группе II была достоверно меньше таковой в группе сопоставления I ($p < 0,001$). Не было обнаружено значимых различий между группами больных БА с ДСТ ($p > 0,05$), а так же между группой сопоставления I и группой сопоставления II ($p > 0,05$). Статистически достоверно не различались группы сопоставления II и контроля ($p > 0,05$). В группе сопоставления I и в группе контроля выявлялась значимая умеренная прямая корреляция между уровнями ЛТ и РТ (соответственно,

$r_s = 0,376$; $p < 0,05$; $r_s = 0,654$; $p < 0,05$). Это подтверждает существующее представление, что высокий уровень ЛТ характеризует пациентов как склонных воспринимать достаточно большой диапазон ситуаций угрожающими их самооценке, самоуважению и престижу и реагировать на эти ситуации проявлением состояния тревожности. В то же время во всех группах пациентов с ДСТ анализ корреляционных взаимодействий не выявил статистически достоверной связи между уровнем РТ и ЛТ (группа I: $r_s = 0,152$; $p > 0,05$; группа II: $r_s = 0,183$; $p > 0,05$; группа сопоставления II: $r_s = 0,035$; $p > 0,05$). Возможно, у пациентов с ДСТ в ситуациях фрустрации тревога может подавляться, реализуясь в соматическом аспекте. Кроме того, механизм блокирования эмоциональных переживаний может способствовать хронизации соматических реакций [8].

Учитывая, что реакции тревожного ряда являются одним из неспецифических путей ста-

новления психосоматических взаимоотношений при внутренней патологии, мы провели анализ некоторых общих характеристик течения БА в группах в зависимости от уровня ЛТ. Ни в одной из групп больных БА не определялись различия в длительности заболевания между пациентами с разными уровнями ЛТ (в группе I $H'=4,54$, $p>0,05$; в группе II $H'=2,63$, $p>0,05$; в группе сопоставления I $H'=4,49$, $p>0,05$). При сопоставлении количества госпитализаций по поводу обострения БА пациентов с разными уровнями ЛТ определены статистически значимые различия во всех группах ($H'=25,02$, $p<0,05$; $H'=9,42$, $p<0,05$; $H'=14,09$, $p<0,05$ соответственно). Линейной зависимости между уровнем ЛТ и частотой обострений, требующих госпитализаций ни в одной из групп не было выявлено ($p>0,05$). Количество обострений, требующих госпитализаций, было достоверно выше во всех группах у пациентов с высокой ЛТ, в сравнении с пациентами, имеющими умеренную тревожность (в группе I – $Q=4,91$, $p<0,01$; в группе II – $Q=3,03$, $p<0,01$; в группе сопоставления I – $Q=3,29$, $p<0,01$). Это подчеркивает определенный адаптивный характер умеренной ЛТ и дезадаптивность высокой ЛТ, реализация которой может способствовать обострению БА, фиксации астматических симптомов и ухудшению контроля заболевания. Учитывая полученные данные о более высоком уровне ЛТ в группе II, можно заключить, что высокая ЛТ может быть одной из причин ухудшения контроля БА у этой категории пациентов. В группе больных БА без диспластического фона определялась достоверная умеренная прямая корреляция между количеством госпитализаций по поводу обострения БА и уровнем РТ ($\tau=0,305$, $p<0,05$), а так же между уровнем РТ и тяжестью заболевания ($\tau=0,412$, $p<0,05$). Это может, с одной стороны, отражать

закономерное влияние соматического неблагополучия на актуальное эмоциональное состояние, а с другой, свидетельствовать о значимости нервно-психических факторов в возникновении обострений заболеваний. В то же время в группах I и II аналогичных зависимостей не определялось, что может указывать на присутствие других факторов, влияющих на частоту обострений БА либо на формирование РТ. Спектр ситуаций, провоцирующих реакции тревожного ряда, может выходить за пределы психологического реагирования на заболевание, включая, в частности, эмоциональное переживание наличия фенотипических признаков ДСТ.

Как эмоция, направленная в будущее, тревога функционально несет охранительную и мотивационную роль [8], но если интенсивность и длительность тревоги неадекватны ситуации, это препятствует формированию адаптивного поведения и ведет к нарушениям поведенческой интеграции. Традиционно считается, что повышенный уровень тревожности способствует нарушениям психической адаптации человека в условиях фрустрации, вследствие этого являясь ответственным за большую часть невротических расстройств. Для выявления и оценки невротических состояний у больных БА, ассоциированной с ДСТ, были проанализированы диагностические коэффициенты клинического опросника К.К. Яхина и Д.М. Менделевича. Анализ показателей (табл. 2) продемонстрировал наличие статистически значимых различий между группами по шкале тревоги ($H'=47,833$; $p<0,001$), шкале невротической депрессии ($H'=13,324$; $p<0,01$), шкале астении ($H'=15,364$; $p<0,001$), шкале истерического типа реагирования ($H'=15,880$; $p<0,01$), шкале вегетативных нарушений ($H'=37,274$; $p<0,01$).

Таблица 2

Величины диагностических коэффициентов обследованных по шкалам невротических расстройств в сравнении с нормальными показателями

Шкалы	Группа I	Группа II	Группы сопоставления		Группа контроля
			Группа I	Группа II	
Тревоги (ШТ)	-1,97 **	-2,46 **	-1,68 **	-1,68 **	-0,19*
Невротической депрессии (ШНД)	-0,87*	-1,35 **	-0,59*	0,89*	1,45*
Астении (ША)	1,21 *	1,73 *	1,86 *	-1,41 **	1,94*
Истерического типа реагирования (ШИТР)	1,27 *	1,52 *	-0,28 *	1,63 *	2,03*
Обсессивно-фобических расстройств (ШОФР)	0,94 *	0,79 *	1,39 *	1,37 *	2,48*
Вегетативных нарушений (ШВН)	-1,31**	-2,35**	-1,39**	-1,71**	1,55*

* - $p>0,05$; ** - $p<0,025$ (сравнение с нормальным показателем)

Средние значения по ШТ в группах больных БА и группе с МДСТ находились за пределами нормального диапазона, отражая присутствие в психологическом профиле пациентов такого феномена, как невротическая тревога. Соответствующие показатели в этих группах были достоверно ниже в сравнении с показателями ШТ в группе контроля (группа I - $Q=7,390$, $p<0,01$; группа II - $Q=7,205$, $p<0,01$; группа сопоставления I - $Q=3,687$, $p<0,01$; группа сопоставления II - $Q=4,809$, $p<0,01$).

Кроме того, средняя величина диагностического коэффициента по ШТ в группах I и II, была статистически значимо ниже показателя в группе пациентов, страдающих БА без ДСТ ($Q=2,924$, $p<0,05$ и $Q=2,830$, $p<0,05$, соответственно), указывая на большую выраженность расстройства у больных БА, протекающей на фоне ВДСТ и МДСТ, что соотносится с имеющимися данными о повышенной тревожности пациентов с ДСТ [9]. По ШНД средние величины диагностических коэффициентов в группе I, группе II и группе сопоставления I (группы больных БА) были значимо меньше соответствующего показателя в группе контроля ($Q=4,024$, $p<0,01$; $Q=4,434$, $p<0,01$; $Q=2,694$, $p<0,05$, соответственно). Кроме того, показатель по ШНД в группах больных БА, ассоциированной с ДСТ, был достоверно ниже показателя группы лиц, имеющих признаки МДСТ и не страдающих БА ($Q=3,045$, $p<0,05$; $Q=3,570$, $p<0,01$, соответственно, для группы I и II). Не отмечалось статистически значимых различий по указанному признаку между группами больных БА с ДСТ ($Q=1,077$, $p>0,05$), между группой сопоставления I и группами I ($Q=0,784$, $p>0,05$) и II ($Q=1,434$, $p>0,05$). По ША наиболее низкий показатель был зарегистрирован в группе сопоставления II, достоверно отличающийся от средних величин диагностических коэффициентов астенических реакций пациентов остальных групп и значимо отличающийся от нормы ($p<0,05$), что согласуется с имеющимися литературными данными об астеничности пациентов с ДСТ [9]. Это может служить отражением становления неспецифического пути развития психосоматических взаимодействий при ДСТ, не сопровождающейся выраженной сопутствующей патологией, и примером формирования психического истощения, связанного с вегетативной напряженностью, являющейся, в свою очередь, одним из облигатных признаков ДСТ [9]. Вероятно, присоединение к маловыраженному диспластическому фону хронического заболевания, в частности, БА, может способствовать разворачиванию, усложнению соматогенных неврастеноподобных расстройств с формированием тревого или невротической депрессии, на что указывали результаты тестирования по ШНД и ШТ в группе I. По ШИТР самый низкий показатель выявлен в группе сопоставления I, значимо отличающийся от соответствующих показате-

лей всех остальных групп. При этом не определялось статистически достоверных различий между группой контроля и группами II, сопоставления II. Вместе с тем, в группе I и группе сопоставления I отмечена тенденция актуализации истерических черт личности с нарастанием уровня РТ ($\tau=-0,395$, $p<0,01$; $\tau=-0,272$, $p<0,05$, соответственно). В группе II значимой корреляционной связи между указанными параметрами не выявлялось. Анализ средних величин суммарных диагностических коэффициентов по ШВН продемонстрировал достоверное отличие от нормального показателя в группах I, II и сопоставления I и II, отражающее присутствие клинических проявлений вегетативного дисбаланса как у больных БА с наличием диспластического фона либо без такового, так и у лиц, имеющих фенотипические признаки МДСТ, но не страдающих БА. Показатели в указанных группах были статистически значимо ниже, чем в группе контроля, значимо не различаясь между собой ($p<0,05$). При этом в группе I выявлена достоверная слабая прямая корреляционная связь между величинами суммарных диагностических коэффициентов по ШТ, ШНД и величиной показателя ШВН (соответственно, $\tau=0,214$, $p<0,05$; $\tau=0,228$, $p<0,05$). В группе II выявлялась та же закономерность, но связь была несколько более значима (соответственно, $\tau=0,335$, $p<0,05$; $\tau=0,288$, $p<0,05$). В группе сопоставления I отмечена статистически достоверная сильная положительная корреляционная связь между величинами показателей по ШТ и ШВН ($\tau=0,930$, $p<0,05$). Это подчеркивает взаимосвязь эмоционально-личностных изменений и вегетативной дисфункции в структуре единого психовегетативного синдрома [5]. Между группами значимые различия средних значений суммарных коэффициентов по ШОФР не определялось ($H^2=1,259$; $p>0,05$), показатель достоверно не отличался от нормы.

Для выяснения уровня невротизации в группах были проанализированы относительные величины частоты патологических профилей по шкалам невротических расстройств. Так, уровень невротизации по ШТ значимо не различался между группами I, II, сопоставления I и сопоставления II (соответственно, 85,5%, 84,4%, 66,7% и 70,0%), достоверно превышая таковой в группе контроля (10,8%, $p<0,001$). Относительная величина частоты невротизации по ШНД была самой низкой в группе контроля (1,35%*, с поправкой Йетса), статистически значимо отличаясь от показателей во всех остальных группах ($p<0,001$). Уровни невротизации по ШНД в группах больных БА, протекающей на фоне ДСТ, не обнаруживали достоверных различий (соответственно, 61,3% и 71,9%), но были значимо выше в сравнении с группой больных БА без ДСТ (36,7%, соответственно - $p<0,05$; $p<0,01$) и группой лиц с МДСТ (25,0%, соответственно - $p<0,01$; $p<0,001$). Это может быть связано с усугублени-

ем на фоне БА характерных для пациентов с ДСТ депрессивных тенденций и формированием на фоне хронического заболевания клинически очерченной невротической депрессии. Патологический профиль по ША регистрировался достоверно чаще в группе сопоставления II (75,5%), в сравнении с группами I, II, сопоставления I и контроля (соответственно 14,5%, 18,8%, 16,7 % и 2,7%, для всех групп - $p < 0,001$). Это подтверждает приоритетность реакций астенического типа при становлении неспецифического пути развития психосоматоза у пациентов с МДСТ, неотягощенной сопутствующей патологией, наблюдаемой рядом исследователей [9]. При этом уровни невротизации в группах II и сопоставления I были значимо выше, чем в группе контроля (для обеих групп - $p < 0,05$), что свидетельствует о роли и БА, и ДСТ в формировании неспецифического психического истощения. По ШИТР наименьшие уровни невротизации отмечались в группах I (4,8%) и II (6,3%), достоверно не отличаясь от показателя группы контроля (1,35%*, $p > 0,05$), что может определяться преморбидными свойствами личности больных, отражая редкость среди этих пациентов формирования экстернального локуса контроля и характеризуя их как лиц, несклонных привлекать к себе внимание в связи с заболеванием. Возможно, это является следствием субъективной оценки пациентами некоторых, прежде всего, внешних фенотипов ДСТ как косметических дефектов с переоценкой их клинической значимости, ухудшением принятия себя и микросоциальной среды. Чаще патологический профиль по ШИТР выявлялся в группе больных БА без признаков ДСТ (36,7%) в сравнении с группой II ($p < 0,05$) и группой контроля ($p < 0,001$), что отражает повышенный уровень притязаний к значимым лицам микросоциального окружения (семья, производственный кол-

лектив и др.) и экстернальную ориентацию поведенческого контроля. Уровни невротизации по ШОФР во всех группах больных БА и группе сопоставления I были примерно одинаковы (соответственно, 16,1%, 18,8%, 16,6% и 15%), значимо отличаясь от группы контроля (1,35%*, $p < 0,05$). Оценка ШВН продемонстрировала, что у большинства пациентов во всех группах исследования регистрировались патологические показатели (в группе I - 70,9%, в группе II - 78,1%, в группе сопоставления I - 53,3%, в группе сопоставления II - 75,0%), достоверно отличающиеся от показателя группы контроля (1,35%*, $p < 0,001$). Это подтверждает результаты многих исследований, установивших наличие вегетативного дисбаланса у больных БА, пациентов с ДСТ [2,6,9]. Доля пациентов с указанной характеристикой диагностического коэффициента по ШВН в группе II была значимо больше, чем в группе больных БА без ДСТ ($p < 0,05$). Это указывает, что вегетативный дисбаланс у больных группы II может быть обусловлен присутствием, помимо БА, выраженной формы ДСТ и косвенно подтверждает нарастание клинических проявлений синдрома ВСД с увеличением степени ДСТ [2, 4, 6, 9].

Выводы. Психологический статус больных БА, протекающей на фоне ДСТ, имея общие черты с личностными особенностями больных БА без ДСТ, отличавшими этих пациентов от представителей контрольной группы, характеризовался рядом значимых особенностей, более выраженных у больных с ВДСТ. Группа пациентов, страдающих БА, ассоциированной с ВДСТ, характеризуется наибольшей распространенностью высокой личностной тревоги, большей частотой выявления невротической депрессии, большей выраженностью вегетативных нарушений, что сочетается с большей частотой обострений БА.

Литература

1. Абрамова Г.С. Психология в медицине / Г.С. Абрамова, Ю.А. Юдичи – М.: Кафедра – М, 1998. – 272 с.
2. Елисеева М.В. Роль нервно-психического механизма в формировании аллергических реакций / М.В. Елисеева // Основы аллергологии: В 2 т. / под ред. Г.Б. Федосеева. – СПб.: Норд-издат, 2001. – Т.1. – С. 116-123.
3. Жук Е.А., Мясоедова С.Е. Тревога и депрессия у женщин, страдающих бронхиальной астмой. / Е.А.Жук, С.Е. Мясоедова // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2017. –Т. 22. № 3. – С. 64-66.
4. Заложных П. Б. Клиническое течение тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с «классическими» психосоматическими заболеваниями // Молодой ученый. –2015. – №3. – С. 285-288.
5. Котова О.В., Акарачкова Е.С., Беляев А.А. Психовегетативный синдром: трудности диагностики и эффективного лечения / О.В. Котова, Е.С. Акарачкова, А.А. Беляев // Медицинский совет. –2018. –№ 21. –С. 50-55.
6. Мельникова С.А. Психологическое состояние больных ахондроплазией / С.А. Мельникова, А.В. Попков, А.А. Свешников // А.В. Попков, В.И. Шевцов «Ахондроплазия»: Рук-во для врачей. – М.: Медицина, 2001. – С. 303-332.
7. Менделевич В.Д. Клиническая медицинская психология: Практическое руководство / В.Д. Менделевич – М.: Медпресс, 1998. – 542 с.
8. Менделевич В.Д. Неврология и психосоматическая медицина. / В.Д. Менделевич, С.Л. Соловьева – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 607 с.
9. Национальные рекомендации Российского научного медицинского общества терапевтов по диагностике, лечению и реабилитации пациентов с дисплазией соединительной ткани / Мартынов А.И., Нечаева Г.И., Акатова Е.В. и др. // Медицинский вестник Северного Кавказа. –2016. –Т. 11. № 1. – С. 2-76.
10. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению бронхиальной астмы. Российское респираторное общество, Педиатрическое респираторное общество. // М., 2016. Доступно по: www.spulmo.ru

АЛЕКСИТИМИЯ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НА ФОНЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Друк И.В.

ФГБОУ ВО ОмГМУ МЗ РФ, кафедра внутренних болезней и семейной медицины ДПО, Омск

drukinna@yandex.ru

Аннотация. В статье представлены результаты простого одномоментного исследования распространенности алекситимии в группе пациентов с бронхиальной астмой, ассоциированной с дисплазией соединительной ткани. Установлено, что у пациентов, страдающих БА на фоне дисплазии соединительной ткани, феномен алекситимии выявляется с высокой частотой, ассоциируется с большей частотой тяжелых обострений заболевания и не влияет на частоту развития гипервентиляционного синдрома.

Ключевые слова. Дисплазия соединительной ткани, бронхиальная астма, алекситимия.

ALEXITHYMIA IN PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA ON THE BACKGROUND OF CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA

Druk I.V.

Abstract. The article presents the results of a simple one-step study of the prevalence of alexithymia in the group of patients with bronchial asthma associated with connective tissue dysplasia. It was found that in patients suffering from AD on the background of connective tissue dysplasia, alexithymia is detected with a high frequency, associated with a higher frequency of severe exacerbations of the disease and does not affect the frequency of hyperventilation syndrome.

Keywords. Connective tissue dysplasia, bronchial asthma, alexithymia.

Введение. Бронхиальная астма (БА) представляет собой классический пример психосоматического заболевания, в основе которого лежат как физиологические, так и психологические причины. В качестве одного из возможных психологических факторов риска психосоматических расстройств рассматривается алекситимия, способная, кроме того, влиять на течение и контроль соматических заболеваний. Для пациентов с наличием алекситимических черт личности характерно особое сочетание эмоциональных, когнитивных и личностных проявлений, отличающих их от прочих лиц.

Цель исследования: изучить распространенность алекситимии у больных БА, ассоциированной с ДСТ.

Материалы и методы: В простое одномоментное исследование в соответствии с критериями включения (амбулаторные больные с ранее установленным диагнозом БА, способные адекватно оценивать свое состояние, умеющие пользоваться пикфлоуметром, находящиеся в фазе ремиссии БА, имеющие признаки ДСТ) и исключения (наличие других хронических легочных и сердечно-сосудистых заболеваний; респираторной инфекции; черепно-мозговой травмы в анамнезе; систематическое и/или эпизодические применения препаратов, не входящих в стандарты лечения БА, и потенциально способных повлиять на результаты исследования (трициклические антидепрессанты, бензодиазепины), а так же препаратов группы метилксантинов; курение) были включены 94 пациента, страдающих БА на фоне ДСТ, распре-

деленные в зависимости от выраженности ДСТ на две группы. Группа I - 62 больных БА на фоне маловыраженной формы ДСТ (МДС) (мужчин 26; средний балл по диагностическим таблицам ДСТ [6] - $21,20 \pm 1,13$, средний возраст - $27,45 \pm 7,96$ лет). Группа II была представлена 32 пациентами, страдающими БА, из которых 30 человек с выраженной формой ДСТ (ВДСТ) (93,8%; средний балл по диагностическим таблицам ДСТ - $65,19 \pm 9,33$) и 2 пациента (6,2%) с синдромом Марфана (мужчин 18; средний возраст - $27,81 \pm 8,41$ лет). Группа сопоставления I была представлена 30 больными БА (мужчин 17; средний возраст - $28,4 \pm 8,53$ лет). Группы пациентов с БА были сопоставимы по характеру и длительности течения заболевания (в всех группах преобладало персистирующее течение средней тяжести, длительность БА около 12 лет). Группа сопоставления II - 20 пациентов с МДС (мужчин 8; средний балл по диагностическим таблицам ДСТ составил $20,09 \pm 2,11$; средний возраст - $29,1 \pm 5,83$ лет). Группа контроля - 37 практически здоровых добровольцев (мужчин 16; средний возраст в группе - $29,10 \pm 6,51$ лет). Выявление гипервентиляционного синдрома (ГВС) осуществлялось на основании оценки жалоб (выраженный дыхательный дискомфорт на фоне нормальной ПСВ и отсутствия хрипов при аускультации легких в сочетании с внелегочными жалобами) и клинических признаков гипервентиляции. Диагноз ГВС подтверждался при проведении капнометрии с использованием многофункционального монитора «Generra 710» (Medical Inc., США). Регистрация концентрации

СО₂ в альвеолярном воздухе (P_ACO₂) проводилась в покое. Хронический ГВС диагностировался при уровне P_ACO₂ < 35 мм рт. ст. При нормальных значения P_ACO₂, зарегистрированных в покое, проводилась проба с произвольной гипервентиляцией (ППГВ): пациенту предлагалось дышать глубоко и часто в течение 1-3-5 минут (по переносимости). Регистрацию P_ACO₂ производили на 1, 3 и 5-ой минуте восстановительного периода. Одновременно фиксировались жалобы пациента, проводилась оценка клинических симптомов, пульсоксиметрия, регистрировалась ЧДД, ПСВ. За достоверный признак ГВС принималось сохранение P_ACO₂ на уровне 30 мм рт. ст. к 3-ей минуте восстановительного периода. Для выявления алекситимических черт характера использовалась Торонтская шкала алекситимии (ТША) [4]. Статистическая обработка материалов осуществлялась с использованием пакетов программы «SPSS for Windows v.10.0.5». Статистическая обработка осуществлялась с использованием заключения о линейных контрастах по Шеффе и LSD-критерий; критерия Ньюмена-Кейлса, t-критерия для связанных выборок; корреляционного анализа Пирсона; метода Краскела-Уоллиса с расчетом критерия, скорректированного при наличии связей Н'; метода Данна с расчетом критерия Q; корреляционного анализа Спирмена или Кендалла (в зависимости от характеристик шкал измерений) с расчетом коэф-

фициентов (r_s и r, соответственно); анализ таблиц сопряженности (χ², двусторонний вариант точного критерия Фишера); медианный одновыборочный критерий. Достаточным считался уровень значимости p ≤ 0,05.

Результаты и обсуждение. В настоящее время алекситимию понимают, как психологическую характеристику индивида, характеризующуюся затруднением или полной неспособностью человека точно описать собственные эмоциональные переживания и понять чувства другого человека, трудностями определения различий между чувствами и телесными ощущениями, фиксацией на внешних событиях в ущерб внутренним переживаниям. Алекситимичным людям свойственно бесконечное описание физических ощущений, часто не имеющих связи с определенным заболеванием [3]. Используемая в нашем исследовании ТША содержит 26 вопросов с 5 вариантами ответов, сформулированными по шкале Ликерта, и подразумевает бальную оценку результатов. Тип личности трактовался как «алекситимический» при 74 баллах и выше; «неалекситимический» тип набирал 62 балла и ниже. Анализ показателей ТША в исследуемых группах продемонстрировал, что во всех группах больных БА показатели «алекситимичности» достоверно превышали таковой в группе контроля (табл.1), не обнаруживая различий между собой (p > 0,05 для всех сравниваемых групп).

Таблица 1

Характеристика показателя Торонтской шкалы алекситимии больных бронхиальной астмой

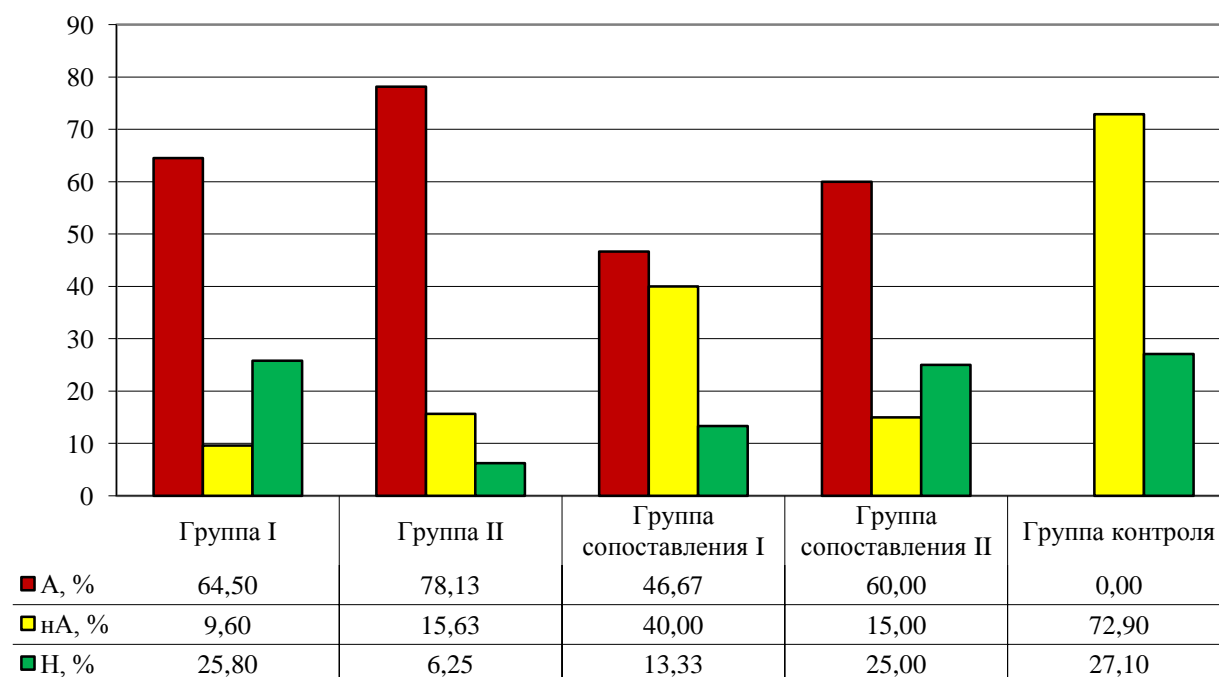
Суммарный балл	Группа I	Группа II	Группа сопоставления I	Группа сопоставления II	Группа контроля
	74,0±5,15 ^'***	74,4±4,3 *'^***	65,9±3,8 *^'***	65,0±4,8 *^'	59,1±3,9 ***^'***

* - p > 0,05 (сравнение с группой I); ^ - p > 0,05 (сравнение с группой II); ' - p > 0,05 (сравнение с группой сопоставления I); ^ - p > 0,05 (сравнение с группой сопоставления II); ^ - p > 0,05; ^ - p < 0,05; ^ - p < 0,01 (сравнение с группой контроля).

Мы проанализировали доли пациентов с алекситимическим типом личности в исследуемых группах (рис.1).

Обращает внимание, что доля алекситимиков в группе лиц с МДСТ (группа сопоставления II) так же достоверно отличалась от соответствующего показателя группы контроля, что может свидетельствовать о прямом либо опосредованном влиянии функциональных и органических диспластикозависимых изменений на формирование личностной структуры пациентов. Возможно, в соответствии с современными теориями генеза алекситимии, последнюю следует рассматривать как «вторичный» феномен на фоне предшествующих диспластикозависимых изменений, обуславливающих сложный комплекс психоэмоциональных реакций как самого пациента, так и его микроокружения [3].

Кроме того, относительная величина частоты алекситимического профиля личности больных БА, протекающей на фоне ВДСТ, была статистически значимо больше, чем в группе сопоставления I. Вероятно, клинически рано проявляющиеся фены выраженной формы ДСТ, имеющие значение в формировании родительско-детских отношений по типу гиперопеки, директивного навязывания больному "инвалидного" стиля жизни, в возникновении генерализованной наученной беспомощности, в становлении тревожно-депрессивного фона у пациентов с ДСТ, могут играть определенную роль в генезе алекситимии. Неалекситимический профиль определялся достоверно реже во всех группах больных БА и группе сопоставления II в сравнении с группой контроля.



Примечания: А- алекситимический тип личности; nА – неалекситимический тип личности; Н – неопределенная оценка

Рисунок 1 Относительные величины частоты профилей личности представителей исследуемых групп по признаку «алекситимия».

Феномен алекситимии диагностировался значимо чаще во всех группах больных БА в сравнении с группой практически здоровых лиц (табл. 2), что соотносится с взглядами многих исследователей, рассматривающих алекситимическое поведение как неспецифический фактор риска развития психосоматических заболеваний [2, 3,8].

Доля пациентов с неалекситимическим типом личности в группе больных БА, протекающей на фоне ВДСТ, была значимо меньше, чем в группе больных БА без диспластического фона. Неопределенная оценка выявлялась достоверно чаще в группе больных БА с МДСТ в сравнении с группами II и группой сопоставления I.

Во всех группах больных БА среднее количество обострений в течение года, требующих госпитализаций, было достоверно выше у алекситимиков в сравнении с пациентами, имеющими неалекситимический профиль личности: в группе I соответственно – 2,40 и 0,67 ($H^2=35,09$, $p<0,001$; $Q=4,26$, $p<0,01$); в группе II, соответственно – 3,17 и 1,50 ($H^2=12,64$, $p<0,01$; $Q=3,50$, $p<0,01$); в группе сопоставления I, соответственно – 1,75 и 0,43 ($H^2=13,23$, $p<0,01$; $Q=3,73$, $p<0,01$). При этом во всех группах выявлена статистически значимая сильная прямая корреляционная зависимость между величиной показателя по ТША и количеством госпитализаций в связи с обострением заболевания (в группе I - $\tau=0,743$, $p<0,01$; в группе II - $\tau=0,807$,

$p<0,01$; в группе сопоставления I - $\tau=0,752$, $p<0,01$). При этом ни в одной из групп больных БА не определялась статистически достоверная корреляционная связь между тяжестью БА и уровнем «алекситимичности», т.е. алекситимия как характеристика психического склада личности не сказывалась значимым образом на собственной степени тяжести БА, но влияла на контроль заболевания, что согласуется с результатами имеющихся исследований [1, 2, 5, 7, 9]. Алекситимики, страдающие БА, чаще переносят более тяжелые обострения заболевания, чем больные с неалекситимическим типом личности. Можно предполагать, что частота выраженных обострений может быть связана как в целом с низкой приверженностью больных с алекситимическим типом личности к лечению, так и с характерными для этих пациентов затруднениями в дифференцировании эмоциональных состояний и телесных ощущений [3,8] и, следовательно, с неадекватной оценкой собственного состояния, ведущей к несвоевременной коррекции медикаментозного лечения и позднему обращению к врачу.

По результатам обследования ГВС был выявлен у 47 пациентов (75,8%) группы I, у 26 пациентов (81,3%) группы II, 8 больных (26,7%) группы сопоставления I, 6 представителей (30%) группы сопоставления II. Сопоставление относительных величин частоты ГВС продемонстрировало значимые различия между обследуемыми

двумя группами (табл. 2). В группе больных БА, протекающей на фоне ВДСТ, ГВС диагностировался значимо чаще в сравнении с группой

больных БА, не имеющих диспластического фона ($p < 0,001$).

Таблица 2

Уровни значимости p для сравнения относительных величин частоты ГВС

Группы	Группа II	Группа сопоставления I	Группа сопоставления II	Группа контроля
Группа I	$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p < 0,001$	$p < 0,001$
Группа II		$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$
Группа сопоставления I			$p > 0,05$	$p < 0,01$
Группа сопоставления II				$p < 0,001$

В группах больных БА, ассоциированной с ДСТ, ГВС определялся у лиц с алекситимическим профилем и у пациентов с неалекситимическим типом личности либо с неопределенной оценкой по ТША одинаково часто. Так, в группах I и II ГВС диагностировался соответственно у 52,5% (21 пациент) и 84,0% (21 пациент) больных с наличием алекситимического радикала и у 50,0% (16 пациентов) и 85,7% (6 пациентов) лиц без такового. В группе сопоставления I ГВС выявлялся несколько чаще среди пациентов с «алекситимическим» типом личности (35,7%, 3 пациента) в сравнении с пациентами, получившими неопределенную или «неалекситимическую» оценку (18,7%, 4 пациента), но это различие было статистически не значимо ($p = 0,285$). В группе сопоставления II наблюдалась обратная тенденция, у лиц с алекситимией ГВС диагностировался несколько реже (8,3%, 1 пациент) в сравнении с лицами без алекситимии (37,5%, 3 пациента), но это различие было

так же статистически не значимо ($p = 0,153$). Ни в одной из групп не была установлена статистически достоверная корреляционная зависимость между уровнем P_{ACO_2} и итоговым баллом по ТША ($p > 0,05$), что демонстрирует отсутствие значимой связи алекситимического профиля личности с формированием гипервентиляционных нарушений и в некоторой степени противоречит существующей трактовке алекситимии как фактора риска возникновения психосоматической патологии [1, 5].

Выводы. У большинства больных БА, ассоциированной с ДСТ, выявляется алекситимический тип личности с наибольшей распространенностью среди пациентов с выраженной ДСТ. Наличие алекситимии в указанной группе пациентов ассоциируется с большей частотой тяжелых обострений БА и не влияет на частоту развития гипервентиляционного синдрома.

Литература

1. Алекситимия / В.М. Провоторов, Ю.Н. Чернов, О.В. Лышева, А.В. Будневский // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2000. - № 6. – С. 66-70.
2. Боговин Л.В. Некоторые особенности психологического портрета больных бронхиальной астмой / Л.В. Боговин // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2005. – Вып.20 – С. 26-30
3. Брель Е.Ю. Проблема изучения алекситимии в психологических исследованиях / Е.Ю. Брель // Вестник КемГУ–2012. –№3(51). – С. 173-176
4. Клиническая психология: учебник // под ред. Б.Д. Карвасарского.- СПб.: Питер. – 2002. – 959 с.
5. Маркова Е. В., Смык А. В., Вотчин И. С. Психокоррекционное воздействие при психосоматической патологии/ Е. В. Маркова, А. В. Смык, И. С. Вотчин // Концепт. – 2015. – № 03 (март). – ART 15059. – 0,5 п. л. – URL: <http://ekoncept.ru/2015/15059.htm>.
6. Национальные рекомендации Российского научного медицинского общества терапевтов по диагностике, лечению и реабилитации пациентов с дисплазией соединительной ткани /Мартынов А.И., Нечаева Г.И., Акатова Е.В. и др. //Медицинский вестник Северного Кавказа. –2016. –Т. 11. № 1. – С. 2-76.
7. Провоторов В.М. Особенности психологического статуса больных бронхиальной астмой с алекситимией / В.М. Провоторов, В.Н. Крутько, А.В. Будневский // Пульмонология. – 2000. - № 3. – С. 30-35.
8. Соложенкин, В. В. Алекситимия (адаптационный подход) и психотерапевтическая модель коррекции / В. В. Соложенкин, Е. С. Гузова // Социальная и клиническая психиатрия. – 1992. – Т. 8. – Вып. 2.
9. Dirks J.F. Alexithymia and the psychomaintenance of bronchial asthma / J.F. Dirks, S.K. Robinson, D.L. Dirks // Psychother. Psychosom. – 1981. - 36: 63-71.

СОМАТИЧЕСКАЯ КОМОРБИДНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

А.И. Петрова, О.В. Толкушкина, З.В. Кисляк, М.В. Хирвонен

*Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой»*

natalie_v_al@inbox.ru

Аннотация. В статье освещаются вопросы коморбидности соматической и психической патологии у пациентов отделений принудительного лечения специализированного типа.

Ключевые слова. Коморбидность, лечение, принудительное лечение.

SOMATIC COMORBIDITY OF PATIENTS OF PSYCHIATRIC DEPARTMENT OF FORCED TREATMENT

A.I. Petrova, O.V. Tolkushkina, Z.V. Kislyak, M.V. Hirvonen

Abstract. The questions of comorbidity of physical and psychiatric diseases in patients of specialized compulsory treatment department are discussed.

Keywords. Comorbidity, treatment of mental disorders, compulsory treatment.

Проблеме коморбидности в психиатрии последнее время уделяется большое внимание в научной литературе, что свидетельствует об актуальности данной темы [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7]. Термин "коморбидность" может быть дословно переведен как "соболезненность".

Коморбидность (лат. со - приставка со-, вместе, morbus - болезнь) - сосуществование двух и/или более синдромов (транссиндромальная коморбидность) или заболеваний (транснозологическая коморбидность) у одного пациента, патогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени (хронологическая коморбидность). Понятие коморбидности (comorbidity) впервые предложил А.Р. Feinstein в 1970 г. Он вкладывал в этот термин представление о наличии дополнительной клинической картины, которая уже существует или может появиться самостоятельно, помимо текущего заболевания и отличается от него. Коморбидность - сочетание двух или нескольких самостоятельных заболеваний или синдромов, ни один из которых не является осложнением другого, если частота этого сочетания превышает вероятность случайного совпадения. Коморбидность может быть связана с единой причиной или едиными механизмами патогенеза этих состояний, но иногда объясняется сходством их клинических проявлений, которое не позволяет четко отделить их друг от друга. Коморбидность является клинической реальностью, которая затрагивает не только психические расстройства, но и имеет значение и для соматических заболеваний. Пример коморбидности - атеросклероз и гипертоническая болезнь.

В БУЗ ОО «КПБ им. Н.Н. Солодниковой» существует 2 психиатрических отделения принудительного лечения специализированного типа

№ 3 и № 11, каждое на 55 коек. Спецификой является то, что в этих отделениях около 25% общего контингента составляют пациенты преклонного возраста часто с соматической отягощенностью, которые нуждаются в лечении не только у психиатра, но и у узких специалистов. Известно, что смертность психически больных вдвое выше, чем в населении в целом. Имеют значение сопутствующие соматические, неврологические заболевания, недостаточная медицинская помощь по месту их проживания. Продолжительность жизни психически больных на 20% меньше, чем в общей популяции, в среднем на 10 лет. Психиатр, как и терапевт, работающий в психиатрической больнице, должен иметь знания по смежным специальностям: психиатрии, неврологии, наркологии, эндокринологии, инфекционных болезней, хирургии, неотложной помощи. Вся лечебно-диагностическая работа терапевта, курирующего отделение, осуществляется в тесном контакте с заведующим отделением и лечащим врачом-психиатром. При необходимости осуществляются консультации специалистами больницы: неврологом, хирургом, дерматовенерологом, урологом, отоларингологом, стоматологом, окулистом. К работе привлекается лечебно-диагностическое отделение, которое существует в больнице: рентгенологическое, стоматологическое, ультразвукового исследования, клиническая, биохимическая и бактериологическая лаборатории, лаборатория высшей нервной деятельности и др. Широко используются возможности городского диагностического центра. Больные, трудные в диагностическом плане, осматриваются консилиумом в составе заместителя главного врача, заведующего отделением, старшего терапевта и невролога, клинического фармаколога, лечащего терапевта и

психиатра. В том же составе обсуждаются все посмертные диагнозы. В 2013 году умерших в отделении не было, летальность 0. В 2014 -2015 годах было по одному умершему; летальность 1,2. Оба умерших пациента были в преклонном возрасте, утратившими социальные связи, с тяжелой малокурабельной сосудистой патологией с полным совпадением клинического и патологоанатомического диагноза. Большое значение в уменьшении летальности имеют высокая квалификация и профессионализм врачей отделения, а также обслуживающих отделение специалистов-консультантов, реаниматологов. Большую консультативную помощь оказывает отделению клинический фармаколог больницы. Замечаний по ведению историй болезни, лечению умерших больных при анализе их летальной комиссии не было. Судебно-медицинских вскрытий в отделении не было. Основные принципы диагностики и терапии остаются неизменными применительно и к больным с психическими расстройствами. Однако, имеется ряд специфических особенностей, например:

1. По причине острого психоза, интеллектуально-мнестического снижения порой невозможно выяснить, детализировать жалобы больного, по той же причине анамнестические сведения иногда не удается получить;

2. Нередки случаи отсутствия боли даже при таких серьезных заболеваниях, как, например, прободная язва желудка и инфаркт миокарда;

3. Полученные от больных сведения могут содержать галлюцинаторный материал и трудность заключается в многосторонней интерпретации содержания ответов;

4. Отсутствие жалоб и стертость клинических проявлений многих заболеваний приводит к тому, что на первый план в клинической картине нередко выступают чаще всего астенический, гемодинамический, диспептический синдромы, отказ от еды;

5. К числу наступающих у психически больных объективных изменений, требующих вмешательства терапевта, можно отнести слабость, обмороки, рвоту, бледность, внезапную перемену в характере поведения, потерю веса, изменение походки, появление одышки, нетипичные результаты обычных диагностических результатов;

6. Как терапевту, так и психиатру, необходимо знание побочного действия психофармакологических средств.

Имеют место особенности лечения почти всех соматических заболеваний у душевнобольных людей и без знания этих особенностей, а также побочного действия психофармакологических средств невозможно правильно поставить диагноз. Каковы бы не были эти особенности, принципы диагностики и лечения соматических заболеваний остаются такими же,

как и у психически здоровых людей. В соответствии с существующим законодательством имеется полное равенство прав лиц с психическими расстройствами в получении медицинской помощи, как и у всех остальных граждан, недопустимо ограничение их прав только на основании психического диагноза. Таким образом, наличие сопутствующей патологии является клинической реальностью, которая затрагивает не только психические расстройства, но имеет значение и для соматических заболеваний.

В настоящее время имеется широкое понимание коморбидности (соболезненности), то есть сосуществование у одного пациента в определенный период двух заболеваний: соматического и психического. Понятие коморбидности (соболезненности) впервые предложено в 1970 году. В этот термин вкладывается представление о наличии дополнительной клинической картины, которая существует или может появиться самостоятельно, помимо текущего заболевания и отличается от него. Коморбидность может быть связана с единой причиной или единими механизмами патогенеза этих состояний, но иногда объясняется свойством их клинических проявлений, которое не позволяет четко отдифференцировать их друг от друга. Пример коморбидности: атеросклероз, гипертоническая болезнь и психические расстройства вследствие сосудистых заболеваний головного мозга. Различают коморбидность двух или более синдромов (трансиндромальная коморбидность), или заболеваний (транснозологическая коморбидность) у одного пациента, патогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени (хронологическая коморбидность). К настоящему времени крупномасштабные эпидемиологические исследования во многих странах и на разных уровнях организации дифференцированных популяций показали, что треть всех текущих заболеваний населения отвечает большим, чем одно расстройство диагностическим критериям. Данные многих исследований показали, что особенно важно рассматривать соболезнаемость двух и более независимых заболеваний, возникающих в течение жизни. Нами произведен анализ соматической заболеваемости пациентов, пролеченных в отделении в 2015-2018 годах. Наиболее часто встречаются заболевания пульмонологического профиля: хронические бронхиты (46,9%), ОРВИ (21,8%), пневмонии (2,3%), острый бронхит (10%), ХОБЛ (19%). Хронические бронхиты - обструктивные и необструктивные - самая распространенная форма хронических неспецифических заболеваний легких. К основным факторам риска для развития заболеваний следует отнести курение, наличие очаговых инфекций в верхних дыхательных путях, снижение реактивности организма. По поводу пневмонии пролечены в

основном пациенты с алкоголизмом, наркоманией, ослабленные пациенты, лица пожилого и старческого возраста. У пожилых больных часто пневмония протекает скрытно и на первый план выходят симптомы основного заболевания. Такие признаки, как острое лихорадочное начало, боль в грудной клетке, кашель могут отсутствовать, тоже относится и к ослабленным больным. К числу неблагоприятных факторов, способствующих развитию пневмоний можно отнести:

- гиподинамия у лиц с психическими расстройствами, которая ведет к образованию ателектаза и пассивной гиперемии легких;
- по той же причине происходит аспирация секрета ротоглотки, содержащего потенциальные возбудители пневмонии;
- лечение нейролептиками снижает кашлевой рефлекс, увеличивает риск аспирации, способствуя тем самым «застою бронхиального секрета»;
- происходит ослабление иммунных сил организма, на фоне условий, способствующих проявлению инфекции, к которым относится алкоголизм, наркомания, хронический бронхит, эмфизема легких.

Кардиологические заболевания были представлены следующими нозологическими формами: гипертоническая болезнь (35%), атеросклеротическая болезнь сердца (41%), другие формы ИБС (12%), кардиомиопатии (12%).

Гипертоническая болезнь в структуре заболеваний сердечно-сосудистой системы занимает по-прежнему первое место. Основная масса поступающих больных с артериальной гипертензией знает о своем заболевании, но лишь немногие лечатся регулярно.

У больных с атеросклеротической болезнью сердца редко присутствуют внешние признаки хронической сердечной недостаточности, но, как правило, имеют место изменения на электрокардиографии и эхокардиографии. Замечено, что больные, даже с выраженными признаками хронической сосудистой недостаточности предъявляют относительно немного жалоб, и в некоторых случаях, такое серьезное нарушение ритма как пароксизмальная тахикардия, протекает незаметно. В качестве преобладающего признака болезни может служить изменение поведения больного, на что и обращает внимание медицинский персонал. Болевой синдром у пациентов с органической патологией сердца встречается редко, чаще ощущение дискомфорта за грудиной, на что пациенты не обращают внимания. Вообще, чем серьезнее органические изменения, тем меньше жалоб они предъявляют. Постинфарктные больные, в том числе с неуточненной датой инфаркта, когда больные переносят его «на ногах» выявляются по изменениям на ЭКГ при плано-

вом обследовании в больнице. Что касается стенокардии, то количество больных возможно больше по причинам, указанным выше.

Гастроэнтерологическая патология занимает 3 место по частоте среди всех нозологических форм: хронический гастрит (57%), алкогольная болезнь печени (14%), хронический холецистит (11%), хронический гепатит (10%), ГЭРБ (5%), язвенная болезнь (3%). Хронический гастродуоденит отмечался чаще всего у лиц, злоупотребляющих алкоголем, курением, принимающих много лет психофармакологические средства, которые, как известно, обладают раздражающим действием на слизистую желудка, имеют склонность к образованию эрозий. Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки диагностируется при соответствующей клинике, однако симптомы язвы нередко вообще могут отсутствовать. Нередко анемия, которая выявляется при детальном обследовании, оказывается симптомом язвы. Язвенная болезнь у лиц пожилого и старческого возраста в сочетании с заболеваниями органов дыхания и кровообращения характеризуются медленным заживлением и частыми последующими рецидивами.

В группе хронических гепатитов лидирует алкогольный и неалкогольный гепатит, хронический вирусный гепатит «В», «С», неалкогольная болезнь печени чаще у пациентов с ожирением, сахарным диабетом или с нарушением толерантности к глюкозе. Кроме того, заболевание может быть вызвано некоторыми психофармакологическими средствами. Количество хронических вирусных гепатитов и носителей гепатита «В» и «С» год от года увеличивается, особенно у внутривенных наркоманов, достаточно часто сочетается с ВИЧ инфекцией. Количество таких пациентов в отделении к 2018 году достигло 12,5%.

Хронический холецистит чаще развивается на фоне желчнокаменной болезни, гастрита с секреторной недостаточностью, хроническим панкреатитом и другими заболеваниями органов пищеварения. Все причины, приводящие к застою желчи, как предрасполагающему фактору возникновению холециститов, присутствуют у психически больных: дискинезия желчного пузыря и желчевыводящих протоков, нарушения тонуса и двигательной функции желчных путей под влиянием различных эмоциональных стрессов, вегетативных расстройств, малоподвижного образа жизни, отказа от еды, длительного пассивного режима. Замечена большая частота безболевого течения хронических холециститов у лиц пожилого и старческого возраста, что, по-видимому, связано с изменением порога чувствительности и с ареактивностью организма. Основанная масса больных с хроническим панкреатитом приходится на алкогольный панкреатит.

Из нефрологической патологии встречались: хронический пиелонефрит (31%), доброкачественная гиперплазия предстательной железы (22%), нейрогенная дисфункция мочевого пузыря (29%), нефропатия (2%), инфекция мочевых путей (12%), острый цистит (4%). У пожилых людей диагностика хронического пиелонефрита затруднена из-за скудности симптоматики, артериальная гипертензия нередко является единственным симптомом заболевания. Имеет место сочетание хронического пиелонефрита с мочекаменной болезнью. У лиц с функциональными расстройствами, а также в период повышенного нервного напряжения встречается протеинурия.

Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря и нефропатии являются следствием побочного действия психотропных средств. В клинике заболевания преобладают поллакиурия, никтурия, единичные случаи острой задержки мочи.

Особую группу составляют больные с развившимся на фоне лечения побочными реакциями психотропных препаратов. Самым распространенным является вегетососудистый синдром в виде гипотонии, тахикардии, отклонений по электрокардиограмме, нарушений водного обмена.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

1. Коморбидность встречается часто, особенно у пожилых.
2. Коморбидность не однородна (слу-

чайная, причинная, осложненная, неуточненная).

3. Коморбидность увеличивает тяжесть состояния и ухудшает прогноз.

4. Коморбидность следует учитывать при диагностике болезней.

5. При коморбидных заболеваниях следует уточнять объем и спектр лечебно-реабилитационных мероприятий.

6. При лечении нескольких болезней требуется сочетаемость препаратов.

7. Коморбидные болезни увеличивают затраты экономических ресурсов.

8. Наличие коморбидной соматической патологии значительно повышает риск развития побочных эффектов психофармакотерапии.

9. Пациенты с коморбидной патологией имеют более низкий комплаенс.

10. Необходимо расширять исследования коморбидности.

11. Важна оптимальная стратегия ведения коморбидных болезней (последовательная, параллельная).

12. В рекомендации целесообразно включать разделы коморбидности (рекомендации, ориентированные на болезнь, на врача, на пациента).

Так как лечение психически больных с сопутствующей патологией требует дополнительных средств на их обследование и лечение, необходимо добиваться участия психиатрической больницы в системе ОМС.

Литература

1. Задорожная О.В., Дроздовский Ю.В. Особенности адаптации и качества жизни пациентов с шизофренией, страдающих хроническим вирусным гепатитом // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 1 – С. 70
2. Задорожная О.В., Дроздовский Ю.В. Качество жизни больных шизофренией с сопутствующим вирусным гепатитом // Омский научный вестник. – 2012. – № 1 – С. 85-88.
3. Халикова А.Р., Усов Г.М., Степанова О.Н. Клинико-динамические особенности у пациентов с первым психотическим эпизодом и сопутствующей соматической патологией // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 5 – С. 12-14.
4. Рагозин Р.О., Дьячкова Э.Э., Кот Т.Л., Каримова М.Н. Феноменология психических расстройств и соматическая коморбидность у больных псориазом, проживающих в северном регионе // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2017. – № 6-1 – С. 114-118
5. Šprah L., Dernovšek M.Z., Wahlbeck K., Haaramo P. Psychiatric readmissions and their association with physical comorbidity: a systematic literature review // BMC Psychiatry. – 2017. – № 17:2
6. Tegethoff M., Stalujanis E., Belardi A., Meinschmidt G. Chronology of Onset of Mental Disorders and Physical Diseases in Mental-Physical Comorbidity - A National Representative Survey of Adolescents // PLoS One. – № 2016. – № 11(10). – e0165196
7. Nishanth K.N. Physical_comorbidity_in schizophrenia & its correlates / K.N. Nishanth, R.K. Chadda, M. Sood, A. Biswas, R. Lakshmy. // Indian J Med Res. – 2017. – №. 146(2). – p. 281-184.

ТУБЕРКУЛЕЗ У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ: КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ.

Р.В. Зятиков, Т.С. Журавлева, Е.Ю. Шевчук

*Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой»*

Аннотация. В статье приведены общие тенденции заболеваемости туберкулезом у психически больных лиц. Опасность заболевания туберкулезом контингентов психически больных заключается в возможности распространения инфекции. Дан обзор современных подходов к диагностике, лечению и профилактики данной патологии. В Омской психиатрической больнице данный контингент получает медицинскую помощь в специализированном отделении. Приведен типично клиническое наблюдение больного шизофренией с туберкулезной инфекцией.

Ключевые слова. коморбидность, туберкулез, психическое расстройство.

TUBERCULOSIS IN MENTAL PATIENTS: CLINICAL FEATURES, APPROACHES TO DIAGNOSIS AND TREATMENT. CLINICAL CASE

R.V. Zyatikov, T.S. Zhuravleva, E.Yu. Shevchuk

Abstract. The article presents general trends in the incidence of tuberculosis in mentally ill persons. The danger of contracting tuberculosis in the mentally ill contingents lies in the possibility of the spread of infection. A review of modern approaches to the diagnosis, treatment and prevention of this pathology is given. In the Omsk Psychiatric Hospital, this contingent receives medical care in a specialized department. A typical clinical observation of a patient with schizophrenia & tuberculosis infection is presented.

Keywords. comorbidity, tuberculosis, mental disorder.

Психически больных относят к группе лиц с наиболее высоким риском заболевания туберкулезом [3]. Среди больных психиатрических стационаров лица с психическими заболеваниями и активным туберкулезом составляют 3—6%. Частота психических заболеваний (шизофрения, эпилепсия, олигофрения и др.) у впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания составляет 3—4%. Показатель смертности от туберкулеза психически больных в несколько раз превышает его среди людей, не страдающих психическими заболеваниями [3]. Опасность заболевания туберкулезом контингентов психически больных заключается в возможности распространения инфекции. В таких очагах туберкулезной инфекции высоки инфицированность и заболеваемость туберкулезом детей и подростков. Взрослые в таких очагах заболевают туберкулезом чаще (в 4—5 раз).

Патогенез и патологическая анатомия. Причины большой заболеваемости туберкулезом психически больных во многом неясны и, по-видимому, многообразны. Патогенетическая и тем более этиологическая связи туберкулеза и психических заболеваний отрицаются. Указывается на снижение интеллекта психически больных как фактора, снижающего иммунитет, несоблюдение гигиенических условий проживания и поведения больных, в результате возникает высокий риск инфицирования МБТ, особенно в условиях длительного пребывания больных в психиатрическом стационаре. Имеет значение у психически больных неполноценность питания в связи с отказами от пищи. За-

болевают туберкулезом чаще больные шизофренией, реже — атеросклеротическим слабоумием и другими болезнями. С учетом возраста психически больных развитие туберкулеза связывают и с эндогенной реактивацией. При этом следует подчеркнуть большую частоту (10% и более) среди них лиц с посттуберкулезными изменениями в органах дыхания. Возникают все формы вторичного туберкулеза, но наиболее часто диагностируют инфильтративный туберкулез, казеозную пневмонию. Туберкулез может присоединяться к психическим заболеваниям и предшествовать их появлению, реже оба заболевания выявляются одновременно. Если к туберкулезу присоединяется психическое заболевание, тяжесть туберкулезного поражения увеличивается. У большинства психически больных туберкулез сопровождается распадом легкого и бактериовыделением. Определенное значение в позднем выявлении туберкулеза имеют трудности клинического и инструментального обследования больных.

Но в последнем десятилетии XX века общее количество больных туберкулезом в мире вновь стало резко увеличиваться. Рост инфицированных и заболевших туберкулезом составил свыше 60%. Главная причина новой волны туберкулезной инфекции связана с появлением штаммов микобактерий, устойчивых к большинству известных противотуберкулезных препаратов (т.н. “полирезистентные” микобактерии).

В России помимо этого на неблагоприятную эпидемиологическую ситуацию с туберку-

лезом повлияли локальные конфликты, миграция населения, политические и экономические потрясения “эпохи перемен”.

Понятно, что самым социально незащищенным слоем граждан оказались психбольные, в т.ч. больные шизофренией [1]. Среди них возросло число вновь заболевших туберкулезом и количество рецидивов среди больных, ранее стойко излеченных. Стали преобладать диссеминированные и инфильтративные формы над очаговыми. Участились случаи диагностики обширных деструктивных процессов и казеозной пневмонии, некогда исключенной из классификации туберкулеза. Вновь встал вопрос о взаимосвязи шизофрении и туберкулеза, хотя для обоих процессов она определена их коморбидностью.

Анализ нынешней ситуации с туберкулезной инфекцией среди контингента страдающих шизофренией приводит к малоутешительным выводам:

1) В ближайшие десятилетия продолжится волнообразный рост числа больных туберкулезом среди пациентов-шизофреников (в т.ч. в связи с тем, что туберкулез является рецидивирующим заболеванием).

2) Летальность в этой группе больных на 40 – 50 % будет связана с туберкулезом.

Эти выводы и цифры необходимо принимать во внимание тем менеджерам здравоохранения, которые ответственны за оказание фтизиатрической и психиатрической видов помощи населению, в т.ч. за смертность среди больных шизофренией. Учитывая сказанное, необходимо предпринять ряд неотложных мер по исправлению нынешней неблагоприятной ситуации, особенно по профилактике появления полирезистентных форм туберкулеза и к недопущению реинфекции у больных, поддающихся лечению. Для этого требуется выполнение принципов терапии туберкулеза: ее непрерывности (до излечения), комплексности и адекватности (применение противотуберкулезных средств новых поколений, к которым микобактерии еще не успели выработать устойчивость). Также необходимо предупреждение скученности больных, соблюдение режимов аэрации, инсоляции и полноценного питания.

Симптоматика. Туберкулез протекает более остро у психически больных апатичных, бездеятельных, заторможенных и менее тяжело и торпидно, если больной подвижен, проявляет активность. Туберкулез оказывает определенное влияние на клиническую картину психических заболеваний. Вспышка туберкулеза сопровождается обострением и иногда, наоборот, улучшением клинических проявлений шизофрении. Такие же взаимоотношения заболеваний возможны и при затихании туберкулеза. У большинства психически больных туберкулез возникает и развивается

бессимптомно, однако его бессимптомность и отсутствие жалоб во многом связаны с изменением психики больных. Неблагоприятной структуре клинических форм туберкулеза у психически больных соответствуют физикальные данные о распространенном поражении легких. Существенную коррекцию тяжести клинической картины вносят частые осложнения туберкулезного процесса (легочно-сердечная недостаточность, легочные кровотечения), сопутствующие заболевания (сердечно-сосудистые, заболевания желудочно-кишечного тракта, хронический бронхит), а также нередко встречающиеся внелегочные формы туберкулеза. Большинство (60—70 %) больных являются бактериовыделителями, у большинства (80—83 %) рентгенологически обнаруживаются в легких полости распада.

У активных, подвижных больных туберкулез протекает более торпидно и менее тяжело. Обострение туберкулеза и его ремиссия могут сопровождаться обострением или, наоборот, улучшением клинических проявлений шизофрении. При оценке психического статуса у больных туберкулезом следует иметь в виду, что некоторые противотуберкулезные препараты (особенно циклосерин, реже — изониазид) способны оказывать токсическое действие на ЦНС. Циклосерино-вый психоз, а также поражение психики в результате приема изониазида требуют немедленной отмены противотуберкулезной терапии и проведения комплексных лечебных мероприятий, направленных на устранение токсического воздействия на ЦНС.

Диагностика. При диагностике туберкулеза у психически больных предполагается использование всего необходимого комплекса обследований: анамнез с выяснением вероятных контактов с больным туберкулезом (бактериовыделителем), рентгенологическое обследование, исследование на бактериовыделение, туберкулиновые пробы. При целенаправленной системе обследования на туберкулез больных, поступающих в психиатрические стационары, возможна своевременная диагностика этого заболевания. При постановке диагноза психического заболевания у больных туберкулезом следует учитывать иногда возникающие у них психозы в связи с токсическим действием некоторых противотуберкулезных препаратов. Изониазид как ингибитор моноаминоксидазы тормозит метаболизм серотонина, норадреналина и тем самым может вызвать возбуждение, вплоть до появления судорожного синдрома и нарушения сознания.

Лечение. Лица, страдающие сочетанной патологией (душевной и туберкулезом), помещаются в специализированные противотуберкулезные стационары или специальные отделения при психиатрических больницах. В настоящее время комплексное лечение тубер-

кулеза пациентов-шизофреников проводится на фоне активной или поддерживающей психотерапии. В результате есть опасность гепатотоксических, аллергических и т.п. лекарственных осложнений. Подчас, полипрагмазия носит вынужденный характер из-за малоупорядоченного поведения больных, либо из-за отказа от приема медикаментов. Но в любом случае следует применять психотропные средства в пределах необходимого минимума, либо вовсе отказаться от них. Переводы больных в другие стационары возможны лишь при их клиническом выздоровлении по поводу туберкулеза.

Учитывая высокую заболеваемость туберкулезом при наличии у многих больных остаточных посттуберкулезных изменений, им проводят специфическую химиопрофилактику (изониазид в течение 3 мес 2 раза в год). При выявлении в психиатрической больнице (интернате) больного туберкулезом (бактериовыделителя) всем контактировавшим с ним психически больным проводится 3-месячный курс химиопрофилактики изониазидом. При выборе препаратов необходимо учитывать возможный психотропный эффект изониазида. Следует также учитывать взаимодействие изониазида с препаратами, используемыми в психиатрической практике. Так, действие нейролептиков извращается при совместном приеме с изониазидом. Успехи в лечении туберкулеза во 2-ой половине XX века привели к снижению смертности от этого заболевания с 50 % в 35 – 39 гг. до 5 – 7 % к 1985 г.

Шизофрения и туберкулез. Отдельного рассмотрения заслуживает вопрос о взаимоотношении шизофрении с туберкулезом легких [1, 2, 3, 4].

Еще недавно (почти до середины прошлого века) всерьез дискутировался вопрос о том, что между ними есть линейная связь, а шизофрения является чем-то вроде паратуберкулеза [5].

Почвой для подобных суждений служило то обстоятельство, что среди душевнобольных был очень высоким процент страдающих “чахоткой”. Кроме того, многие исследователи отмечали сходство шизоидной и фтизической конституций. (Выражение *habitus phtisicus* означает не только модный для XIX века “чахоточный вид” с томной бледностью, нездоровым румянцем и лихорадочным блеском глаз, но и определенный тип телосложения – астенический, с плоской и суженой грудью, малой дыхательной экскурсией ребер и, соответственно, слабой вентиляцией верхушек легких, наиболее “тропных” к очагам туберкулезной инфекции. Такой соматотип, как ранее отмечалось, коррелирует с непрерывно-прогредиентной шизофренией).

Представление о единой природе “чахотки с кровохарканьем” и сумасшествия нашло свое отражение в художественной литературе (рассказ А.П.Чехова “Черный монах”).

Однако строгий анализ соотношения шизофрении и туберкулеза не дает подтверждений ни о взаимосвязи причинности обоих заболеваний, ни о взаимозависимости при их утяжелении или послаблении. Образно выражаясь, речь идет о патологическом тандеме, параллельно разрушающем душу и тело. Сейчас известно, что для возникновения туберкулезного процесса имеет значение не столько конституциональная предрасположенность, сколько продолжительность контакта с больным туберкулезом, массивным выделителем микобактерий, и их вирулентность. Но ведущая роль в патогенезе заболевания принадлежит сопротивляемости организма туберкулезной инфекции, в свою очередь зависящей от клеточного иммунитета. Последний приобретается при первичном инфицировании или путем активной иммунизации вакциной BCG. Также среди причин возникновения туберкулезного процесса далеко не последнюю роль играют неполноценное питание, стрессы, недостаточная инсоляция и всевозможные экологические вредности.

Для оценки особенностей выявления, клинической картины и эффективности лечения туберкулеза в зависимости от тяжести психического заболевания было проведено сравнение пациентов с непрерывнотекущей параноидной шизофренией и с приступообразно-прогредиентным типом течения параноидной шизофрении.

Для пациентов с непрерывнотекущей параноидной шизофренией характерно выявление туберкулеза на фоне многолетнего течения психического заболевания (более 10 лет) и более прогредиентной его динамики. Длительность течения шизофрении у больных с приступообразно-прогредиентной ее формой к моменту диагностики туберкулеза легких оказалась статистически значимо меньшей.

Таким образом, риск развития туберкулеза у больных шизофренией зависит не от длительности непрерывного лечения в психиатрическом стационаре, а от условий нахождения и частоты обострений в течении шизофрении.

Таким образом, более частое бессимптомное начало туберкулеза у больных шизофренией связано не только с клинической формой туберкулеза, а также с психическим состоянием пациентов, приемом психотропных препаратов, и, возможно, со сниженной реактивностью организма.

1. Заболеваемость туберкулезом пациентов с психическими расстройствами, состоящих под диспансерным наблюдением в психиатрических учреждениях, выше данного показателя по Омской области в 1,4 раза. Заболеваемость туберкулезом пациентов с шизофренией больше среднего показателя в 3 раза.

2. Факторами риска развития туберкулеза легких у больных шизофренией являются: воз-

раст 35-44 года у мужчин и старше 55 лет у женщин; течение психического заболевания 10 и более лет; длительное нахождение в психиатрическом стационаре в условиях высокой скученности больных; периодические обострения психотической симптоматики; нахождение в местах заключения в анамнезе.

3. Туберкулез у больных шизофренией характеризуется: бессимптомным началом и преимущественным выявлением при профилактических осмотрах; благоприятной клинической структурой заболевания; меньшей тяжестью туберкулезной интоксикации при выявлении туберкулеза; редким обнаружением МБТ в мокроте; высокой частотой лекарственной устойчивости.

4. Эффективность лечения туберкулеза у больных с шизофренией ниже, чем у психически здоровых больных, что проявляется замедленной рентгенологической динамикой и сохранением деструкции в легких.

5. Среди пациентов с непрерывнотекущей параноидной шизофренией по завершению основного курса химиотерапии положительная динамика наблюдается реже, чем у больных с приступообразно-прогредиентным течением параноидной шизофрении. У пациентов с непрерывнотекущей параноидной шизофренией чаще наблюдаются обострения и рецидивы туберкулеза, чем у больных с приступообразно-прогредиентным течением эндогенного психического заболевания.

Психиатрическое туберкулезное отделение № 15 предназначено для изоляции и лечения пациентов из отделений БУЗ ОО «КПБ им. Н.Н. Солодников», а также из стационаров города и области при наличии у них психических расстройств и подозрения на инфекционное заболевание и туберкулез, а также для оказания медико-социальной помощи.

Основными задачами отделения является: диагностика, лечение инфекционной и соматической патологии, осуществляется уход за пациентами, экспертиза временной нетрудоспособности, судебно-психиатрическая экспертиза, осуществление ухода, оказание социальной помощи и реабилитации. Отделение работает в режиме неотложной помощи. Госпитализация в отделении осуществляется по направлению врачей скорой помощи, из домов-интернатов социального профиля, противотуберкулезных диспансеров и других стационаров города и области. Из отделений ОКПБ переводятся после консультации врачей: фтизиатра и инфекциониста в дневное время, а в вечернее и ночное время – дежурным врачом.

Психиатрическое туберкулезное отделение № 15 имеет внутреннее подразделение разделенное на туберкулезное отделение и инфекционный изолятор. Туберкулезное отделение подразделяется на 2 подразделения: туберку-

лезные № 1, № 2, диагностическая койка. Отделение рассчитано на 115 коек. Отделение организовано и оборудовано в соответствии с требованиями, предъявляемыми к инфекционным и психиатрическим стационарам, имеет отдельные входы для инфекционного изолятора и туберкулезного отделения.

Отделение оборудовано в соответствии с требованиями, предъявляемыми к психиатрическим стационарам и оснащено необходимым инвентарем и оборудованием, холодной, горячей водой, вытяжной вентиляцией, противопожарной системой.

Приём пациентов проводится, минуя приёмное отделение. В туберкулезном отделении приём осуществляется в холле. В отделении проводится обследование, диагностика, лечение инфекционной и соматической патологии, осуществляется уход за пациентами, а также проводится экспертиза временной нетрудоспособности, судебно-психиатрическая экспертиза, решение вопросов дееспособности и оформление в дом-интернат.

Каждый поступивший пациент консультируется так же специалистом по социальной работе. Он заполняет социальную карту на каждого пациента, в которой отражается социальное функционирование и качество жизни. Социальный работник проводит коммуникативную и творческую группу.

Сложные в диагностическом и терапевтическом отношении больные консультировались сотрудниками кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии Омского государственного медицинского университета.

При необходимости приглашались специалисты других лечебных учреждений города. Наряду с тщательным клинико-психопатологическим обследованием с диагностической целью широко используются методы обследования больных: рентгенография, электроэнцефалография, компьютерная томография, магниторезонансная томография, люмбальные пункции, обследования в психофизиологической, биохимической, клинической лабораториях, кабинете функциональной диагностики. Пациенты по показаниям консультируются невропатологом, терапевтом, окулистом, отоларингологом, хирургом и другими специалистами, в том числе из других лечебных заведений.

Пациенты находятся в психотуберкулезном отделении до полного излечения туберкулезного процесса и еще 3 года на III гр. ДУ (до снятия с фтизиатрического учета) в условиях реабилитационно-диагностического психотуберкулезного отделения; восстановление до максимально возможного уровня навыков самообслуживания, поддержание их на достигнутом уровне, на протяжении всего периода

пребывания в стационаре; тщательный уход за пациентами, основанный на внимательной оценке его соматического, психического статуса и глубины дезадаптации, быстрое и адекватное реагирование на их изменения с целью своевременного выявления прогрессирования, обострения, рецидива туберкулезного процесса, а также возникших осложнений.

Важное место в оздоровительных мероприятиях отделения занимает культурно- и эстетотерапия. Пациенты отделения активно участвовали во всех праздничных мероприятиях, как отделения, так и всей больницы, активно участвовали в художественной самодеятельности, устраивали поздравления для ветеранов отделения. Проводились вечера отдыха, тематические вечера, отмечались дни рождения пациентов, выпускали праздничные газеты, участвовали в эстетическом оформлении отделения. Для организации досуга в отделении имеются настольные игры, библиотека, магнитофон, телевизоры, музыкальные инструменты, обсуждаются телепередачи, прочитанные книги и газеты. Пациентам предоставлялись пробные отпуска на 10 дней. Это способствовало сохранению социальных связей, и, кроме того, показывало качество формирующейся ремиссии.

В создании терапевтической среды в отделении, несомненно, очень важную роль играют медицинские сестры и младший медицинский персонал. Они осуществляют уход за беспомощными пациентами, организуют и проводят досуговые группы, библиотерапию, арттерапию, кроме того, сотрудники отделения проводят образовательные тренинги по модулям: «Здоровый образ жизни», «Личная гигиена», «Правильное питание», «Правильный прием лекарственных средств», «Жизнь с болезнью», «Роль семьи в жизни пациента». Силами отделения приобретены музыкальные инструменты.

Для успешного лечения и раннего выявления туберкулеза легких у психически больных необходимо соблюдения нескольких правил:

1. Необходимо строгое соблюдение профилактического рентгенологического обследования два раза в год пациентов, состоящих на диспансерном учете в психиатрических учреждениях.

2. Необходима фтизиатрическая настороженность у врачей-психиатров при работе с группами риска. Среди пациентов с шизофренией это мужчины в возрасте 35-44 лет и женщины в возрасте старше 55 лет; течение психического заболевания 10 и более лет; длительное непрерывное пребывание в психиатрическом стационаре в условиях высокой скученности больных; периодические обострения психотической симптоматики; нахождение ранее в местах заключения. В группах риска, в условиях неблагоприятной эпидемиологической ситуации по туберкулезу на территории

области проводить туберкулинодиагностику и, по возможности, диаскинтест 2 раза в год.

3. В связи с высоким риском лекарственной устойчивости МБТ у пациентов с шизофренией и относительно небольшим процентом обнаружения МБТ в мокроте необходим эмпирический подбор химиотерапии, особенно у пациентов с распространенными и деструктивными формами туберкулеза.

4. В связи с большим риском рецидивов туберкулеза легких у психически больных, особенно при тяжелых формах заболевания, психическая патология должна расцениваться как отягощающий фактор, и данные пациенты должны наблюдаться в 3-й группе диспансерного учета в течение не менее 3-х лет, независимо от величины остаточных посттуберкулезных изменений.

5. Необходимо обязательное проведение противорецидивных курсов химиотерапии в течение 3-х лет после окончания основного курса лечения туберкулеза у психически больных пациентов.

Клинический случай.

Пациент М.

АНАМНЕЗ: В КПБ поступает неоднократно. Психопатологически отягощенную наследственность отрицает. Имеет сестру. Рос и развивался по возрасту. В школу пошел вовремя. Учился посредственно. По характеру всегда был замкнутый, скрытный, друзей не имел. После окончания школы получил специальность токаря - фрезеровщика. Служил в армии на флоте 3 года. Затем окончил речное училище. Впервые психическое состояние изменилось в 1991г. - оставил работу, сидел дома, ни с кем не общался, за собой не следил, отказывался от еды, значительно похудел. Бредово комментировал свое поведение, заявлял, что «если не есть, то и не будет расти, не нужно будет покупать новую одежду». В связи с этим был госпитализирован в КПБ. Лечился в марте-апреле 1992г. Выставлен ДЗ: Шизофрения. Затем дважды лечился в КПБ в 1996г. В последующем госпитализации ежегодные. С 2005-2008г. наблюдался амбулаторно, в стационар не поступал. С 18.12.09г. по 28.01.10г. находился на лечении в 15 отделении КПБ в связи с выявленным туберкулезом легких. В дальнейшем неоднократно госпитализировался в связи с отказом от приема пищи, «страхами», бессонницей. При поступлении в соматическом статусе стабильно отмечалось истощение. 30.05.10г. получил ОЧМТ, линейный перелом височной, затылочной кости с переходом на основании черепа; плащевидная гематома слева, проводилась консервативная терапия в течение 8 дней. Психический статус длительное время определяется грубым шизофреническим дефектом. Решением Первомайского суда от 30.01.12г. признан недееспособным, опекуном назначена сестра пациента. С этого времени госпитализации в КПБ ежегодные. Предыдущая госпитализация 16.05.14г. по СП КПБ, по заявле-

нию опекуна, по рапорту полиции в связи с тем, что «последние два дня ведет себя агрессивно, кричит, ломает дома мебель, бегал по детской площадке, изображал стрельбу из пистолета ... ». На фоне поддерживающего лечения рисперидоном состояние стабильно определялось эмоционально-волевым дефектом личности по процессуальному типу в виде аутичности, бездеятельности, безынициативности, с крайне ограниченным кругом интересов. Режим соблюдал пассивно. Острой психопродукции, суицидальных, агрессивных тенденций не обнаруживал. Находился на частично оплачиваемом уходе. Нуждался в уходе и надзоре за соблюдением гигиенических процедур и физиологических отправок. С 01.09.14г. по 01.12.14г. находился в 15 отделении, получал противоречивое лечение туберкулеза легких. Наблюдался неврологом с ДЗ: Резидуальный период тяжелой открытой ЧМТ в 2010г., рассеянная органическая симптоматика, терапевтом с ДЗ: ХОБЛ средней степени тяжести вне обострения, ДН 2. Истощение 2ст. алиментарно-конституционального генеза. Хроническая ЖДА легкой степени. Гепатит неуточненной этиологии с умеренно-выраженной активностью, фтизиатром с ДЗ: Остаточные изменения после перенесенного инфильтративного туберкулеза легких справа в виде очаговых изменений. Находился на частично оплачиваемом уходе. Выписан 12.05.15г. в сопровождении опекуна через ПДО. Рекомендации: хлорпротиксен 50 мг утро, вечер, беродуал Н 2 вдоха 2 р/д длительно. После выписки проживал с сестрой-опекуном и матерью. Очередная госпитализация по направлению психиатра и заявлению опекуна в связи с тем, что «стал проявлять иногда признаки агрессии (ударил несколько раз мать)». Госпитализирован в добровольном порядке, с согласия самого пациента и опекуна. В отделении 12.11.2015г. на рентгенограмме выявлены признаки инфильтративного туберкулеза справа, консультирован фтизиатром. Диагноз: инфильтративный туберкулез правого легкого в фазе распада и обсеменения левого легкого, рецидив отдаленный. 16.11.2015г. переведен в 15 отделение. Первое время настроение было сниженным, держался обособленно, в переживаниях не раскрывался, поведением обнаруживал расстройство восприятия. На фоне лечения галоперидолом, аминазином состояние нормализовалось. Стал спокойнее, купировались расстройства восприятия. Сон, аппетит достаточные. Моторно упорядочился. Выписан из отделения в удовлетворительном состоянии в сопровождении сестры-опекуна. Очередные поступления в 2016-2018 гг. стереотипные, связаны с отказом от приема пищи и лекарств, агрессивным отношением к опекуну. 11.06.2018 г. вечером пациент запнулся о порог палаты, упал на левую ногу, при обследовании диагностирован закрытый перелом шейки левой бедренной кости со смещением, наложен дератационный сапожек. 11.09.2018г. консультирован зав. травматологического отделения БСМП№1, рекомендовано: активизировать пациента, передвигаться при помощи

ходунков. Оперативное лечение в плановом порядке. Настоящее поступление по направлению психиатра ОНПД: состояние изменилось сразу после выписки, самовольно прекратил прием лекарств, стал раздражительным, много курил, был агрессивен по отношению к опекуну и матери. Госпитализирован через ОНПД в добровольном порядке, с согласия самого пациента и опекуна.

СОМАТИЧЕСКИ: общее состояние относительно удовлетворительное. Пониженного питания, истощен. Кожа бледная, тургор снижен. Пальцы рук с никотиновым налетом. По средней линии живота послеоперационный рубец, на теле многочисленные татуировки. АД 100/70 мм рт. ст. Пульс 80 уд./мин., ритмичный. Температура тела 36,5. Дыхание ослабленное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Язык влажный. Живот безболезненный при пальпации. Периферических отеков нет.

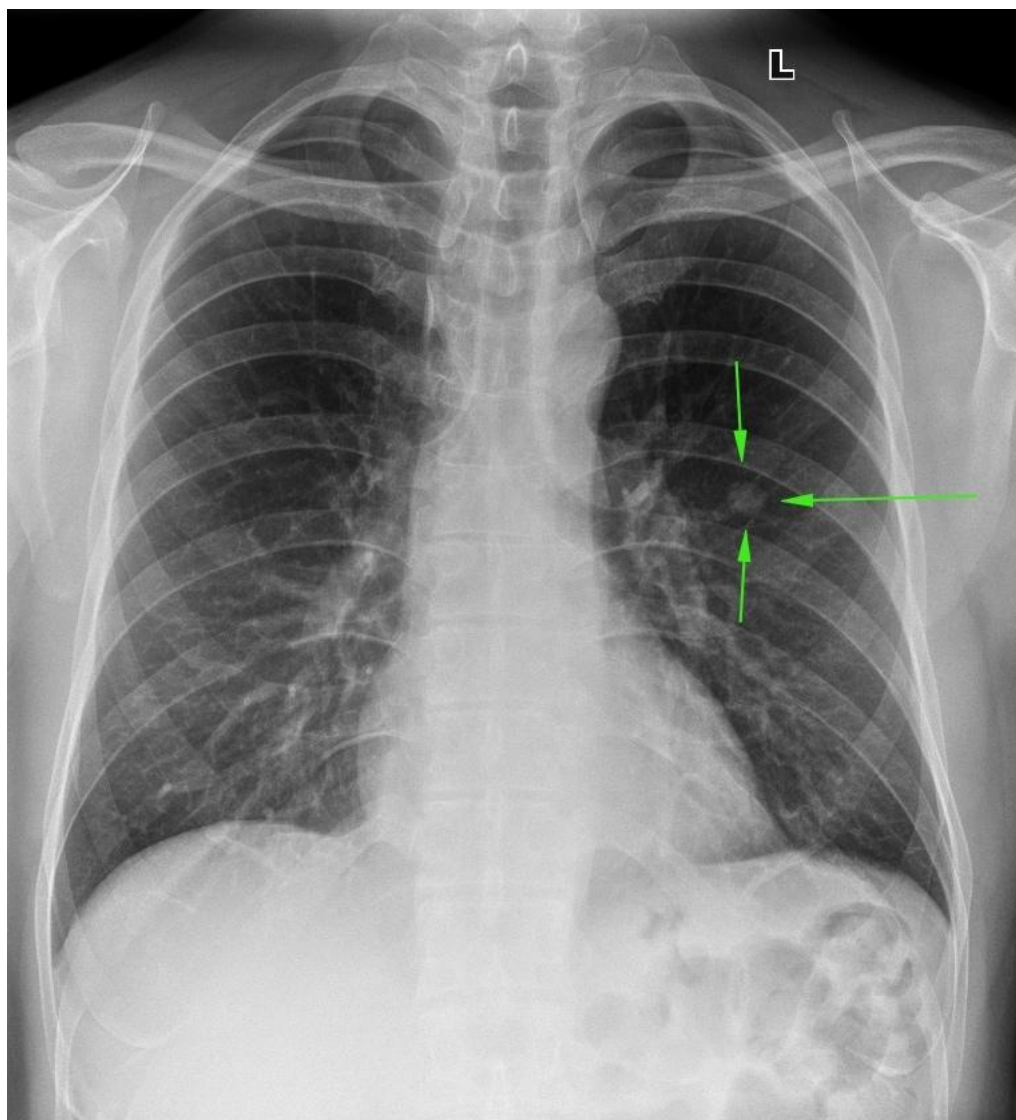
НЕВРОЛОГИЧЕСКИ: Менингеальных знаков нет. Зрачки равные, фотореакция сохранена. Неконвергирует. Асимметрия носогубных складок. Язык по центру. Сухожильные рефлексы без отчетливой разницы сторон. Координаторные пробы выполнять отказался. В позе Ромберга неустойчив. Походка шаткая, неуверенная.

ПСИХИКА: Сознание сохранено. Ориентирован в отношении себя и места верно, за календарным временем не следит. Неряшлив, обросший. Контакт малопродуктивный. На вопросы отвечает избирательно, движениями головы, либо ничего не отвечает. Просьбы выполняет после повторений, избирательно. Эмоционально выхолощен. Лицо амимично. Громко зевает. Крайне формален. О причинах госпитализации ничего не сообщает, говорит, что «приехал отдохнуть ... поесть ... покурить ... полежать ... поспать ... на улице холодно стало ... ». Обманы восприятия не отрицает, не подтверждает. Бредовых идей активно не высказывает. Мышление малопродуктивное, аморфное. К госпитализации и лечению равнодушен. Моторно спокоен, пассивно подчиняем. Агрессии и суицидальной настроенности нет.

ДИНАМИКА СОСТОЯНИЯ В ОТДЕЛЕНИИ: В отделении первое время настроение было сниженным, держался обособленно, в переживаниях не раскрывался, поведением обнаруживал расстройства восприятия. На фоне лечения галоперидолом, аминазином состояние нормализовалось. Стал спокойнее, купировались расстройства восприятия. Сон, аппетит достаточные. Моторно упорядочился. Принимал участие в коммуникативных тренингах на тему: «Личная гигиена», «Режим дня», «Режим питания», «Правила поведения в общественных местах», «Уход за одеждой и за обувью», «Создание благоприятной атмосферы в семье». В динамике наблюдался фтизиатром, получал противотуберкулезное лечение. 03.03.2019г. у пациента появился кашель с кровью до 250мл, реанимобилем направлен в ПТД№4. Из отделения выписан. Опекун поставлен в известность.

Литература

1. Тюляндина Е.В., Писков Д.А. Особенности организации медицинской помощи лицам с сочетанием туберкулеза и психических расстройств // Устойчивое развитие науки и образования. – 2019. – № 1 – С. 266-271
2. Иванова С.С., Смирнова М.А., Арчакова Л.И. Личностный адаптационный потенциал больных туберкулезом легких // Медицинский альянс. – 2017. – № 3 – С. 52-57.
3. Шаманова Н.В. Туберкулез легких у больных шизофренией // Acta Biomedica Scientifica. – 2011. – № 2 (78) – С. 123-125.
4. Cynthia S. Weickert, Thomas W. Weickert, Anil Pillai, Peter F. Buckley. Biomarkers in Schizophrenia: A Brief Conceptual Consideration // Dis Markers – 2013. – № 35 (1). – p. 3-9.
5. Loch A.A. Schizophrenia, Not a Psychotic Disorder: Bleuler Revisited // Front Psychiatry. – № 2019. – № 10. – p. 328.



Психотерапия и реабилитация

УДК 616.89

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ И ПОДРОСТКАМИ В ПСИХИАТРИИ

А.М. Белкина

*Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой»*

Аннотация. В статье рассмотрены особенности социальной работы с детьми и подростками в психиатрии. Рассмотрены обязанности специалиста по социальной работе с данной категорией пациентов, методы работы, вклад специалистов в терапию заболевания.

Ключевые слова. Детская психиатрия, подростковая психиатрия, социальная работа, социальная работа в психиатрии, социальная реабилитация.

FEATURES OF SOCIAL WORK WITH CHILDREN AND TEENS IN PSYCHIATRY

А.М. Belkina

Abstract. Features of social work with children and adolescents in psychiatry are discussed in the article. The duties of a specialist in social worker with this type of patients, methods of work, and the contribution of specialists to the treatment of the disease are considered.

Keywords. Child psychiatry, adolescent psychiatry, social work, social work in psychiatry, social rehabilitation.

Психическое здоровье — состояние психики человека, которое обеспечивает чувство психологического комфорта, способность осмысленно и целенаправленно действовать, оптимально выполнять социальные функции, адекватно относиться к общечеловеческим и культурным особенностям. Все это возможно при цельности и согласованности психических и физиологических функций организма. Рассматривать отдельно психику и отдельно физиологию некорректно [6].

По данным Всемирной организации здравоохранения, 20 % детей и подростков в России имеют проблемы психического здоровья, а 40% детей и подростков находятся в неблагоприятных для психического здоровья условиях [2]. Эти условия провоцируют возникновение психических болезней различного характера. Также в эту группу относят психические заболевания и расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ, приводящих к инвалидизации подросткового населения. Кардинальная смена обстановки, психологические перегрузки, нарушения социальной адаптации со сверстниками, стрессовые условия в семье и давление в общении с педагогом — это лишь некоторые факторы, способные привести к расстройству. За последние годы система оказания психиатрической помощи детям и подросткам достигла определенных успехов

Несмотря на существование эффективных видов лечения психических расстройств, существует и стигматизация населения, когда-либо обращавшего к врачам-психиатрам. Дети и под-

ростки, страдающие психическими заболеваниями, боятся общественного порицания, стыдятся быть больными, медлят с обращением за помощью к врачам-психиатрам лишь дальше запуская тяжелую ситуацию (суицидальные наклонности и попытки самоубийства, возникновение симптоматики психического заболевания на фоне употребления наркотиков, наследственные психические заболевания и т.д.). По данным Федерального портала государственной статистики 50 тысяч подростков ежегодно погибают в результате самоубийства [3].

Была реализована международная медицинская программа «Антистигма», призванная повысить имидж детской психиатрической службы, разрушить вымыслы и предвзятые представления о больных шизофренией, разорвать порочный круг отчуждения и дискриминации, которая приводит детей и подростков к изоляции от общества, алкоголизму или наркомании, снижая шансы на восстановление от расстройства. Кадровый потенциал был масштабно переработан, в частности возросла обеспеченность врачебным персоналом, с 0,4 врачей-психиатров на 10 000 человек до 1,5 на 10 000 человек в 2017. Дополнительно была проведена полная замена младшего медицинского персонала (санитаров и санитаров) на специалистов по социальной работе. Эти специалисты имеют высшее профессиональное образование.

Главной особенностью оказания психиатрической помощи детям является взаимодействие трех государственных структур — медицины, социальной защиты и образования.

Социальная защита населения — система принципов, методов, законодательно установленных государством социальных гарантий, мероприятий и учреждений, обеспечивающих предоставление оптимальных условий жизни, удовлетворение потребностей, поддержание жизнеобеспечения и деятельного существования и деятельного существования личности, различных социальных категорий и групп; совокупность мер, действий, средств государства и общества, направленных против ситуаций риска в нормальной жизни граждан; комплекс государственных мер социально-экономического и правового характера по обеспечению гарантированного государством уровня жизни социально уязвимых слоев населения в период экономических преобразований и связанного с этим снижения их уровня жизни [1].

Согласно закону РФ № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», а также нормативно-правовым актам, регламентирующим обязанности специалиста по социальной работе, он обязан выполнять следующие функции: — помогать отдельным людям и группам людей определять собственные нужды и потребности в социальной помощи, защите и обслуживании; — содействовать в обеспечении обслуживаемых граждан по заключению врачей лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения; — оказывать помощь в получении путевок на санаторно-курортное лечение, а также в обеспечении техническими средствами ухода и реабилитации; — осуществлять социально-правовой защиты больных, помощь в получении льгот, информирование о них, содействие в проведении медико-социальной экспертизы; — обеспечивать оптимальную связь больного с его окружением, связь работников медицинского учреждения с семьей и близкими больного; — взаимодействовать с различными общественными, профессиональными и иными организациями; — другие должностные обязанности, регламентируемые Уставом учреждения здравоохранения. На должность специалиста по социальной работе принимается лицо, имеющее высшее профессиональное образование, знающее специальную психологию, социологию, основы оказания первой медицинской помощи, специфику работы в различной социальной среде, основы общей и семейной психологии, формы и методы воспитательной работы и просвещения [4]

— консультировать граждан по различным вопросам социальной защиты населения; — содействовать активизации потенциала собственных возможностей отдельного больного, семьи и/или их группы;

— устанавливать причины, по которым граждане оказались в трудной жизненной ситуации, определять характер и объем необходимых

им социальных услуг (социально-бытовых, социально-медицинских, социально-психологических, социально-экономических, социально-правовых);

— выявлять и учитывать на территории, закрепленной за специалистом, нуждающихся в социальной поддержке, определять характер и объем необходимой им помощи, организовывать ее предоставление нуждающимся гражданам;

— организовывать и проводить работу по социальной реабилитации.

В соответствии с современными подходами к лечению психических расстройств именно социальная реабилитация должна стать ключевым звеном на пути к исцелению от болезни.

Е. И. Холостова определяет социальную реабилитацию как понятие с богатым и многообразным содержанием. По ее мнению, социальная реабилитация — это комплекс мер, направленных на восстановление разрушенных или утраченных общественных связей и отношений вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма (инвалидность), изменения социального статуса (пожилые граждане, беженцы и вынужденные переселенцы, безработные и некоторые др.), девиантного поведения лица, страдающее алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, освободившиеся из мест заключения и т. п.) [5]. Социальная реабилитация в детской психиатрии имеет свою специфику в силу особенностей детского организма. Несмотря на то, что при психотерапии детей и взрослых применяются любые методы, способные уменьшить их страдания и разрешить их проблемы, неизбежно и различие между взрослой и детской социальной реабилитацией.

Для примера: мотивация к лечению обычно играет у детей незначительную роль, поскольку дети и подростки вынуждены подчиняться мнению авторитетных для них людей, в отличие от взрослых, имеющие в большинстве случаев самостоятельное решение в принятии лечения. Все реабилитационные мероприятия должны быть направлены на вовлечение самого больного ребенка в лечебно-восстановительный процесс. Реабилитационные мероприятия осуществляются поэтапно.

Первый этап — оказание медицинской помощи. На этом этапе происходит купирование острого психиатрического состояния. Следует исключить любое соматическое, неврологическое и органическое психическое расстройство или употребление токсических веществ, которые могут вызвать расстройства со сходной клинической картиной.

С этой целью обязательно проводят общий и биохимический анализ крови, анализ мочи, ЭКГ, при необходимости — ЭЭГ, М-ЭХОЭГ, магниторезонансную томографию (МРТ) и другие

лабораторные и инструментальные исследования, токсикологические тесты в крови и моче. Дифференциальный диагноз с другими психическими заболеваниями требует изучения анамнеза, выделения ведущего синдрома и катмнестического наблюдения с целью уточнения характера течения заболевания. Полипрофессиональная бригада, состоящая из врача-психиатра, врача-психотерапевта, медицинского психолога и специалиста по социальной работе начинает работу с ребенком, восстанавливая нарушенные болезнью функции и социальные связи, оказывает кризисную помощь при суицидальных поведениях, пережитом насилии, сильном детском горе.

Специалист по социальной работе принимает участие в повышении мотивации пациента для последующего за ним наблюдения и выполнении режима терапии.

Второй этап — оказание социальной помощи. На этом этапе психиатрическая служба выявляет потребности пациента, проводит консультационные беседы и родителями и близкими ребенка. Специалист по социальной работе организует творческое трудовое обучение с целью освоения основ профессии, прививает навыки здорового образа жизни, ведения хозяйства, показывает ребенку представление о различных направлениях в образовании.

Цель этого этапа заключается в: – развитии и выявлении творческих и музыкальных способностей и интересов у детей и подростков; – привитии навыков здорового образа жизни и ведения домашнего хозяйства; – организации творческой трудовой занятости у детей и подростков; – расширении кругозора детей и подростков; – расширении спектра психокоррекционных мероприятий в рамках общего лечебно-реабилитационного процесса; – создании положительного эмоционального фона, облегчающего адаптацию детей и подростков.

Третий этап — повышение социального статуса больного ребенка. Специалист по социальной работе проводит занятия на развитие интеллектуального и творческого потенциала ребенка, формирование навыков общения и саморегуляции. В зависимости от тяжести болезни форма занятий может быть как индивидуальной, так и групповой. Часть занятий предполагает вовлечение родителей или их законных представителей, близких родственников. На этом этапе происходит: – получение представления о различных направлениях в образовании; – психологическое консультирование в части профориентации; – творческое трудовое обучение с целью освоения профессии; – получение представления о различных направлениях в образовании; – развитие познавательного творческого интереса, в том числе и на

постгоспитальном этапе социальной реабилитации. Творческое трудовое обучение включает в себя профориентацию и творческие мастерские. Творческая мастерская — это форма социальной реабилитации детей и подростков, создающая условия для вхождения каждого участника к новому знанию и новому опыту путем самостоятельного или коллективного открытия [5].

Дети и подростки проходят занятия по лепке из глины, пластика и пластилина, создают открытки, занимаются с бумагой свободным творчеством, изготавливают папье-маше, проходят индивидуальные и групповые занятия с коммуникативными упражнениями и когнитивными тренингами.

Основными принципами социальной работы с детьми с психическими расстройствами являются как можно более раннее начало осуществления реабилитационных мероприятий, непрерывность и поэтапность их проведения; системный и комплексный характер осуществляемых программ; индивидуальный подход к определению объема, характера и направленности мероприятий. На всех этапах социальной реабилитации также предоставляется эмоциональная поддержка ребенку и его родственникам. Это понятие включает в себя индивидуальные и групповые занятия, необходимые для построения индивидуального плана социальной реабилитации, а также для решения тех социальных проблем ребенка, страдающего психическим расстройством, которые нельзя разрешить при участии пациента в различных формах групповой работы. Работа с семьей представляется одним из основных аспектов социальной работы в психиатрии. В своей повседневной деятельности семьи сталкиваются с тем фактом, что и сами пациенты, и их родственники не получают четких разъяснений относительно характера и особенностей имеющегося психического расстройства, правил общения в семье с больным ребенком, многие годами носят в себе свои переживания и тревоги. С целью подготовки семей к адекватному восприятию личности психически больного человека, повышения качества ухода за ним, нормализации семейных отношений и более успешной адаптации к условиям жизнедеятельности в обществе реализуются психообразовательная программа и программа по восстановлению навыков независимого проживания, включение в которые рекомендуется практически каждому пациенту. Предоставление эмоциональной поддержки — ключевое содержание любого взаимодействия с больным всего персонала полипрофессиональной бригады, основа терапевтического взаимодействия, независимо от конкретной задачи и формы социального вмешательства. При этом функция оказания эмоциональной поддержки возложена именно на специалиста по социальной работе. Социальные вмешательства проводятся с опорой

на сохранение возможности личности. Таким образом, социальные проблемы психически больных детей и подростков, низкий уровень их социальной защищенности требуют выработки инновационных технологий социальной работы и новых методов и форм социальной реабилитации. Рассматривая социальную работу как особый вид деятельности, сущность социальных технологий в психиатрических учреждениях можно интерпретировать в первую очередь как совокупность приемов, методов и воздействий государственных, общественных организаций, специалистов по социальной работе, направленных на оказание помощи, поддержки, защиты лиц, страдающих

психическими расстройствами. Результатом этой работы в идеале является выработка нового образа жизни пациента, максимально приближенного к полноценному здоровому образу жизни с семьей, учебой, последующей работой, кругом общения, увлечениями. Это помогает сохранить разрушаемое болезнью «Я» человека, благодаря стимулирующему ожиданию его окружения и стимулам, которые дает осознание собственной ответственности, стремление к признанию и самоуважению. Сфера деятельности социальной работы многогранна, многофункциональна и востребована обществом.

Литература

1. Абабнех, О. Н. Социальная работа с детьми и подростками в психиатрии // Молодой ученый. — 2019. — №6. — С. 164-168. — URL <https://moluch.ru/archive/244/56393/> (дата обращения: 21.08.2019).
2. Всемирная организация здравоохранения. Психическое здоровье. [Электронный ресурс]. URL: https://www.who.int/topics/mental_health/ru/ (дата обращения 19.08.19).
3. Демографический ежегодник. [Электронный ресурс] URL: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2017/demo17.pdf. (дата обращения 20.08.19)
4. Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании. [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_4205/.
5. Холостова, Е.И. Социальная работа. Пособие для высших учебных заведений: Учебное пособие. – М., 2004. – 296 с.
6. Что такое психическое здоровье. [Электронный ресурс]. URL: <https://wikigrowth.ru/psychologiya/psihicheskoe-zdorovie/> (дата обращения 19.08.19).



ПСИХОЛОГО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

А.А. Заливин, М.В. Набока, Е.С. Волосникова

ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

azalal@mail.ru

Аннотация. В статье представлен обзор существующих методов реабилитации с отражением их основных особенностей и показаний к применению. Перечислены такие ставшими традиционными методы, как когнитивно-поведенческая терапия, кризисная интервенция, гештальт-подход. Кроме того, обозначены и относительно новые техники декатастрофизации, нарративная, сказкотерапия. Приведены этапы и задачи, которые решает психотерапевт в рамках работы полипрофессиональной бригады.

Ключевые слова. онкология, реабилитация, психотерапия, полипрофессиональная бригада

PSYCHOLOGICAL AND PSYCHOTHERAPEUTICAL ASPECTS OF RECOVERY IN ONCOLOGICAL PATIENTS

A.A. Zalivin, M.V. Naboka, E.S. Volosnikova

Abstract. A review of existing rehabilitation methods is offered in the article including characteristics, features and indications to use. Listed methods which became traditional in oncology, like cognitive behavioral therapy, crisis intervention, gestalt method. Relatively new methods like decatastrophization technics, narrative and fabletherapy also mentioned. Stages of assistance and tasks to solve for psychotherapist working as a part of polyprofessional crew included.

Keywords. oncology, rehabilitation, psychotherapy, polyprofessional crew.

Профессиональная психолого-психотерапевтическая помощь онкологическому больному осуществляется при помощи полипрофессиональной бригады, в состав которой входят: врач – психиатр, психотерапевт, психолог, специалисты по социальной работе, медицинские сестры, трудинструкторы. Работа данных специалистов направлена на то, чтобы помочь заболевшему человеку справиться с психологическими последствиями, которые вызвало онкологическое заболевание, и адаптироваться к изменившейся жизненной ситуации [1].

Стандартов проведения психокоррекции и психотерапии онкологическим больным не разработано, но психотерапию в данном случае можно разделить на 2 больших блока.

В одних случаях психотерапия направлена лишь на принятие больным лечения и эффективность его проведения, в других случаях – широкий арсенал психотерапевтических методов используется с целью разрешения принципиальной психологической задачи онкологического пациента – принятие злокачественного характера заболевания, что во многом определяет его адаптацию к болезни [1, 2, 3, 4, 5].

Виды психотерапии

1. Индивидуальная.

Индивидуальные психотерапевтические консультации направлены на проработку индивидуальных реакций на заболевание. Ниже будут перечислены ее основные направления. В некоторых случаях индивидуальные консультации способствуют развитию психологической

готовности для групповой работы.

2. Групповая.

Работа в группе дает пациенту возможность делиться своими переживаниями с другими, научиться давать поддержку друг другу, убедиться, что он не одинок и получить опыт решения похожих проблем. Возможность выразить и разделить свои переживания с другими людьми в особой групповой атмосфере дает пациенту силу и энергию.

Методы психологического консультирования и психотерапии

1. Клиническая беседа.

Клиническая беседа является частью клинико-психопатологического метода, и носит как диагностический, так и психотерапевтический эффект. Включает в себя непосредственно беседу, наблюдение, анализ объективной информации, полученной от третьих лиц и анализ творчества пациента. Клиническая беседа, с одной стороны, направлена на изучение отношения пациента к болезни и социально-психологической ситуации в связи с заболеванием. С другой стороны, в процессе беседы у больного появляется возможность «выговориться», озвучить свои страхи, структурировать свои переживания и, тем самым, снизить эмоциональное напряжение.

Специалистом оценивается качество имеющейся у больного информации о заболева-

нии, степень признания его злокачественности, а также выясняются представления самого больного о заболевании, его причинах, мотивах выздоровления. При этом существенной является оценка того, насколько болезнь изменила сложившуюся до болезни систему отношений человека: рассчитывает ли больной на поддержку семьи, испытывает ли он трудности при сообщении о своем диагнозе другим людям, как оценивает свои взаимоотношения со значимыми для него людьми.

2. Кризисная интервенция

Кризисная интервенция – это уравновешенные, снимающие напряжение консультативные беседы, а иногда и междисциплинарное сотрудничество, усилия по созданию восстанавливающих условий в личном окружении пациента в момент кризисной реакции. Прежде всего, это работа с интенсивными чувствами и проблемой, обусловленной актуальной ситуацией (утрата здоровья, интенсивный страх перед процедурой, страх утраты женственности и т.п.), но не с личностными проблемами больного (застарелыми обидами, внутренними конфликтами). Задача врача – не отвлечь больного от пика переживаний, а дать ему возможность выразить свои чувства и, тем самым, уменьшить умственную и эмоциональную дезорганизацию и через это облегчить эмоциональное бремя, оставшееся после принятия своего состояния.

В данном случае специалист использует техники эмпатического и активного слушания, включающие: перефразирование, присоединение чувств к содержанию, вводные слова, прояснение, отражение собственных чувств. Использование навыков слушания позволяют сформулировать психологическую проблему пациента или переформулировать ее таким образом, что появляется возможность работать с ней.

Этапы психологического консультирования по К. Роджерсу:

1. Обращение пациента за помощью;
2. Распределение ответственности (знакомство, выстраиваются доверительные отношения);
3. Работа с чувствами пациента, связанными с проблемой;
4. Работа с негативными чувствами (консультант создает атмосферу, в которой пациент смог бы полно выразить, осознать и принять свои негативные чувства как часть самого себя);
5. Проявление позитивных чувств;
6. Работа с позитивными чувствами (стимулирует, не оценивает, не ищет аргументов в пользу этих чувств);
7. Возникновение инсайта у пациента – новое понимание себя.

Перечисленные этапы создания и развития терапевтического альянса носят универсальный характер и не зависят от применяемых техник.

3. Техники саморегуляции

Техники саморегуляции – система обучающих методик, направленных на формирование внутренних средств управления собственным эмоциональным состоянием путем воздействия больного на самого себя с помощью слов (аффирмация), мысленных образов (визуализация), управления мышечным тонусом и дыханием.

3.1. Дыхательные упражнения.

Дыхательные техники являются основой целых направлений в психотерапии, в настоящее время активно применяются в практике. В основе лежит акт дыхания, который напрямую связан с эмоциональным состоянием человека. Основой дыхательной гимнастики является строго заданный ритм. Метод дыхательных упражнений, призванный снизить напряжение, базируется на глубоком размерном дыхании.

3.2. Методы релаксации

Эти методы направлены на вызывание реакции мышечного расслабления, для которой характерно сниженная активация и уменьшение симпатической активности. Реакция релаксации достигается за счет концентрации внимания пациента на слове, звуке, телесных ощущениях или мышечной активности и принятия пассивного отношения к появляющимся мыслям.

3.3. Биологическая обратная связь (БОС)

БОС подразумевает обучение управлению своими физиологическими реакциями на стресс и боль, под контролем сознания. При этом, датчики регистрируют один или несколько физиологических показателей, которые коррелируют с состоянием пациента. Среди них: поверхностная электромиограмма (ЭМГ), регистрирующая мышечное напряжение в заданной мышце, параметры дыхания, частота сердечных сокращений, кожногальваническая реакция (КГР), периферическая температура. Пациент в режиме реального времени видит на экране изменение показателя и учится управлять своей физиологической реакцией. Так, БОС по ЭМГ нацелена на группы мышц, связанные с реакцией пациента на боль. Снижение тонуса этих мышц помогает вызвать реакцию общего расслабления, которая может далее изменить восприятие боли или уменьшить тревогу.

4. Динамическая психотерапия

Динамическая психотерапия – предполагает работу с вытесненными переживаниями больного, аффективный аспект которых актуализируется в связи с ситуацией болезни. Онкологическое заболевание с последующими социальными и психологическими изменениями является своего рода «пусковым механизмом» для актуализации психогенных реакции страха, тревоги, ипохондрии. Целью психоаналитической психотерапии является возвращение и осознание вытесненного психического материала, непосредственное восприятие ре-

альности и эмоциональный опыт терапевтических отношений. Но психодинамическая терапия предполагает высокую квалификацию специалиста и длительный психотерапевтический процесс, времени на который, к сожалению, у пациента может не быть.

5. Работа с образами

Работа с образами основана на использовании функций образного мышления и воображения, активно продуцируемых пациентом в процессе психологического консультирования, и представляет собой целый арсенал психотерапевтических приемов для работы с внутренним пространством человека.

5.1. Визуализация - собирательное название психотерапевтических приемов, направленных на воссоздание и управление зрительными образами во внутреннем, субъективном пространстве человека. Образы визуализации в психоаналитической психотерапии рассматриваются как одна из форм получения материала для анализа.

5.2. Символдрама (направленное воображение) – одно из направлений аналитически ориентированной психотерапии. В основе метода – свободное фантазирование. Больной рисует в воображении картину на заданную тему (мотив) и мысленно перемещается в нее, рассказывая психотерапевту о своих чувствах и ощущениях. Врач же сопровождает его в этом «путешествии». Он задает уточняющие вопросы или просит произвести определенные действия, что помогает выявить психологические механизмы защиты, разрешить бессознательные конфликты. В символдраме возможно создание символического образа значимого переживания (например, образ онкологического заболевания) и последующая его проработка на эмоциональном уровне для переоценки отношения к нему.

6. Гештальт-терапия

Гештальт-терапия предлагает экспериментальный путь работы с образами, например которые субъект запомнил из своего сновидения, или же из воспоминаний, представлений. Даже если онкологический больной не принимает болезнь и воспринимает ее как внешнее событие по отношению к своей личной истории, то это не означает, что не происходит осмысления ситуации - бессознательно больные пытаются овладеть смыслом заболевания. Так, онкологические пациенты нередко в психотерапевтическую беседу привносят рассказ о сновидениях. Кроме того, гештальт-терапия, наряду с работой со сновидениями, включает в себя большое количество вербальных и невербальных методов работы, среди них – усиление телесных реакций, «горячий» или «пустой стул», работа с метафорами и др., направленные на расширение осознания человеком себя (своих чувств, потребностей, телесных процессов, мыслитель-

ной деятельности) и внешнего мира.

7. Когнитивно-поведенческая терапия

Когнитивно-поведенческая терапия направлена на восстановление искаженного восприятия оценки себя и окружающего мира, избавление от навязчивых мыслей. В данном подходе выделяются когнитивные и поведенческие методы, применяемые у онкологических больных, в частности, при лечении посттравматического стрессового расстройства.

7.1. Когнитивная переработка травматических переживаний в связи с заболеванием основана на предположении, что дезадаптивная симптоматика вызывается разрушением стабильной картины мира и конфликтом между новой информацией и старыми представлениями. В ситуациях онкологического заболевания речь идет о реальной угрозе для жизни, чувстве опасности, снижении самооценки, новой социальной роли, изменении близких отношений. Эти когнитивные конфликты могут быть причиной навязчивых мыслей, физиологического перевозбуждения и избегающего поведения. Следовательно, главная задача терапии — идентификация и модификация конфликтов между старыми представлениями и новой информацией.

7.2. В рамках данного подхода метод визуализации включает в себя создание исцеляющих образов. Например, пациент в сопровождении специалиста учится представлять то, что происходит в его теле и разрабатывает исцеляющую символику – совокупность образов, которые помогают справиться с заболеванием. Широко применяется в онкологии методика визуализации, разработанная Саймонтоном К. и Саймонтоном С.: пациент представляет, как лейкоциты разрушают опухолевые клетки, как мертвые клетки выводятся из организма, мысленно визуализирует изменение опухоли в размерах: представляет, как получаемое лечение снижает уровень боли; представляет себя бодрым, здоровым, полным энергии. Данная методика помогает пациенту ощутить контроль над своим выздоровлением.

7.3. Постановка пациентами целей и задач на будущее – это важный компонент психотерапии, который не только способствует удовлетворению потребностей пациентов, но и становится первой попыткой сознательно сформулировать причины, по которым пациент хочет жить. Названные причины затем переходят в мотивы выздоровления конкретного пациента, и тем самым восстанавливается его связь со своей жизнью. Этот процесс служит эмоциональной и интеллектуальной подготовкой к дальнейшим действиям, при помощи которых должно укрепиться решение человека выздороветь.

7.4. Техника декатастрофизации.

В ситуации, когда пациент находится в ре-

миссии, и пережил диагностированный врачами срок жизни, и когда у него нет никаких признаков болезни, все же постоянно существует вероятность рецидива заболевания с летальным исходом. Как правило, в этой ситуации пациента активно беспокоит чувство страха по поводу возможного рецидива. Метод декатастрофизации направлен на его преодоление.

8. Нарративная (повествовательная) терапия

Нарративная (повествовательная) терапия основана на идее о том, что жизнь и отношения людей формируются знаниями и историями, которые были созданы сообществом людей и привлекаются этими людьми для осмысления и описания их опыта. Основная форма работы в данном подходе – переписывание истории, создание пациентом своей авторской позиции посредством вопросов, задаваемых психологом и направленных на ее развитие, но уже с позитивным для больного исходом, и, следовательно, эффектом. Во время беседы пациент пересказывает историю своей жизни, события которой при данной терапии представляются в несколько иной последовательности на некотором временном промежутке. Частными видами нарративной терапии являются как относительно новый метод сказкотерапия, так и древний - терапевтические притчи, которые языком метафоры помогают пациенту переосмыслить свои отношения с собой, близкими, болезнью.

9. Библиотерапия

Библиотерапия - коррекционное воздействие на больного с помощью чтения специально подобранной литературы в целях нормализации или оптимизации его психического состояния.

10. Арт-терапия

Арт-терапия – метод психотерапии, использующий творческую активность пациента при работе с болезненными переживаниями. При этом признается естественным то, что сознание человека хочет «ускользнуть» от болезненных переживаний, поэтому психолог предлагает эти переживания изобразить, слепить, и т.п. Работа по методу арт-терапии основана на проекционных механизмах психического аппарата человека: пациент с помощью рисования бессознательно «сообщает» психологу о переживаниях, с которыми он столкнулся и которые не может вербально выразить. В этом смысле инструменты арт-терапии являются эффективным способом отреагирования негативных эмоций, выражать которые пациент не умеет конструктивно (например, агрессию, чувство вины, психическую боль). В арт-терапии широко применяется рисование, лепка, музыка, фотография, кино, литературное творчество. В г.Омске известен и применяется авторский вариант Л. А. Сазоновой – «Метафора яйца».

11. Экзистенциальная терапия

Экзистенциальная терапия рассматривает

вопросы одиночества, конечности и смысла жизни, ответственности за свою жизнь. Онкологическое заболевание неизбежно сталкивает самого больного, его семью, ближайшее окружение с экзистенциальными проблемами, которые в обычной жизни могут быть скрыты. Экзистенциальные переживания у большинства больных проявляются в виде душевной боли, в чувстве несправедливости судьбы, в отчаянии, одиночестве, в субъективно значимой потребности «придать болезни смысл». С одной стороны, существует мнение, что специалисту важно быть эмпатичным и осторожным по отношению к потребности пациента находить смысл своей болезни и страданий, не усиливать характерные для него чувства вины и стыда. С другой стороны, обсуждение с онкологическим больным реальных и мнимых шансов, упущенных им в своей жизни, может привести к подлинной проработке этой темы и позволит ему встретиться с самим собой и в полной мере пережить реакцию горя. Как результат таких обсуждений у больных, по их словам: «Пробуждается воля к жизни», «Когда делишься горем, из этого вырастает что-то большее, чем горе».

12. Логотерапия

Одним из видов экзистенциальной психотерапии является логотерапия (греч. «логос» - смысл и «терапия» - забота, уход, лечение). У онкологического больного всегда возникают вопросы «За что мне болезнь? Почему я?», которые могут постепенно трансформироваться в следующие: «В чем смысл моей болезни? Что есть Я? Что есть моя жизнь?», «В чем смысл жизни?». С позиции логотерапии, именно поиск ответов на эти вопросы мотивирует человека жить, так как поиск смысла - главная движущая сила жизни и основной ресурс совладания с любыми жизненными ситуациями. При этом смысл жизни можно найти только самостоятельно в творчестве, переживаниях и сознательном принятии тех обстоятельств, которые невозможно изменить. Центральная проблема в логотерапии – это проблема ответственности: человек свободен в своем выборе смысла, но, найдя его, он несет ответственность за существование своего уникального смысла.

13. Танцдвигательная терапия

У современного человека вообще, и у онкологического пациента, в частности, нередко отсутствует контакт со своим телом. Однако возникновение болезни вынуждает его сосредоточиться на симптомах неблагополучия, идущих от тела (чувственный компонент отношения к болезни). У онкологического больного порой формируется двойственное отношение к своему телу: с одной стороны, присутствует стремление избегать встречи с источником боли вплоть до отчуждения от собственного тела, ощущения предательства с его стороны. С другой стороны, у больного может возникать чувство вины за

пренебрежительное отношение к своему телу. Пациент сталкивается с затруднением выразить свои ощущения и представить свое тело. Он часто не осознает ту часть своего тела, где развивается опухоль. Включение в общий комплекс психологической помощи способствует нормализации телесной экспрессии, гармонизации восприятия своей телесной идентичности, а также разрешению глубинных личностных конфликтов. Подобную тематику развивали Райх, Лоуэн, Фельденкрайз и др.

14. Десенсибилизация и переработка движением глаз

Десенсибилизация и переработка движением глаз - в основе метода лежит модель переработки информации, согласно которой у всех людей существует особый психофизиологический механизм, обеспечивающий переработку информации, в том числе эмоциональной, связанной со стрессами. Эти процессы в норме происходят у человека на стадии сна, сопровождающейся быстрыми движениями глазных яблок. Если по каким-то причинам информационно-перерабатывающая система блокируется, переработки травматического опыта не происходит. При этом нейронные структуры, хранящие в неизменном виде дисфункциональный материал, изолируются от других участков коры головного мозга. Цель терапии - переработать эти стрессовые воспоминания: во время фазы переработки концентрация пациента на тревожащих воспоминаниях сочетается с направляемым терапевтом движением глаз, что запускает процессы, аналогичные происходя-

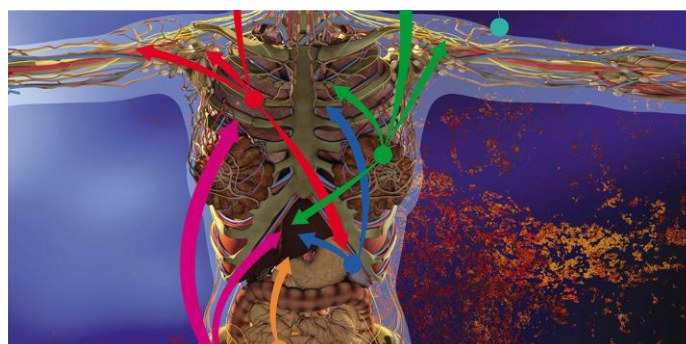
щим во сне.

Подводя итоги, следует отметить, что во время психотерапевтической работы необходимо помнить об индивидуальном подходе к пациенту и корректировать ход терапии в зависимости от актуальной ситуации: нельзя ожидать одинаково хороших результатов психотерапевтических воздействий, применяя одинаковые техники для всех больных, страдающих конкретным заболеванием. Следует также отметить, что психолого-психотерапевтическая помощь не является однозначно необходимой для каждого пациента с онкологическим диагнозом, так как нельзя недооценивать личность самого пациента в процессе адаптации к заболеванию. Вместе с тем, по нашему мнению профессиональная помощь должна быть доступна каждому. Кроме того, для полноценной психологической реабилитации желательны, и в ряде случаев необходимы, консультации членов семьи и родственников самого пациента.

В заключение можно сказать, что значимость психолого-психотерапевтической помощи пациентам и их близким в ситуации онкологического заболевания невозможно переоценить. Работа, направленная на борьбу с переживаниями, сопровождающими онкологическое заболевание, а также на поиск внутренних личностных ресурсов, обучение техникам саморегуляции, релаксации и на формирование адекватного отношения к болезни с целью психологической адаптации к заболеванию, несомненно, положительно влияет на прогноз, как для выздоровления, так и для жизни в целом.

Литература

1. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2017 году (Заболеваемость и смертность) - М.: МНИОИ им. П.А. Герцена - филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, -2018, С.- 4, 8224-226
2. Междисциплинарные аспекты реабилитации онкологических больных в нетерминальной ситуации болезни [электронный ресурс]. – Режим доступа <https://cyberleninka.ru/article/v/mezhdistsiplinarnye-aspekty-reabilitatsii-onkologicheskikh-bolnyh-v-neterminalnoy-situatsii-bolezni> (дата обращения: 20.03.2019 г.).
3. Общая физиотерапия [электронный ресурс]: учебник. – режим доступа <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425770.html> (дата обращения 20.03.2019 г.).
4. Физическая и реабилитационная медицина. Национальное руководство/ под ред. Г. Н. Пономаренко – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2017. – 512с. – ISBN 978-5-9704-4181-7.
5. Развитие сибирской психоонкологии / В. Я. Семке, Е. Л. Чойнзонов, И. Е. Куприянова, Л. Н. Балацкая; Рос. акад. мед. наук, Сиб. отд-ние, Том. науч. центр; ГУ НИИ псих. здоровья; ГУ НИИ онкологии. - Томск : Издательство Томского университета, 2008.
URL: <http://vital.lib.tsu.ru/vital/access/manager/Repository/vtls:000487523>



Редакция сетевого издания «Омский психиатрический журнал» принимает к публикации материалы по теоретическим и клиническим аспектам, клинические лекции, обзорные статьи, случаи из практики и др., по следующим темам:

1. Региональные и социальные аспекты психиатрии.
2. Клиника психических расстройств.
3. Возрастные аспекты психиатрии.
4. Клиническая психология.
5. Психиатрия и право.
6. Психофармакология.
7. Организация психиатрической помощи.
8. Психотерапия и реабилитация в психиатрии.
9. Сестринское дело в психиатрии.
10. Другие близкие темы.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ

При направлении работ в редакцию просим соблюдать следующие правила оформления:

1. Статья предоставляется в электронной версии.
 2. На отдельной странице указываются контактная информация: полные ФИО, звание, ученая степень, место работы, должность, контактный телефон и адрес электронной почты каждого автора.
 3. Объем статьи должен составлять не менее 4 и не более 10 страниц машинописного текста (для обзоров – не более 24 страниц). Текст статьи должен быть набран шрифтом TimesNewRoman12 через полуторный интервал, ширина полей – 2 см. Каждый абзац должен начинаться с красной строки, которая устанавливается в меню «Абзац».
 4. При оформлении статьи на 1-й странице текста указываются инициалы и фамилия автора (авторов), название статьи, полное название учреждения, в котором работает автор (авторы).
 5. Перед названием статьи указывается УДК.
 6. К статье прилагается резюме и ключевые слова на русском и английском языках (объемом не более 100 слов). В резюме дается краткое описание работы, в том числе цель исследования, материал и методы (количество больных, используемая методика), полученные результаты и основные выводы.
 7. Таблицы должны быть компактными, иметь порядковый номер, название и четко обозначенные графы.
 8. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрами в квадратных скобках в соответствии с пристатейным списком литературы, оформленным в соответствии с ГОСТом и расположенным в конце статьи. В списке перечисляются в алфавитном порядке сначала отечественные, затем зарубежные авторы. Все библиографические ссылки в тексте должны быть пронумерованы в соответствии с их положением в списке литературы. Фамилии иностранных авторов приводятся в оригинальной транскрипции.
 9. В тексте рекомендуется использовать международные названия лекарственных средств, которые пишутся с маленькой буквы. Торговые названия препаратов пишутся с большой буквы.
 10. Редакция оставляет за собой право научного редактирования, сокращения и литературной правки текста, а так же отклонения работы из-за несоответствия ее требованиям журнала либо нарушений действующего законодательства. Причины отклонения статей автору не сообщаются, текст рукописи не возвращается.
- Редакция не принимает на себя ответственности за нарушение авторских и финансовых прав, произошедшие по вине авторов присланных материалов.