

Теоретические основания психотерапии в реабилитации больных ревматоидным артритом

Е. В. Павлова

Уральский госуниверситет им. А. М. Горького, кафедра клинической психологии.
Областная клиническая больница № 1, г. Екатеринбург

Резюме

Ревматоидный артрит является тяжелым хроническим заболеванием, которое снижает качество жизни пациентов, нарушает их психологическое равновесие и социальное функционирование, что ставит вопрос включения психотерапии в систему реабилитационных мероприятий. С целью определения оснований психотерапевтической работы проведено психологическое исследование. На материале 24 пациентов областного ревматологического центра описаны специфические личностные особенности больных ревматоидным артритом, не наблюдаемые у пациентов других нозологических групп. Затем на материале 80 пациентов с ревматоидным артритом проведена оценка их психологического реабилитационного потенциала и анализ его эмоционального, интеллектуального и мотивационного компонентов. Обсуждение полученных результатов позволяет сделать вывод о том, что 65,0% больных нуждаются в психотерапевтической помощи для более успешного совладания с болезнью и направленной на расширение системы представлений о данном заболевании. Лечебно-реабилитационные мероприятия также ведут к укреплению мотивации пациентов на более активное участие в управлении процессом восстановления за счет осмысления всех аспектов их жизненной ситуации в условиях болезни.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, психосоматическое заболевание, реабилитация, психотерапия.

Введение

Повышение качества лечебно-реабилитационного процесса предполагает комплексный подход к пациенту, основанный на взаимодействии специалистов разных профилей: врачей, медицинских психологов и специалистов по социальной работе. Особую актуальность это имеет в случае тяжелых хронических заболеваний, одним из которых является ревматоидный артрит (РА).

В качестве объективных характеристик РА большинство авторов выделяют следующие:

а) эпидемиологическая ситуация, связанная с его достаточно высокой распространенностью — болеет около 1% населения [1];

б) трудности лечения в плане предотвращения прогрессирования аутоиммунного деструктивного поражения суставов — по данным Европейской противоревматической лиги даже на фоне базисной терапии и кортикостероидов полная ремиссия наступает не чаще, чем в 20% случаев и редко бывает продолжительной [15];

в) ранняя инвалидизация больных; высокий уровень экономических затрат [2].

Павлова Елена Владимировна — врач-ревматолог, медицинский психолог, ассистент кафедры клинической психологии Уральского государственного университета им. А. М. Горького.

С точки зрения самих пациентов, субъективно наиболее значимо то, что болезнь снижает качество их жизни [3], нарушает психологическое равновесие и социальное функционирование.

Все это ограничивает возможности совладания с РА и делает очевидным необходимость осуществления комплексного подхода, заключающегося в единстве биологического, психологического и социального видов терапевтического воздействия, что пока недостаточно представлено в практике оказания помощи таким больным. На основании многолетнего опыта сотрудничества кафедры клинической психологии УрГУ им. А. М. Горького с ревматологическим центром на базе ОКБ №1 накоплен достаточный эмпирический материал, позволяющий говорить о необходимости расширения системы реабилитации за счет психокоррекционных мероприятий и психотерапевтических интервенций. Однако сочетание медикаментозного лечения и немедикаментозных методов ведения пациентов требует тщательного теоретико-методологического осмысления, научного обоснования и описания конкретных способов реального практического воплощения. С этой целью нами проведено исследование психологических аспектов РА.

Таблица 1. Уровень алекситимии у больных с различными психосоматическими расстройствами, больных неврозами и здоровых лиц

Параметр	Психосоматические заболевания				Неврозы	Контрольная группа здоровых
	ревматоидный артрит	бронхиальная астма	гипертоническая болезнь	язвенная болезнь		
Средние значения показателя алекситимии	82,3±1,4	71,8±1,4	72,6±1,4	71,1±1,4	70,1±1,3	59,3±1,3

Материал и методы

Исследование проводилось на базе ревматологического центра Областной клинической больницы №1 г. Екатеринбурга на протяжении 2004-2006 годов, в два этапа.

На первом этапе было обследовано 24 больных с достоверным диагнозом РА, установленным в соответствии с общепризнанными критериями Американской коллегии ревматологов [16]. Из них — 2-е мужчин и 22 женщины в возрасте от 18 до 62 лет (в среднем $48,97 \pm 12,91$) с длительностью заболевания от 9 месяцев до 21 года (в среднем $7,52 \pm 6,03$).

Клинико-психологическая диагностика проводилась с целью определения роли психологического фактора в возникновении РА, изучения специфических личностных характеристик пациентов (то есть во главу угла было положено изучение психосоматического аспекта данного заболевания) при помощи следующих методик:

- мультимодальный опросник жизненной истории, разработанный А. Лазарусом, который представляет собой специфически организованный вариант системного анализа полученной от пациента информации по семи направлениям (поведение, аффекты, ощущения, представления, когниции, интерперсональные отношения и биологические факторы), что позволяет выдвигать гипотезы, касающиеся особенностей личности больного, характера его проблем и их происхождения [4];

- Торонтская алекситимическая шкала (TAS), разработанная G. J. Taylor для выявления уровня алекситимии, то есть определения способности описывать собственные эмоции у больных РА [5];

- методика косвенного измерения системы самооценок (КИСС), предложенная Е. Т. Соколовой и Е. О. Федотовой для изучения целостной системы самооценки, иерархии ценностей личности [6];

- проективная методики «Незаконченные предложения» М. Сакса и С. Леви, модифицированная для психосоматических пациентов, позволяющая исследовать смысловые установки личности [7].

На втором этапе обследовано 80 больных РА: 12 мужчин и 68 женщин в возрасте от 17 до 69 лет (в среднем $47,28 \pm 12,07$) с длительно-

стью заболевания от 6 месяцев до 20 лет (в среднем $7,75 \pm 6,51$). Использовались методики, позволяющие изучить влияние РА на психическую сферу пациентов, описать внутреннюю картину заболевания и исследовать психологический реабилитационный потенциал пациентов (ПРПП), то есть изучался преимущественно соматопсихический аспект РА:

- диагностическое интервью, специально разработанное нами в соответствии с указанной целью и структурированное в направлении исследования содержания эмоционального, интеллектуального и мотивационного компонентов ПРПП, с их последующей оценкой по критериям Ж. В. Порожиной [8];

- шкала Цунга для самооценки депрессии,

- шкала Спилбергера-Ханина для измерения уровня реактивной и личностной тревожности.

Обработка полученных результатов производилась при помощи качественного анализа и количественной оценки с использованием программы *Microsoft Office Excel*.

Результаты исследования

На первом этапе у больных РА были выявлены специфические личностные особенности, не наблюдаемые у других групп пациентов.

Во-первых, показатели алекситимии, полученные в группе больных РА (табл. 1), значительно превышают те, которые выявлены в группах больных с другими нозологиями [5].

Во-вторых, по результатам методики КИСС у больных РА выявлена нестабильность самооценки и низкий общий уровень сампринятия (табл. 2), прежде всего по сравнению со здоровыми лицами и лицами с суицидальным поведением [6].

В-третьих, по результатам методики «Незаконченные предложения» проводился каче-

Таблица 2. Уровень сампринятия у больных ревматоидным артритом, у суицидентов и здоровых лиц

Параметр	Ревматоидный артрит	Суициденты	Здоровые
Уровень сампринятия	0,26	0,38	0,72

Рисунок 1. Частота выявления депрессии по шкале Цунга у больных ревматоидным артритом



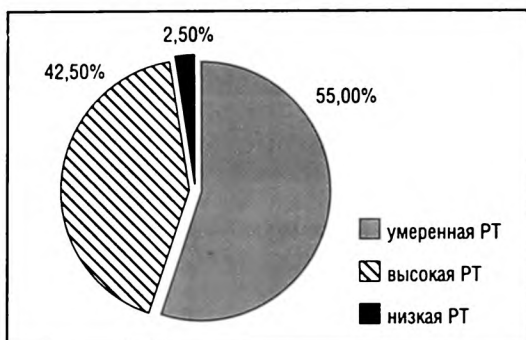
ственный анализ смысловых установок больных РА по ряду категорий, среди которых: отношение к себе, к прошлому, к будущему, цели, отношение к болезни и др. [7]. Было обнаружены присущие больным РА интрапсихические конфликты, которые проявлялись в особенностях отношения к себе и к действительности. Например, сам факт болезни воспринимался пациентами либо явно негативно, либо наоборот, подчеркивался ее позитивный смысл. Собственная жизнь оценивается ими как неудавшаяся и прожитая зря. Жизненная перспектива неопределена, образ будущего размыт, отличается нечеткостью. В иерархии личностных смыслов на первый план выходит ценность собственного здоровья.

На втором этапе исследования выявлена частота встречаемости депрессии на основании самооценки больными таких показателей, как чувство душевной опустошенности, расстройства настроения, наличие общих соматических симптомов, психомоторных симптомов, суицидальных мыслей и раздражительности/нерешительности. Как видно из результатов, представленных на рис. 1, они имеют лишь у пятой части больных РА и степень их выраженности соответствует легкой депрессии ситуативного или невротического генеза по Цунгу [7].

При этом у больных РА зафиксирована высокая частота реактивной тревожности (рис. 2), что свидетельствует об их выраженном психоэмоциональном напряжении в ситуации обострения болезни.

Кроме того, для подавляющего большинства пациентов характерны высокие показатели личностной тревожности (рис. 3), что свидетельствует об их склонности воспринимать достаточно широкий круг ситуаций как угрожающие и реагировать на них появлением состояния психоэмоционального напряжения [7].

Рисунок 2. Частота выявления реактивной тревожности (РТ) по методике Спилбергера-Ханина у больных ревматоидным артритом



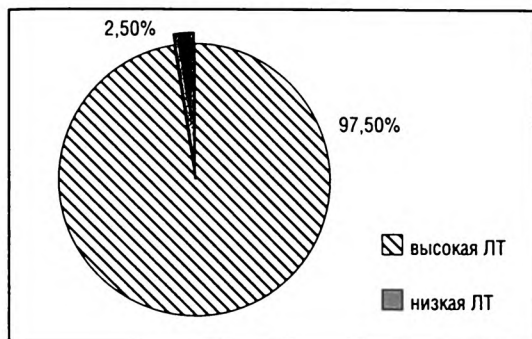
Сопоставление полученных нами данных с приводимыми в литературе затруднено в силу использования различного психодиагностического инструментария, но в целом в других исследованиях у больных РА также отмечено преобладание тревожных расстройств по сравнению с депрессивными [9].

Обсуждение результатов и выводы

Проведенное исследование психологических характеристик больных РА, оценка ПРПП и анализ содержания его структурных компонентов — эмоционального, интеллектуального, мотивационного (они отражают разные уровни внутренней картины болезни пациентов) позволили определить мишени психотерапевтической работы.

Описанные личностные особенности больных РА следует рассматривать как преморбидно возникшие черты, которые являются отражением специфической психосоматической личностной организации. Ее формирование связано с особенностями ранних этапов онтогенетического развития. В работах психоаналитически ориентированных исследователей развитие психосоматических расстройств ассоциируется с заложенными в младенчестве дефектами определения индивидом границ своего телесного Я и дефицитом Эго-идентичности, что приводит к появлению чувства потери себя и компенсации душевной боли за счет появления психосоматического симптома [10, 18]. В качестве неспецифического, предрасполагающего к развитию психосоматических заболеваний, фактора рассматривается наличие алекситимии, которая также берет начало в детстве и обусловлена особенностями воспитания, как и другие, более специфические личностные черты больных РА, которые описаны в литературе [7, 9, 17, 19] и дополнены результатами нашего исследования. По сути, они отражают

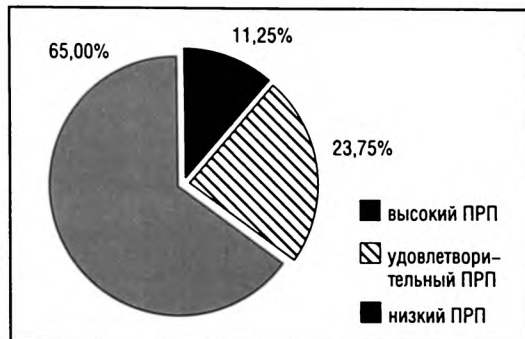
Рисунок 3. Частота выявления личностной тревожности (ЛТ) по методике Спилбергера-Ханина у больных ревматоидным артритом



наличие внутреннего конфликта, который, как считает N. Peseschkian, связан с отказом от выражения агрессивных и враждебных чувств, в разные моменты жизни возникающих у индивида, в угоду учтивости и подчинению своих желаний требованиям других [19].

Учитывая все это, психотерапевтическая работа может быть направлена на психологические условия возникновения заболевания, что реализуется в рамках динамически ориентированной психотерапии. Путь к выздоровлению при этом лежит через внутренние изменения, разрешение интрапсихических конфликтов. Однако такая психотерапия требует от больных тех способностей, которые у большинства из них в силу имеющейся алекситимии как раз развиты слабо — способности воображать, озвучивать свои чувства, углубляться внутрь себя и т.д. Поставленные перед необходимостью делать это, они могут стать еще более тревожными и напряженными. Описано, что если затронуть неосторожно вытесненную агрессивность, то у больного может возрасти страх и усилиться защитные реакции, что ухудшает его состояние [7]. Очевидно, что такая работа, направленная на психосоматическую сущность болезни, очень длительная и затратная с точки зрения психических и материальных ресурсов пациента, становится возможной лишь в отдельных случаях, но в целом не может быть рекомендована для внедрения в широкую практику реабилитационных мероприятий. Это не умаляет значимости изучения психосоматических аспектов РА, поскольку в практическом плане способствует объяснению многих важных феноменов, например, таких как отсутствие прямой зависимости между качеством медицинского воздействия, стоимостью лечебных процедур, материальными условиями жизни и динамикой заболевания.

Рисунок 4. Уровень психологического реабилитационного потенциала (ПРПП) у больных ревматоидным артритом



Другое направление психотерапевтической помощи больным РА — это работа с феноменологией переживания индивидом своей болезни, которая определяет возможности личности по совладанию с заболеванием, т.е. возможности расширения сфер жизнедеятельности за счет восстановления или компенсации нарушений на психологическом уровне, иными словами — определяет ПРПП.

На основании полученных нами на втором этапе исследования экспериментальных данных можно утверждать, что большинство больных РА имеют низкий уровень психологических возможностей для совладания с болезнью (рис. 4).

Это дает основания предполагать, что лечебно-реабилитационные мероприятия будут иметь недостаточную эффективность, а затраченные материальные ресурсы не окупятся установлением стабильной положительной динамики РА. Поэтому достижение психологического благополучия и тем самым повышение ПРПП является важной психотерапевтической целью.

Мишенями психотерапевтического воздействия при этом становятся структурные компоненты ПРПП. В частности, как показало наше исследование в отношении его эмоционального компонента, большинство больных испытывают тревожное переживания, связанные с состоянием своего здоровья в ближайшем и отдаленном будущем, с переменами в жизни. Их можно объяснить тем, что факт заболевания сделал весьма неопределенными представления о завтрашнем дне, лишил возможности рассчитывать на свои жизненные ресурсы. К этому присоединяется чувство собственного бессилия, одиночества, вины перед близкими родственниками и, у некоторых — чувство обиды. Нормализация эмоционального состояния в виде научения пациентов отреаги-

рованию эмоциональных реакций в конструктивной форме и развитие способностей саморегуляции может входить в задачи психотерапии при РА. Но с учетом того, что эмоциональные нарушения могут быть следствием определенного содержания интеллектуального и личностно-смыслового уровней опосредствования телесного страдания, как это показано в работах А. Ш. Тхостова и Г. А. Ариной [11], то воздействовать предпочтительнее именно на эти сферы психической реальности. Здесь выдвигается идея о том, что психическая активность больного, познание своего заболевания, отношение к нему и самому себе в условиях болезни может отражаться на его состоянии (эмоциональном и физическом), определять динамику болезни и эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий.

В отношении интеллектуального компонента ПРПП наше исследование показало, что он содержит в себе систему примитивных представлений о заболевании, отличных от научно-медицинских взглядов. По сути, это мифы, выступающие в облики реальности. Миф о болезни, свойственный пациентам с РА, содержит сведения о неизлечимости, о «страшных последствиях», о неизбежной полной обездвиженности. Выявленное отсутствие адекватных представлений о своем заболевании, о возможностях и путях восстановления свидетельствует о недостаточном понимании, осознании целей и задач реабилитации и может существенным образом ее затруднять. Это значит, что необходимо обеспечивать пациентов более достоверной информацией о причинах, механизмах и исходах болезни, возможностях терапии и, что особенно важно, о возможностях и способах самостоятельного контроля за своим психологическим и физическим состоянием, что позволит им эффективнее совладать с трудной жизненной ситуацией, обусловленной болезнью.

Мотивационный (личностно-смысловой) компонент ПРПП, связанный с отношением к заболеванию, с актуализацией деятельности по возвращению и сохранению здоровья, по результатам нашего исследования также может быть охарактеризован как дефицитарный. Во-первых, это связано с неадекватной концепцией болезни (если есть представления, что заболевание неизлечимо и фатально ведет к обездвиженности, то какой смысл приклады-

вать собственные усилия — заниматься лечебной физкультурой, изыскивать материальные средства для санаторно-курортного лечения и т.д.). Во-вторых, позиция больных определяется тем, что контроль за динамикой болезни и ее лечением всецело отдается в руки медицинского персонала, больной не считает себя способным контролировать и брать ответственность за события собственной жизни, даже в тех ее аспектах, которые могут быть подчинены произвольному контролю с его стороны. В-третьих, это связано с достаточно низкой осмысленностью жизни, как в целом, так и ее отдельных сторон, включая реальность заболевания. Это значит, что существует некий разрыв: есть болезнь и есть вся остальная жизнь. Поэтому заболевание воспринимается как преграда, помеха, как наказание, иногда как испытание и больные выражают инфантильное желание, чтобы его не было. Но в то же время их опыт болезни показывает, что она течет в соответствии с некими биологическими закономерностями, не только не исчезая, но и прогрессируя. Осознание этого в свою очередь наполняет больного горестными и тревожными чувствами, делая его неспособным эффективно справляться с жизненной ситуацией, в которой немалое место занимает данное заболевание.

Проведенный анализ показывает, что интеллектуальный и личностно-смысловой уровни психической организации пациентов являются наиболее значимыми мишенями психотерапевтических интервенций при РА. Достижение внутреннего согласия с фактом заболевания, принятие его как некой данности своей жизни, вместе с принятием ответственности за контроль над зависящими от них аспектами болезни и способностью прилагать к этому волевые усилия, призвано обогатить внутренние ресурсы больных РА и способствовать созданию готовности к наиболее полному осуществлению реабилитационных мероприятий.

Благодарность

Автор выражает благодарность д. м. н., профессору Е. Д. Рождественской и к. м. н. Н. Ф. Климушевой, заместителю главного врача по стационару ОКБ №1 г. Екатеринбурга за неоценимую помощь в консультировании и решении тактических вопросов обследования пациентов.

Литература

1. Ревматические болезни. Руководство для врачей. Под ред. В. А. Насоновой, Н. В. Бунчука. М.: Медицина, 1997.
2. Вялков А. И., Гусев Е. И., Зборовский А. В., Насонова В. А. Основные задачи международной декады (The Bone and Joint Decade 2000-2001) в совершенствовании борьбы с наиболее распространенными заболева-

- ниями опорно-двигательного аппарата в России. Научно-практическая ревматология. 2001; 2: 4-8.
3. Месникова И. Л. Влияние психоземotionalного состояния и личностных особенностей на качество жизни больных ревматоидным артритом. Здоровоохранение. 2002; 3: 12-15.

4. Лазарус А. краткосрочная мультимодальная психотерапия. СПб.: Речь, 2001.
5. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах. Методическое пособие для врачей психотерапевтов, психиатров, психологов. Авторы-составители: Ересько Д. Б., Исурина Г. Л., Кайдановская Е. В., Карвасарский Б. Д., Карпова Э. Б., Корепанова Т. Г. и др. СПб.: Психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, 1994.
6. Соколова Е. Т., Федотова Е. О. Апробация методики косвенного измерения системы самооценки. Вестник МГУ. Серия 14. Психология. 1982; 3: 77-81.
7. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Новейший справочник. М.: Изд-во Эксмо; СПб.: Сова, 2003.
8. Порохина Ж. В. Психологический реабилитационный потенциал инвалида. Дис...на соиск. степени канд. психол. наук. М.; 2004: 121-158.
9. Кочюнас Р., Гуобис Г. Психологические аспекты ревматоидного артрита. Ревматология. 1983; 1: 60-67.
10. Ващенко Ю. Эго-идентичность как этиологический фактор психосоматических расстройств. Клиническая психология и психотерапия. 1999; 1: 3-11.
11. Тхостов А. Ш., Арина Г. А. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни. В: Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. Л., 1990.
12. Павлова Е. В., Баранская Л. Т., Климушева Н. Ф. Психологические аспекты управления процессом реабилитации больных ревматоидным артритом. Проблемы управления здравоохранением. 2006; 5:76-83..
13. Павлова Е. В., Баранская Л. Т., Климушева Н. Ф., Рябицева О. Ф. Реабилитация в контексте психосоматического подхода В: Блохина С. И., Глотова Г. А. (ред.) Психологическое сопровождение и организационно-медицинские алгоритмы реабилитации. Екатеринбург: «СВ-96»; 2004: 195-207.
14. Баранская Л. Т., Гафарова Н. В., Павлова Е. В., Климушева Н. Ф., Иофин А. И., Рябицева О. Ф. К вопросу о единой этиологии и индивидуально-психологической динамике ишемической болезни сердца и ревматоидного артрита. В: Блохина С. И., Глотова Г. А. (ред.) Актуальные проблемы клинической психологии в современном здравоохранении. Екатеринбург: «СВ-96»; 2004: 307-319.

Полный список литературы см. на сайте umj.ru

Депрессия при ишемической болезни сердца: вероятные механизмы возникновения, терапия

И. А. Ретюнская¹, А. В. Гриб², А. В. Телегин², М. В. Архипов³, К. Ю. Ретюнский³

¹Свердловский областной клинический психоневрологический госпиталь для ветеранов войн.

²Свердловский областной онкологический диспансер.

³Уральская государственная медицинская академия.

Резюме

В статье обсуждаются результаты исследования, проведенного в Свердловском областном клиническом психоневрологическом госпитале для ветеранов войн, преследующего цель уточнения механизмов возникновения соматогенной депрессии у больных с ИБС. Рассматривается терапевтическая эффективность пиразидола у больных ИБС с депрессией.

Ключевые слова: депрессия, ИБС, диагностика, патогенез, терапия антидепрессантами, пиразидол

Актуальность проблемы

В последние годы произошла значительная эволюция взглядов на этиологию и патогенез депрессии. На основании данных отечественных и зарубежных исследователей,

Ретюнская Ирина Александровна — врач ультразвуковой диагностики Свердловского областного клинического психоневрологического госпиталя для ветеранов войн.

Архипов Михаил Викторович — д. м. н., проф. кафедры внутренних болезней факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки Уральской государственной медицинской академии.

Ретюнский Константин Юрьевич — д. м. н., проф. кафедры психиатрии Уральской государственной медицинской академии.

Гриб Андрей Викторович — зав. отделением радионуклидной диагностики Свердловского областного онкологического диспансера.

Телегин Андрей Валентинович — врач-радиолог Свердловского областного онкологического диспансера.

измерение прижизненных параметров мозговых структур, нейрометаболизма при депрессии позволяет утверждать, что в основе так называемых «функциональных» расстройств лежат патологические процессы, сопровождающиеся морфологическими изменениями мозговой ткани. Современная гипотеза патогенеза депрессии связана с нейрональной пластичностью, способности мозговой ткани в случае морфологических нарушений к функциональной перестройке нейрональной организации [1-4, 8].

Острая актуальность проблемы депрессии при ишемической болезни сердца (ИБС) обусловлена, прежде всего, высокой частотой ее возникновения. Согласно данным отечественных и зарубежных исследователей, распространенность депрессии при ИБС колеблется в широком диапазоне — от 30 до 45%. Взаимное влияние депрессии и ИБС предопределяет не-