

ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В КАРДИОЛОГИИ

В ходе исследования были изучены данные психодиагностических методик у больных с артериальной гипертензией. Выделенный контингент с психосоматическими расстройствами наряду с медикаментозной терапией получал разработанный курс психотерапии. Данная комбинированная тактика привела к стойкому улучшению состояния, снижению выраженности психосоматических проявлений, повышению эффективности лечебного воздействия и стабилизации показателей уровня АД.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, психосоматическое расстройство, психосоматическая медицина, психотерапия.

С философской точки зрения, человек и состояние его здоровья есть результат действия природы, общества и самого себя. Вопросы взаимодействия биологического и ментального, решение которых, предполагает неотделимость биологических от личностных и социальных закономерностей, применительно к вопросам здоровья и болезни выступают как вопросы целостности.[1]

Представление о существовании связей между здоровьем и болезнями человека, с одной стороны, и различными психологическими факторами, с другой относится к числу наиболее старых идей медицины. Проблема целостности телесного и ментального наиболее интенсивно разрабатывается в рамках психосоматической медицины.[2]. Очевидно, что недостаточно пытаться нормализовать деятельность одной только системы органов, изменённой вследствие психогенных дисрегуляционных влияний. Использование психосоматического подхода в лечении — важнейшее условие успешной врачебной деятельности на современном этапе.

Психосоматический подход является результатом специализации и глубоко изменяющихся отношений «врач - больной». К этому следует добавить, что гуманизация медицины, внедрение в широкую клиническую практику идей и методов психологии, реализация общемедицинской концепции профилактики и реабилитации ориентирует врачей различного профиля и медицинских психологов на личностный подход к больному человеку. Последнее обстоятельство также предполагает рассмотрение больного не только как объекта медикаментозного воздействия, но и субъекта психотерапевтического вмешательства.[3]

С понятием психосоматика сегодня связывается много разных значений и направлений исследования. Одно из объяснений связано с тем, что «психосоматические расстройства, строго говоря, принадлежат к пограничной территории между психологией и медициной» это учение о тесной взаимосвязи психических и соматических процессов в организме, одна из важнейших задач которой - исследование роли психологических факторов в этиопатогенезе телесных заболеваний. Особенности патогенеза психогенных расстройств определяют и особенности их терапии. Очевидно, что недостаточно пытаться нормализовать деятельность одной только системы органов, изменённой вследствие ментальных дисрегуляционных влияний. Использование психосоматического подхода в лечении — важнейшее условие успешной врачебной деятельности на современном этапе.

Важно учитывать при проведении психотерапии, что нельзя пренебрегать общей соматической терапией, она должна умело дополнять соматическое лечение, иметь поддерживающий характер.[4] На начальных этапах лечения психосоматических заболеваний психотерапевтическое воздействие должно быть направлено на снятие психического и соматического напряжения. Терапия психосоматических заболеваний, эффективна при комплексном воздействии традиционных медицинских, психологических, психотерапевтических, социальных и биологических методов. Если заменить соматическое лечение - то этот подход обречен на провал. Комбинация соматической терапии и психотерапии в состоянии продлить ремиссию, сократить длительность обострений, смягчить субъективное восприятие страданий пациентов и стимулировать их социальную реадaptацию. Сложность и многоаспектность патогенеза АГ (Артериальной Гипертензии) в терапевтическом плане предлагает системное воздействие на клинические, психологические и социальные факторы заболевания. В системе комплексной терапии и реабилитации больных АГ могут применяться разнообразные симптоматические методы психотерапии.[5] Потенциальные возможности современных психотерапевтических техник способны повлиять и на соматические показатели, а не только на психические нарушения при соматических заболеваниях.

Следуя целям и задачам настоящего исследования: применение психотерапевтической коррекции, мы руководствовались психологической характеристикой исследованного контингента больных. В работе рассматривался индивидуальный и групповой подход. При проведении психотерапии были использованы наиболее рациональные приемы в соответствии с особенностями больного и клинического течения болезни.

Материалы и методы. Изучив диспансерный контингент, состоящий на учете с диагнозом эссенциальная артериальная гипертония, и выделив из них пациентов с психосоматической природой заболевания мы сформировали 3 группы. Психотерапевтическая работа проводилась с больными АГ (85 человек), у которых были выявлены ПСР (психосоматическое расстройство) невротического регистра той или иной степени выраженности. Пациенты принимали один или несколько гипотензивных препаратов «первого ряда» (диуретики, Р-адреноблокаторы, а-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, антагонисты кальция), то есть препаратов 5 основных групп. Выбор класса гипотензивного препарата согласно риску, с подбором оптимальных доз проводился терапевтом или кардиологом. Первая (1ПТ, n=40) — пациенты, получающие гипотензивную терапию и симптоматическую групповую психотерапевтическую коррекцию (ориентированную непосредственно на устранение или ослабление симптоматики заболевания, улучшение общего состояния). Вторая (2ПТ, n=45) — пациенты на фоне гипотензивной терапии, проходили индивидуальную дифференцированную психотерапию (с учетом личностных особенностей)

Контрольная группа (КТ, n=35) - пациенты, получающие только медикаментозную гипотензивную терапию.

Таблица 1 - Основные социально-демографические характеристики больных АГ с ПСР в 1ПТ, 2ПТ и КТ

| Социально-демографические параметры | 1ПТ n=40, | 2ПТ n=45 | КТ n=35 |
|-------------------------------------|--------------|-------------|------------|
| Возраст | | | |
| от 35 до 45 | 8(20%) | 11(24,4%) | 6(17,1%) |
| от 46 до 50 | 17(42,5%) | 21(46,7%) | 18(51,4)% |
| от 51 до 55 | 15(37,5%) | 13(28,9%) | 11(31,4%) |
| Образование | | | |

| | | | |
|----------------------|-----------|-----------|-----------|
| Среднее | 30(75%) | 34(75,6%) | 23(65,7%) |
| Высшее | 10(25%) | 11(24,4%) | 12(34,3%) |
| Семейное положение | | | |
| Не состоит в браке | 7(17,5%) | 9(20%) | 8(22,9%) |
| Состоит в браке | 33(82,5%) | 36(80%) | 27(77,1%) |
| Длительность болезни | | | |
| До 5 лет | 16(40%) | 17(37,8%) | 13(37,1%) |
| 6-10 лет | 13(32,5%) | 15(33,3%) | 12(34,3%) |
| Свыше 10 лет | 11(27,5%) | 13(28,9%) | 10(28,6%) |

Представленные в таблице 1. данные показывают, что больные АГ психотерапевтических групп по своим основным биологическим и социально-демографическим параметрам не отличались от пациентов контрольной группы ($p > 0,05$). Психотерапевтическая работа проводилась 3 раза в неделю, длительность занятий - 1-1,5 часа. Психотерапия проводилась в нескольких этапах:

Таблица 2 - Этапы психотерапевтической программы

| | | |
|--------|----------------|--|
| 1 этап | Задачи: | 1. Установление психотерапевтического контакта 2. Постановка целей |
| | Методы: | Нейролингвистическое программирование Рациональная психотерапия |
| 2 этап | Задачи: | 1. Мотивация на лечение 2. Активизация ресурсов личности 3. Изменение системы представлений пациента и формирование ответственности |
| | Методы: | Краткосрочная позитивная (фокусированная) психотерапия |
| 3 этап | Задачи: | 1. Воздействие на психологическую составляющую заболевания 2. Потенцирование эффекта соматотропной терапии 3. Нормализация психовегетативных соотношений 4. Коррекция негативных эмоций |
| | Методы: | Рациональная психотерапия. Визуализация - работа с мысленными образами. |
| 4 этап | Задачи: | 1. Коррекция внутренней картины болезни 2. Психотерапевтическая работа с психологическими защитами и вторичными выгодами заболевания 3. Выработка адекватного отношения к комплексному поддерживающему лечению 4. Коррекция сопутствующих нервно-психических нарушений 5. Поддержка самостоятельности и инициативы больного. |
| | Методы: | Рациональная психотерапия Нейролингвистическое программирование Гештальт-терапия |

Эффективность психотерапии ПСР оценивали по клинической шкале с четырьмя градациями: значительное улучшение состояния, улучшение, незначительное улучшение, отсутствие улучшения (Тукаев Р.Д., 2003). Оценка проводилась по обязательным и дополнительным ее критериям. Для определения эффективности лечения в плане редукции невротической симптоматики использовались: клиничко- психопатологический метод; опросник невротизации (Яхин К.К., Менделевич Д.М., 1978); тест СМОЛ для оценки психологического портрета и LSI (индекс жизненного стиля) [6] для оценки психологических защитных механизмов. На протяжении всего периода исследования пациенты вели дневники самонаблюдений, в которых ежедневно записывали данные о своём самочувствии и уровне АД (артериального давления). АД больные измеряли самостоятельно 3 раза в день: утром, днем и вечером. Проводилось измерение АД также и при каждом визите к врачу (3 раза в неделю). На основании этих данных подсчитывался средний уровень АД.

Результаты.

Результаты оценивались после окончания психотерапевтического лечения и через 12 месяцев после окончания лечения.

Таблица 3 - Динамика показателей шкал опросника невротизации

| группы | 1 пт | | 2 пт | | 3 кв | |
|--------|-----------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| | До лечения (ср. знач) | После лечения (ср. знач) | До лечения (ср.знач) | После лечения (ср. знач) | До лечения (ср. знач) | После лечения (ср. знач) |
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|---------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Тревога | -2,28±0,11 | 1,14±0,21 | -2,34±0,11 | 0,15± 0,24 | -2,34± 0,3 | 1,44±0,21 |
| Невротическая депрессия | -3,72±0,18 | 1,21± 0,3 | -3,68±0,18 | 1,34± 0,31 | -3,34± 0,3 | 1,21± 0,3 |
| Астения | -2,27±0,22 | -1,06±0,42 | -2,33±0,22 | 1,76± 0,17 | -2,6±0,31 | 1,89±0,32 |
| Истерический тип реагирования | -3,89±0,5 | -1,33±0,09 | -4,14±0,5 | -2,75±0,22 | -4,12±0,08 | -0,03±0,32 |
| Обсессивно-фобические нарушения | -3,91±0,34 | -1,11±0,21 | -4,51*0,34 | -2,25±0,31 | -3,35±0,11 | -3,23±0,12 |
| Вегетативные нарушения | -8,91±0,23 | -2,56±0,17 | -9,12±0,23 | 2,18±0,34 | -8,35±0,23 | 8,23±0,21 |

*p<0,05

В 1ПТ, где проводилась симптоматическая групповая психотерапия, значительное улучшение состояния было зарегистрировано у 15 (37,5%) больных, улучшение - у 22 (55%), незначительное улучшение - у 3 (7,5%). Ни в одном случае не было отсутствия улучшения состояния.

В группе 2ПТ с индивидуальной проработкой ПЗМ (психологических защитных механизмов) значительное улучшение состояния имело место у 22 (48,9%) больных, улучшение - у 19 (42,2%) и незначительное улучшение - у 4 (8,9%). Отсутствия улучшения состояния не отмечалось.

В группе КТ эффект был расценен как незначительное улучшение состояния у 9 (25,7%) лиц, отсутствие улучшения состояния у 26 (74,3%). По данным катамнеза ухудшение психического функционирования выявилось у 6 (17,1%) с достоверным ухудшением психического состояния.

Катамнестическое исследование для группы 1ПТ выявило сохранение эффекта терапии только у 7 из 15 (46,7%) больных со значительным улучшением состояния, у 17 из 22 (77,3%) - с улучшением (p < 0,05), (p < 0,05), в группе 2ПТ - соответственно у 20 из 22 (90,9%) и у 18 из 19 (94,7%), (p < 0,05), различия достоверны.

При анализе результатов динамики показателей СМОЛ (таблица 4), выявлена наибольшая нормализация шкал во второй группе (снижение в среднем на 15,0%) – значительное улучшение состояния по Тукаеву. Первая группа пациентов, получавшая только основную психотерапию, показала снижение показателей СМОЛ на 12,0%, что соответствует критериям «улучшение состояния». В контрольной группе снижение показателей СМОЛ составило 7%. Ни в одной группе не было отсутствия улучшения состояния.

Таблица 4 - Динамика показателей СМОЛ

| группы | 1 пт | | 2 пт | | 3 кт | |
|---------------------|-----------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| | До лечения (ср. знач) | После лечения (ср. знач) | До лечения (ср.знач) | После лечения (ср. знач) | До лечения (ср. знач) | После лечения (ср. знач) |
| Шкала лжи | 47,075±5,98 | 41,4±5,26 | 47,06±5,58 | 40,00±4,74 | 47,48±6,26 | 44,16±5,83 |
| Шкала достоверности | 56,72±6,00 | 49,89±5,28 | 56,44±5,66 | 47,97±4,81 | 56,71±6,75 | 52,74±6,28 |
| Шкала коррекции | 45,35±5,58 | 39,90±4,91 | 45,15±5,17 | 38,38±4,39 | 46,68±5,24 | 43,41±4,87 |
| ипохондрия | 49,57±6,84 | 43,62±6,02 | 49,04±6,48 | 41,68±5,51 | 50,08±6,09 | 46,57±5,66 |
| депрессия | 55,07±4,97 | 48,46±4,37 | 55,35±4,83 | 47,05±4,10 | 55,54±5,49 | 51,65±5,11 |
| истерия | 56,57±8,49 | 49,78±7,4 | 56,75±7,73 | 48,24±6,57 | 56,62±8,26 | 41,02±5,06 |
| психопатия | 40,4±4,78 | 35,55±4,2 | 40,40±4,46 | 34,34±3,79 | 38,15±4,71 | 51,71±9,33 |
| паранойальность | 51,77±8,33 | 45,56±7,33 | 51,75±7,72 | 43,99±6,56 | 48,09±8,68 | 28,48±4,90 |
| психастения | 29,62±5,2 | 26,07±4,57 | 29,75±5,21 | 25,29±4,43 | 26,49±4,55 | 31,62±3,95 |
| шизоидность | 31,55±3,51 | 27,76±3,09 | 31,77±3,54 | 27,01±3,01 | 29,41±3,67 | 46,91±3,64 |
| гипомания | 46,9±3,44 | 41,29±3,02 | 46,77±3,32 | 39,76±2,82 | 43,63±3,38 | 47,48±6,26 |

Оценка динамики показателей опросника невротизации при значительном улучшении состояния выявила достоверное снижение и приближение к показателям здоровых лиц по всем шкалам. Оценка динамики показателей опросника невротизации при улучшении состояния выявила достоверное снижение практически по всем шкалам, кроме астении. Показатели вегетативных нарушений нормализуются и приближаются к показателям здоровых лиц. Оценка динамики показателей LSI (таблица 5) при значительном улучшении

состояния выявила достоверное снижение уровня пс. Оценка динамики показателей холологических защитных механизмов. Методика LSI при улучшении состояния выявила отсутствие достоверных изменений по всем шкалам.

Таблица 5 - Показатели психологических защит и их динамика у больных ПТ1 и ПТ2.

| Шкалы | ЭФФЕКТ ПСИХОТЕРАПИИ | | | |
|------------------------|---------------------|---------------|------------|---------------|
| | 1 группа | | 2 группа | |
| | До лечения | После лечения | До лечения | После лечения |
| Отрицание | 6,70 | 7,4 | 6,70 | 6,45 |
| Подавление | 6,18* | 4,2 | 6,22 | 6,15 |
| Регрессия | 8,23* | 4,4 | 8,67 | 7,40 |
| Компенсация | 5,04* | 4,6 | 5,23 | 4,8 |
| Проекция | 8,34 | 5,1 | 8,84 | 7,3 |
| Замещение | 4,21* | 2,9 | 4,53 | 4,0 |
| Интеллектуализация | 8,51 | 8,15 | 8,37 | 8,01 |
| Реактивное образование | 6,96* | 5,2 | 7,26 | 7,85 |

Как итог проведенной терапии, был произведен анализ уровней систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления (таблица 6.). Пациенты 1 группы показали стабильное снижение уровня до порогового значения (улучшение состояния), в среднем произошло снижение показателей на 15%. Во второй группе был достигнут наилучший эффект, показатели АД стабилизировались на нормальном уровне, среднее снижение САД составило 20%, ДАД – 15% (значительное улучшение состояния). В контрольной группе динамика САД составила 12%, ДАД – 10%, что недостаточно для достижения хорошего клинического эффекта.

Таблица 6 - Динамика показателей АД

| группы | 1 пт | | 2 пт | | 3 кт | |
|--------|-----------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| | До лечения (ср. знач) | После лечения (ср. знач) | До лечения (ср.знач) | После лечения (ср. знач) | До лечения (ср. знач) | После лечения (ср. знач) |
| САД | 172,2±12,83 | 142,9±10,64 | 171,8±12,28 | 137,44± 9,82 | 174,02± 12,94 | 153,14±11,39 |
| ДАД | 101,6±6,95 | 89,02± 6,12 | 102,0±7,11 | 86,7± 6,04 | 101,0±7,25 | 90,9±6,53 |

Обсуждение. Общим для обеих групп по результатам психотерапии является ослабление напряженности психовегетативного регулирования. В сфере психики в обоих случаях отмечается улучшение эмоционального состояния, снижение процессов психологического конфликта. При улучшении состояния вегетативной сферы, снижении уровня невротизации следует и улучшение эмоционального. Таким образом, психотерапия ПСР у больных АГ приводит к качественно показательным результатам. При смягчении и ослаблении невротической симптоматики, разворачивается качественная эмоциональная личностная перестройка, происходит постепенная реконструкция нормального здорового психологического профиля пациента, ведущая к клиническому улучшению соматического состояния.

Выводы. Таким образом, проведенные исследования эффективности комплексного лечения больных артериальной гипертонией выявили высокую эффективность дифференцированной интегративной психотерапевтической методики. Кроме того, было выявлено, что при проведении психотерапии у больных с целью коррекции ПСР и нормализации АД, необходимо проводить коррекцию неадаптивных форм психологических защит. Включение в программу комплексной терапии больных АГ с ПСР, индивидуальной психотерапевтической работы с защитными механизмами делает эффект психотерапии стойким (по результатам катамнестического исследования): приводит к стойкому улучшению состояния, снижению выраженности ПСР, повышению эффективности лечебного воздействия и стабилизации показателей уровня АД.

Своевременная структурно-функциональная реорганизация ПМСП (первичной медико-санитарной помощи), позволяющая увеличить долю медицинской помощи психологическими средствами имеет важное значение в профилактике и раннем выявлении нервно-психических расстройств лежащих в основе большинстве соматических расстройств, что позволит повысить качество и эффективность медицинской (в том числе и фармакотерапевтической) помощи. Высокие лечебные возможности амбулаторной помощи позволят снизить сроки лечения достичь стойкой и длительной ремиссии уровня социальной адаптации больных. Такой подход может иметь значение для повышения эффективности деятельности учреждений ПМСП при проведении профилактических мероприятий, лечении и реабилитации.

В связи с теоретическим и прикладным значением указанных вопросов организацию такого подразделения следует считать целесообразной в практической деятельности учреждений ПМСП. Сочетанное применение различных методов и форм психотерапии с одновременной реализацией взаимодействия смежных специалистов внутри ПМСП может быть реализовано на базе поликлинического подразделения психотерапевтического кабинета в целях оказания качественной и эффективной медицинской помощи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Hänsel A, von Känel R. Psychosomatic medicine and arterial hypertension - love it or leave it? Ther Umsch. 2012 May;69(5):315-23. doi: 10.1024/0040-5930/a000291.
- 2 Kowalik M. Psychosomatic aspects of arterial hypertension in women. Ann Univ Mariae Curie Sklodowska Med. 2004;59(1):245-9.
- 3 Оленко Е.С., Киричук В.Ф., Сачков С.В., Кодочигова А. Психофизиологические характеристики больных артериальной гипертензией в разных социальных условиях. -М.: Клиническая Медицина, 2008. - 86(7). – С.38-41.
- 4 Еникеев А.Х., Замотаев И.Н., Коломоец Н.М.. Психосоматика у пациентов с гипертонической болезнью в условиях профессионального стресса. -М.: Клиническая Медицина, 2008. - 86(7). – С.65-69.
- 5 Zboralski K, Florkowski A, Talarowska-Bogusz M, Macander M, Gałeczki P. Quality of life and emotional functioning in selected psychosomatic diseases, 2008 Jan 25. -62. – P.36-41.
- 6 Практическая психодиагностика. Под ред. Райгородского Д.Я., Самара: Бахрах. – М.: 2001. - С. 14-17, 82-83, 153-156.

A. ZHOLAMANOVA, G. KAUSOVA

Kazakh School of Public Health of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan

ORGANIZATIONAL ASPECTS OF PSYCHOSOMATIC THERAPY IN CARDIOLOGY

Resume: During the study examined results of psych diagnostic tests in patients with arterial hypertension. The selected contingent with psychosomatic disorders, along with drug therapy received designed course of psychotherapy. This combined strategy has led to permanent improvement, reduced the severity of psychosomatic symptoms, improved the efficiency of medical treatment and stabilized blood pressure rates.

Keywords: hypertension, psychosomatic disorder, psychosomatic medicine, psychotherapy.

А.А. ЖОЛАМАНОВА, Г.К. КАУСОВА

Денсаулық Сақтау Министрлігі – Қоғамдық денсаулық сақтау жоғары мектебі

ПСИХОСОМАТИКАЛЫҚ ТЕРАПИЯНЫҢ КАРДИОЛОГИЯДА МҮМКІНДІКТЕРІ

Түйін: Зерттеу кезінде артериалды гипертензиясы бар науқастардың психодиагностикалық әдістемелердің мәліметтері зерттелінді. Психосоматикалық аурулары бар белгіленген контингент медикаментозды терапиямен қатар психотерапия курсы қабылдады. Біріктірілген тактика ахуалдың тұрақты жақсаруына, психосоматикалық әсер етудің төмендеуіне, емдік әсердің тиімділігінің жоғарлауына және артериалды қысым көрсеткіштерінің тұрақталуына әкелді.

Түйінді сөздер: артериалды гипертензия, психосоматикалық шалдығу, психосоматикалық медицина, психотерапия.