

И. А. Бабюк, Н. В. Побережная, С. И. Найдено, Л. А. Гашкова
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
(г. Донецк)

К ВОПРОСУ О КОМПЛЕКСНОЙ КОРРЕКЦИИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ЛЕЙКОЗОМ

В настоящее время отмечается тенденция к росту числа онкологических заболеваний крови не только у лиц пожилого возраста, но и в более молодых возрастных группах, которые составляют основную работоспособную часть населения промышленных регионов. По данным ВОЗ среди гематоонкологических заболеваний хронический миелолейкоз составляет 7—15 % всех лейкозов взрослых и регистрируется с частотой 10—15 % случаев на 1 млн населения [2]. На рост показателей данной группы серьезным образом влияет экология, техногенные аварии, последствия Чернобыльской катастрофы и т. п.

Несмотря на тяжесть заболевания, современная медицина располагает арсеналом средств для продления жизни подобных больных, снижения числа рецидивов и осложнений болезни и даже полного излечения в ряде случаев [2, 5].

Особенности течения гематоонкологических заболеваний требуют обязательного диспансерного наблюдения, периодического стационарного противорецидивного лечения и определенного изменения образа жизни, что безусловно, в известной мере влияет на общее психоэмоциональное состояние пациентов. Помимо личностных особенностей, психоэмоциональному напряжению способствуют также материальные затраты на лечение, ограничение в выборе профессии, мест отдыха в летний период и т. п. Указанные факторы негативно влияют на качество жизни этих людей и провоцируют либо усугубляют уже имеющиеся соматопсихические изменения [3]. Это в свою очередь диктует необходимость изучения неопсихотических психических проявлений у больных с гематоонкологической патологией и является основанием для разработки и внедрения в специализированные гематологические отделения комплекса реабилитационных мероприятий с использованием медикаментозных препаратов и методов психокоррекции.

Целью настоящей работы является изучение распространенности психопатологических (невротических) радикалов у больных хроническим миелолейкозом, а также разработка комплексного лечения больных онкогематологической группы с использованием природных анксиолитиков и современных методов психокоррекции.

Нами в Донецком областном гематологическом центре при ИНВХ АМН Украины за период 2005—2008 гг. было обследовано 90 пациентов в возрасте от 25 до 50 лет с различной длительностью заболевания и степенью выраженности клинической симптоматики. Нами были изучены клинический анамнез, медицинская документация, проведено клиническое интервью с целью изучения психического статуса, а также многоуровневое психодиагностическое тестирование пациентов: субъективный тест самооценки (тест личностной и ситуативной

тревожности Спилбергера — Ханина), тест «Тип отношения к болезни», шкала депрессии Зунге [4].

В результате проведенного исследования у 56 (62,22 %) пациентов с длительностью течения заболевания до 2-х лет структура неопсихотических психических расстройств представлена в 55,36 % случаев астеническими, астено-вегетативными и астено-депрессивными, в 26,78 % — тревожно-фобическими и в 17,86 % — истерическими реакциями. Нередко пациенты предъявляли жалобы на свое психоэмоциональное состояние при прицельном опросе.

Также в клинической картине неопсихотических психических расстройств у данного обследуемого контингента чаще всего встречались астенические расстройства в сочетании с вегетативными проявлениями (41 чел., 73,21 %). У 23 чел. (41,07 %) отмечались раздражительность без видимой причины, чувство тревоги, тоски, подавленное настроение. На сниженное внимание, рассеянность, ухудшение памяти указывали 31 чел. (55,35 %), ожидание чего-то плохого, страхи за себя и свою семью в будущем — 27 чел. (48,21 %). Нарушение сна, отсутствие ощущения отдыха после ночного сна было у 39 чел. (69,64 %).

Распространенность клинически очерченных неопсихотических психических расстройств наблюдалась у 34 (37,77 %) пациентов с длительностью заболевания от 2-х до 5-ти лет. У этих больных психические нарушения приобретали характер клинически очерченных симптомокомплексов. Ведущими синдромами клинически очерченных психических расстройств пациентов с хроническим лейкозом были: астено-невротический (16 чел., 47,05 %), астено-депрессивный (12 чел., 35,29 %) и тревожно-фобический (6 чел., 17,64 %). Эти синдромы классифицируются в рамках МКБ-10 под шифром (F 06.3, F 06.4, F 06.6). Оценка указанных состояний проводилась на уровне синдромов из-за разнообразного и сочетанного влияния психогенных и соматогенных факторов, участвующих в их формировании, связанных с течением хронического заболевания. У 27 (79,41 %) пациентов клинические проявления очерченных форм неопсихотических психических расстройств находились в тесной зависимости от течения хронического лейкоза.

В таблице представлено распределение пациентов в зависимости от возраста, длительности заболевания и выраженности синдромов.

Безусловно, терапия данных состояний должна быть комплексной и включать в себя психокоррекционные и психофармакологические методы. Изучение онкогематологических больных говорит о необходимости принципа совместного применения различных лечебных методов, то есть сочетание гематологических медикаментозных препаратов с психотропными средствами и различными видами психотерапии. Традиционно при лечении тревожных депрессий используют антидепрессанты

Длительность заболевания	Количество человек	Возраст, лет	Астено-невротический синдром	Астено-депрессивный синдром
Впервые выявлено	11	18—40	11 чел. (19,64 %)	—
До 1-го года	23	45—59	15 чел. (26,78 %)	8 чел. (14,28 %)
До 2-х лет	22	50—68	16 чел. (28,57 %)	6 чел. (10,71 %)
От 2-х до 5-ти лет	34	47—71	23 чел. (67,64 %)	11 чел. (32,35 %)

с преимущественно седативным действием, нередко комбинируя с транквилизаторами бензодиазепинового ряда, которые, к сожалению, имеют ряд противопоказаний и побочных эффектов [6]. Для нивелирования непсихотических психических расстройств у обследуемого контингента в комплексное лечение мы включили групповой гетеротренинг и рекомендовали прием натуропатического препарата хомвио-нервин, который является единственным комбинированным природным транквилизатором и антидепрессантом одновременно, без побочных действий и привыкания. Показанием являлся избирательный терапевтический эффект составляющих хомвио-нервина: амбра — укрепляет слабую нервную систему, средство от бессонницы, головокружения; сепия — снимает спазмы сосудов головного мозга, мигрень, венозный застой, чувство страха и тревоги; гиосциамус — от депрессии, бессонницы, нервного перевозбуждения; игнация горькая показана при явлениях невроза, вегетативных расстройствах, депрессии.

Больным рекомендовали по 2 таблетки 3 раза в день в течение 1—1,5 месяцев. После проведенного месячного курса лечения позитивный результат наблюдался в течение 6 месяцев.

Для комплекса психотерапевтического воздействия учитывались следующие принципы:

- психологическая характеристика личности больного, включая преморбидные особенности;
- внутренняя картина болезни;
- тип и степень тяжести психопатологических нарушений у больного;
- степень тяжести хронического лейкоза.

Исходя из представленных выше положений подхода к психотерапии, в группе обследованных больных были сформированы четыре подгруппы: 1) с тревожно-фобической направленностью симптоматики; 2) депрессивной; 3) неврастеноподобной; 4) истероподобной.

Окончательно сформированные подгруппы составляли в среднем 7—10 человек. Деление больных на подгруппы проводилось по мере поступления больных в стационар в течение 2005—2008 годов. Психотерапия в виде группового гетеротренинга начиналась в ходе стационарного лечения. Вновь поступившие больные направлялись в ранее сформированную группу и подключались к психотерапевтическому процессу, где уже функционирующая группа выступала «в значении инструмента», которым мы пользовались в ходе этого процесса. Ряд пациентов нуждались в индивидуальных занятиях. Индивидуальные сеансы психотерапии в последующем сочетались с групповыми методами на протяжении всего периода лечения, но количественно различались в зависимости от принадлежности к той или иной группе психопатологических расстройств. Больные с более легкими формами психических расстройств комплектовались в большие группы (10 и более

человек). Остальным, у которых удерживалась тревога, страх, нарушения сна, назначали гдазепам, адаптол, по одной таблетке 2—3 раза в день. При депрессиях применяли леривон, азафен, флуоксетин в адекватных дозировках.

В ходе исследования получены следующие данные. При лечении психических расстройств в условиях гематологического стационара (21—30 дней) улучшение психического состояния на фоне комплексного лечения наступало в 80 % случаев. В итоге, субъективно все больные отмечали выраженное снижение тревоги, чувства безысходности, повышалось настроение и чувство оптимизма, что влияло на улучшение качества жизни и на прогноз общего состояния. У них появлялась мотивация к деятельности, в том числе и трудовой, позитивное отношение к своей перспективе в дальнейшем. В процессе лечения у больных менялись механизмы внутренней защиты с тенденцией к гармонизации и рационализации.

Таким образом, результаты исследований позволили сделать следующие выводы.

1. У больных с хроническим лейкозом с длительностью заболевания до 2 лет непсихотические психические расстройства отмечаются в 62,22 % случаев, а при более длительном течении (до 5 лет) — в 37,77 % случаев.

2. На выраженность психических изменений влияют степень тяжести и длительность основного заболевания.

3. Больные хроническим лейкозом с соматопсихическими расстройствами нуждаются в фармако- и психокоррекции (групповой тренинг). В качестве фармакотерапии применили природный транквилизатор и антидепрессант хомвио-нервин, в результате чего эффективность составила 80 %.

4. Рекомендовано шире использовать фармако- и психотерапию в коррекции непсихотических психических расстройств у соматических больных, в частности онкогематологии.

Список литературы

- Возный Э. К., Малова Ю. В. Индивидуальный подход в комплексном лечении онкологических больных // Вопросы онкологии. — 1999. — Т. 45, № 2. — С. 202—204.
- Кривец Д. Я. Заболеваемость лимфо- и ретикулосаркомаами взрослого населения Украины в 1991—1998 гг. // Онкология. — 2000. — Т. 2, № 3. — С.162—166.
- Портнов А. А. Психологические факторы болезни. Психология и медицина. — Москва, 1987. — С. 181—184.
- Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. — Самара: ИД «БАХРАХ», 1998. — 672 с.
- Холланд А. С., Леско Л., Фрейдин Ю. Л. и др. Опыт введения в современную психоонкологию // Независимый психиатрический журнал. — 1995. — № 4. — С. 9—17.
- Компендиум 2000/2001 — Лекарственные препараты / Под ред. В. Н. Коваленко, А. П. Викторова. — К.: МОРИОН, 2000. — 1456 с.

Надійшла до редакції 28.01.2009 р.

І. О. Бабюк, Н. В. Побережна, С. І. Найденко, Л. А. Гашкова

**До питання комплексної корекції
непсихотичних психічних розладів
у хворих хронічним лейкозом**

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького
(м. Донецьк)*

Проведено клініко-психопатологічне та психологічне дослідження хворих на хронічний лейкоз з метою виявлення непсихотичних психічних розладів у них. Виділена структура початкових проявів, а також клінічно окреслених форм психічних розладів при цій патології та основні синдроми: астеничний, астено-депресивний, астено-невротичний у сполученні з вегетативними розладами. Розглянуті принципи фармако- (хомбіо-нервін) та психотерапії непсихотичних психічних розладів у хворих на хронічний лейкоз. Зроблені акценти на клінічні прояви хронічного лейкозу під час вибору методики психотерапевтичного впливу. Подано результати аналізу ефективності проведених лікувальних заходів.

I. A. Babiuk, N. V. Poberezhna, S. I. Naidenko, L. A. Gachkova

**The structure of non-psychotic mental disorders
at patients with chronic leucosis and their correction**

*Donets'k national medical university
(Donets'k)*

Clinical, psychopathologic and psychological inspection of patients by chronic leucosis is carried out with the purpose of revealing not psychotic disorders. The structure of initial manifestations, and also the completed forms of not psychotic disorders is designated at this pathology and the basic sets of symptoms: asthenic, asthenodepressive, asthenonevrotic in a combination to vegetative frustration. Principles of a pharmaco- and psychotherapy not psychotic disorders at patients with a chronic leucosis were considered. Accents on clinical manifestation of a chronic leucosis are made at a choice of a technique of psychotherapeutic influence. Results of the analysis of efficiency of the carried out medical actions are submitted.

УДК 616.89-07-036.66

В. А. Демченко, В. В. Зогуля, С. В. Пономарев

Киевская городская психоневрологическая больница № 2 (г. Киев)

**КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
ПРИ ПЕРВИЧНОМ ПСИХОТИЧЕСКОМ ЭПИЗОДЕ**

Под психосоциальной реабилитацией понимается восстановление (формирование — в случае изначальной недостаточности) нарушенных когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов личности (включая навыки, знания, умение взаимодействовать, решать проблемы и пр.) у психически больных с изъятиями социальной адаптации, обеспечивающих их интеграцию в общество (И. Я. Гурович, Я. А. Сторожакова, 2001). С этой целью используется комплекс психосоциальных воздействий различных форм и методов, направленных на восстановление потенциала пациента, что делает возможными его усилия для достижения более полного или равного с другими положения в обществе.

Первичную психологическую помощь лицам, перенесшим первичный психотический эпизод, можно разделить на ряд этапов. Первый этап заключается в установлении доверительного контакта и в подробном анализе проблемы. На втором этапе выявляются личностные особенности пациента. На третьем осуществляется интеллектуализация; на этом этапе пациент овладевает проблемой и учится решать задачи, возникающие в процессе лечения. И, в заключение, на четвертом этапе формируется чувство уверенности и планирование различных видов деятельности.

После перенесенного первого психотического эпизода является важным вернуть человека в общество и сохранить его трудовые навыки, другими словами — адаптировать его к окружающей среде. В восстановлении важно учитывать внутренние ресурсы человека, чтобы его желания совпадали с его возможностями, с физическими и психологическими силами. И. Я. Гурович и А. Б. Шмуkler в своей книге «Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных» (2002 г.) выделяют следующие три этапа психосоциальной реабилитации:

1. Этап активных психосоциальных воздействий (психосоциальная терапия). Это этап психосоциального лечения, то есть использования различных, из имеющегося арсенала, форм психосоциальных воздействий,

направленных на восстановление у больных оказавшихся нарушенными или недостаточными когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов, с учетом обусловленных ими особенностей социальной дезадаптации. Это последнее обстоятельство требует, как обычно при терапии, назначения соответствующих адекватных форм психосоциальных воздействий.

Начало процесса психосоциальной реабилитации не обязательно совпадает с пребыванием пациента в больнице. Он может начаться в любом периоде оказания психиатрической помощи. Важно другое — определение характера и степени социальной дезадаптации, нуждаемости в той или иной конкретной форме психосоциального воздействия. Это обычно этап наиболее активных психосоциальных воздействий.

2. Этап практического освоения приближенных к прежним или новых для пациента ролевых функций и социальных позиций.

В основном это функция всего комплекса «промежуточных» (между психиатрическими учреждениями и обществом) организационных звеньев, приближающих пациента (с помощью ступенчатого практического освоения социальных ролей и позиций) к жизни непосредственно среди населения. Одновременно это процесс «генерализации» восстанавливаемых навыков, умений, знаний (полученных с помощью различных форм психосоциальных воздействий и использующих, естественно, более узкий круг моделей) применительно к все более сложным социальным отношениям и требованиям, то есть к тому, что ожидает пациента при возвращении в жизнь.

3. Этап закрепления и поддержки в той или иной степени неполного или полного социального восстановления.

Совершенно очевидно, что в социальной поддержке и продолжении психосоциальной работы в сообществе значительная часть пациентов будет нуждаться постоянно. Эффект примененных психосоциальных воздействий (образовательных, тренинговых и др. программ)