

*Е. Г. Сорока*

Областная клиническая психоневрологическая больница —  
Медико-Психологический Центр (г. Донецк)

## ПСИХОКОРРЕКЦИЯ ОРГАНИЧЕСКИХ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИОННО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ШАХТЕРОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ТЕХНОГЕННЫЕ АВАРИИ

Органические психические непсихотические нарушения у шахтеров, перенесших техногенные аварии, представляют серьезную медицинскую проблему. Органический симптомокомплекс усложняет комплексное лечение данного контингента пациентов. В результате настоящего исследования изучена возможность с помощью разработанного комплекса реабилитационно-восстановительных мероприятий снижения глубины психопатологической симптоматики, развития адаптивных паттернов социального функционирования, формирования «нормогностического» понимания больными своего текущего состояния и прогноза на будущее.

*Ключевые слова:* органические психические непсихотические нарушения, шахтеры, техногенные аварии, реабилитационно-восстановительное лечение

В настоящее время в Украине в сфере охраны психического здоровья произошла кардинальная смена парадигмы с биологической «медицинской модели» на биопсихосоциальную, ориентированную на интеграцию потребителей услуг системы охраны психического здоровья в сообщество [1—6].

Биопсихосоциальный подход нашел широкое распространение в отечественной и западной психиатрии также и в виде внедрения различных психосоциальных реабилитационных технологий [7—9].

М. П. Боро (2012) в качестве основной цели реабилитации выделяет ресоциализацию пациентов, то есть восстановление их социальных связей, нарушенных болезненными изменениями, адаптацию пациентов к труду и условиям жизни на новом, измененном болезнью уровне [10].

С. И. Табачниковым и соавторами (1988 г.) была внедрена в работу профилакториев промышленных предприятий психотерапевтическая служба, занимающаяся профилактикой и реабилитацией пациентов с пограничными психическими нарушениями. На примере работников шахт Донецкого угольного бассейна была разработана система лечебно-реабилитационных мероприятий, включавшая следующие этапы. 1 этап — обследование лиц с психосоматическими заболеваниями в условиях кабинета психогигиены шахты. 2 — проведение психопрофилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий. 3 — поддерживающая терапия в кабинете психогигиены и социально-трудова реадaptация. Результатом реализованной программы явилось снижение сроков временной нетрудоспособности наблюдаемых шахтеров в течение года на 21,9 % [11—13].

Органический симптомокомплекс создает определенные сложности в комплексном лечении. В связи с этим подобные пациенты признаются медицинским сообществом «непригодными», «неподходящими» для получения психотерапевтической помощи [14, 15].

По мнению И. И. Шереметьевой (2008), труднокурабельный характер экзогенно-органических психических расстройств указывает на необходимость поиска оптимальных терапевтических подходов [16].

В то же время в отечественной литературе имеются лишь единичные работы, посвященные реабилитации больных с органическим поражением головного мозга [17, 18], хотя налицо высокая практическая потребность в использовании медицинскими учреждениями данных программ.

Цель исследования — разработка эффективного комплексного реабилитационно-восстановительного лечения на стационарном этапе у шахтеров с органическими психическими непсихотическими нарушениями вследствие техногенных аварий.

На базе Областной клинической психоневрологической больницы — Медико-Психологического Центра (г. Донецк), в условиях стационара обследовано 150 шахтеров, пострадавших в результате техногенных аварий, в возрасте от 20 до 57 лет.

Для оценки эффективности разработанного комплекса реабилитационно-восстановительной терапии органических непсихотических психических расстройств (ОНПР) на стационарном этапе все обследованные шахтеры были разделены на 2 группы.

В терапевтическую (основную) группу были включены 110 пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, которым в комплексе с фармакотерапией на протяжении всего стационарного лечения проводилась психотерапия.

В группу сравнения (контрольную) были включены 40 пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, которые отказались от психокоррекционных мероприятий. В данной группе проводили только дифференцированную фармакотерапию, согласно протоколам МОЗ Украины.

При распределении обследованных с органическими непсихотическими психическими расстройствами согласно диагностическим критериям МКБ-10 ведущими являлись органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство (F 06.6) — 76 обследованных (50,7 %); церебрастенический синдром — 54 обследованных (36 %). У 20 обследованных (13,3 %) было диагностировано органическое расстройство личности (F 07.0).

Каждый пациент был обследован перед первой сессией и по окончании стационарного этапа реабилитационно-восстановительного лечения следующими способами:

1) методом самооценки пациентами своего состояния в сочетании с неструктурированным клиническим интервью;

2) методом объективной (стандартизированной) оценки тяжести тревоги, депрессии, ангедонии, астении, памяти, внимания до и после лечения.

Для оценки динамики выраженности психопатологических показателей использовали стандартизированные опросники: шкала Гамильтона для оценки тревоги (HARS), шкала депрессии Монтгомери — Асберг (MADRS), Шкала астенического состояния (ШАС), Шкала для измерения способности больных получать удовольствие (SHAPS), а также с помощью методик «Запоминание 10 слов», «отсчитывание по Е. Краерелин», «таблицы Шульце».

Проведение стационарного этапа комплексного лечения выполнялось в объеме, предусмотренными протоколами МОЗ Украины.

Фармакотерапия ОНПР отличается крайней сложностью. Это связано с хроническим течением, гетерогенностью клинических проявлений и высокой резистентностью к терапии.

При подборе психотропных препаратов мы учитывали требования, разработанные Н. А. Марутой (2000) [19]:

- минимальная выраженность побочных эффектов (нейротропных и соматотропных), которые могли бы нарушить функции внутренних органов, привести к усугублению имеющейся соматической патологии;
- ограниченность признаков поведенческой «токсичности» (седация, нарушение концентрации внимания и т. д.);
- безопасность при передозировке;
- простота использования (возможность назначения фиксированной дозы препарата или минимальная потребность в ее титрации).

Психофармакотерапию осуществляли дифференцировано, в зависимости от структуры установленного психопатологического синдрома.

Дозы медикаментозных препаратов подбирались индивидуально и соответствовали средним терапевтическим дозам.

При астенических и апатических проявлениях в сочетании с антидепрессантами с активирующими свойствами (сертралин) использовали препараты, уменьшающие астенический компонент и обладающие ноотропным действием (фенибут 750 мг/сут).

При тревожно-фобических проявлениях предпочтение было отдано сочетанию антидепрессантов с противотревожным действием (пароксетин 10—30 мг/сут) и нейролептикам. Были использованы препараты «мягкого» нейролептического действия, редко вызывающие осложнения и обладающие седативным и вегетостабилизирующим действием — хлорпротиксен (25—75 мг/сут). Применение данных препаратов дополняли использованием ноотропов с транквилизирующим действием (ноофен 500 мг/сут).

При эксплозивных проявлениях для коррекции поведения и личностных девиаций использовали тиоридазин (25—75 мг/сут).

Определенные сложности возникали и при использовании у пациентов с ОНПР психотерапевтических методов. Свойственные данному контингенту пациентов инертность и ригидность психической деятельности препятствовали выработке новых или изменению старых жизненных и поведенческих стереотипов, значительно ограничивали способность к интроспекции.

Многие больные акцентировали внимание на биологическое происхождение своего патологического состояния, и у них отсутствовал или был слабо выражен запрос на психологическую помощь и интерес к самоисследованию внутреннего мира.

Также у пациентов отмечалось мышление по типу «все или ничего», игнорирование позитивной информации о себе и окружающем мире, фиксация на теме утраты физического здоровья.

В комплексе реабилитационно-восстановительного лечения на стационарном этапе применяли личностно-ориентированную (реконструктивную) психотерапию [20, 21].

Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия (ЛОПП), как самостоятельное направление в психотерапии, включает в себя:

- 1) концепцию личности как систему отношений индивида с окружающей средой;
- 2) биопсихосоциальную концепцию непсихотических психических расстройств;
- 3) систему личностно-ориентированной индивидуальной и групповой психотерапии, основной целью которой является достижение позитивных личностных изменений (коррекция нарушенной системы отношений, неадекватных когнитивных, эмоциональных и поведенческих стереотипов), что ведет как к улучшению субъективного самочувствия пациента и устранению симптоматики, так и к восстановлению полноценного функционирования личности.

Также нами в комплексе реабилитационно-восстановительного лечения на стационарном этапе проводился тренинг когнитивных навыков, в основе которого лежали принципы психосоциальных тренингов, разработанные Н. А. Марутой [19].

Н. А. Марута и соавторы разработали комплекс психосоциальных тренингов для пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, направленных на формирование или восстановление недостающих/утраченных в результате болезни когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов личности, навыков, знаний, умения взаимодействовать, решать проблемы, использовать стратегии совладания у пациентов, обеспечивающих их интеграцию в общество [19].

Основными задачами тренинга когнитивных навыков явились:

1. уменьшение выраженности симптомов расстройства;
2. повышение эффективности фармакотерапии (достижение комплаентности);
3. повышение адаптивных ресурсов личности;
4. формирование конструктивных типов приспособительного поведения;
5. улучшение отсроченных результатов.

Реализованный нами тренинг когнитивных навыков содержал два модуля.

Психообразовательный модуль представлял собой групповую дискуссию. Вторым модулем тренинга когнитивных навыков являлся модуль практических упражнений. Реализация данного модуля подразумевала выполнение пациентами упражнений, способствующих развитию памяти.

Комплекс реабілітаційно-восстановительного лікування на стаціонарному етапі включав використання технік телесно-орієнтованої психотерапії (ароматерапія, музикотерапія). Данні техніки, навчали медленному диханню і системному послабленню основних груп м'язів з метою оволодіння навичками саморегуляції. Це дозволяло пацієнтам, знизити фіксацію на болізнених переживаннях, самостійно контролювати страхи і тривогу, удосконалити переносимість болювого синдрому, здатності нормалізації настроєння і сну.

Психотерапевтичний регламент використовуваних методів був наступним.

ЛОРП — 10 групових сеансів продовжительністю 1 год; 5 індивідуальних сеансів продовжительністю 45 хвилин — 1 год.

Тренінг когнітивних навичок включав два модуля.

Психоосвітальний модуль проводився в груповій формі в теченні двох тижнів по 3 сеанси в тиждень, продовжительністю 1 год.

Модуль практичних вправ проводився в груповій формі в теченні двох тижнів по 3 зустрічі в тиждень, продовжительністю 1 год.

Телесно-орієнтована психотерапія — 15—20 групових психотерапевтичних сесій, тривалістю по 30—45 хвилин кожна.

Суб'єктивна оцінка пацієнтами, змінний свого емоційного стану в процесі проведення психокоррекційних заходів на фоні медикаментозної терапії і виключительно фармакотерапії представлена в табл. 1.

Таблиця 1

**Самооцінка пацієнтами результату реабілітаційно-восстановительного курсу на стаціонарному етапі**

Динаміка	Групи пацієнтів				Всього (n = 150)	
	Основна (n = 110)		Контрольна (n = 40)			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Улучшение	93	84,5	11	27,5	104	69,3
Без динаміки	17	15,45	27	67,5	44	29,3
Ухудшение	—	—	2	5	2	1,3

Таким образом, результатами реабілітаційно-восстановительного курсу на стаціонарному етапі у шахтерів з ОНПР в рамках розробленої медико-соціальної стратегії явилось удосконалення клінічного стану у 104 осіб (69,3 %), відсутність динаміки спостерігалось у 44 осіб (29,3 %), погіршення свого стану констатували 2 осіб (1,3 %).

Улучшение в основній групі склало 84,5 % (93 осіб), відсутність динаміки спостерігалось у 17 осіб (15,45 %), погіршення в стані не спостерігалось.

В контрольній групі діагностовано удосконалення у 11 осіб (27,5 %), відсутність динаміки — у 27 осіб (67,5 %), погіршення — у 2 осіб (5 %), при цьому якість удосконалення в стані було нижче, ніж в основній групі.

Ефективність лікування, крім суб'єктивної оцінки пацієнтами з ОНПР свого стану, оцінювали з допомогою шкали Гамільтона для оцінки тре-

воги (HARS), шкали депресії Монтомєри — Асберг (MADRS), Шкали астеничного стану (ШАС), Шкали для вимірювання здатності боліхнути задоволення (SHAPS), а також з допомогою методик «Запаминання 10 слів», «отсчитывание по Е. Краепелін», «таблицы Шульте». Отримані результати (табл. 2) відображають наступну динаміку в порівнюваних групах.

Таблиця 2

**Результати реабілітаційно-восстановительного лікування при виписці із стаціонара**

Методика	Терапевтична група (n = 110) M ± m %	Контрольна група (n = 40) M ± m %
SHAPS	11,2 ± 0,7	10,78 ± 0,86
MADRS	17,4 ± 1,0	9,22 ± 0,36*
HARS	16,7 ± 0,7	11,24 ± 0,54*
ШАС	6,83 ± 0,03	3,22 ± 0,09*
Запаминання 10 слів	13,6 ± 1,09	10,8 ± 0,9
Отсчет по Крепелину	14,2 ± 0,73	13,6 ± 0,6
Таблицы Шульте	13,07 ± 0,3	12,84 ± 0,86

Примечание: \* — p < 0,05

В основній групі виявлено статистически достовірне удосконалення (p < 0,05) по шкалі MADRS (17,4 % ± 1,0 % в терапевтичній групі в порівнянні з 9,22 % ± 0,36 % в контрольній групі); по шкалі HARS (16,7 % ± 0,7 % в терапевтичній групі в порівнянні з 11,24 % ± 0,54 % в контрольній групі); по шкалі ШАС (6,83 % ± 0,03 % в терапевтичній групі в порівнянні з 3,22 % ± 0,09 % в контрольній групі). Решта показників не виявили статистически достовірного рівня змін.

В основній групі отриманий позитивний терапевтичний ефект клінічески проявлявся зменшенням глибини депресивних переживань, знизженням вираженості тривожних проявлень, формуванням емоційної стійкості поведінки, підвищенням тону особистості.

Таким образом, запропонована нами модель комплексного реабілітаційно-восстановительного лікування дозволила вирішити наступні терапевтичні задачі:

- зменшити існуючу психопатологічну симптоматику;
- розвинути «нормогнозическое» розуміння боліхнути свого поточного стану і прогнозу на будуще;
- розвинути адаптивні паттерни соціального функціонування.

Отримані в ході дослідження данні свідчать в користь того, що реалізований нами комплекс реабілітаційно-восстановительних заходів являється ще одним методом, показавшим свою ефективність, в арсеналі засобів для лікування органічних непсихотических психических розстройств у шахтерів, перенесших техногенні аварії.

**Список літератури**

1. Волошин П. В. Психоневрологическое здоровье населения Украины и задачи психоневрологической науки и службы / П. В. Волошин, И. И. Кутько, Л. И. Дьяченко // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2004. — № 2 (12). — С. 3—8.
2. Кабанов М. М. Реабилитация в контексте психиатрии / М. М. Кабанов // Медицинские исследования. — 2001. — Т. 1. — Вып. 1. — С. 9—10.
3. Руководство по реабилитации лиц, подвергшихся стрессорным нагрузкам / под ред. В. И. Покровского. — М.: Медицина, 2004. — 400 с.
4. Хобзей М. К. Соціально-орієнтована психіатрична допомога в Україні: проблеми та рішення / М. К. Хобзей, П. В. Волошин, Н. О. Марута // Український вісник психоневрології. — 2010. — Т. 18, вип. 3 (64). — С. 10—14.
5. Абрамов В. А. Психиатрия как субъект социальной политики государства / В. А. Абрамов. — Донецк: КИТиС, 2000. — 130 с.
6. Волошин П. В. Медико-психологические аспекты экстремальных событий и проблема посттравматических стрессовых расстройств / Волошин П. В., Шестопалова Л. Ф., Подкорытов В. С. // Международный медицинский журнал. — 2000. — Т. 6. — № 3. — С. 31—34.
7. Стратегічні шляхи розвитку психотерапії та медичної психології в Україні / [Михайлов Б. В., Табачников С. І., Марута Н. О. та ін.] // Український медичний альманах. — 2004. — Т. 7, № 4. — С. 99—102.
8. Мироненко И. А. Биосоциальная проблема в современной психологии и перспективы развития отечественной теории / И. А. Мироненко // Психологический журнал. — 2005. — Т. 26, № 1. — С. 88—94.
9. Холмогорова А. Б. Биопсихосоциальная модель как методологическая основа для изучения психических расстройств / А. Б. Холмогорова // Социальная и клиническая психиатрия. — 2002. — № 3. — С. 97—104.
10. Організація психотерапевтичної допомоги в системі реабілітації хворих та інвалідів з психічними й поведінковими розладами, кризовими станами і потерпілих у результаті техногенних аварій і катастроф в умовах реформування охорони здоров'я / [М. П. Бєро, В. В. Маруніч, О. М. Зінченко та ін.]. — Донецьк: «Каштан», 2012. — 84 с.
11. Табачников С. И. Клинико-эпидемиологические аспекты распространенности пограничных психических расстройств

- у рабочих угольной промышленности / С. И. Табачников // Актуальные проблемы пограничной психиатрии. — Витебск, 1989. — Ч. 1. — С. 99—100.
12. Табачников С. И. Опыт организации медико-профилактической службы на промышленных предприятиях / С. И. Табачников // Здравоохранение РФ. — 1984 — № 4. — С. 28—31.
13. Табачников С. И. Психопрофилактика и психотерапия неврозов и некоторых психосоматических заболеваний в условиях кабинетов медико-психологической службы промышленных предприятий / С. И. Табачников // 7-й Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. — М., 1981. — Т. 2. — С. 290—292.
14. Kersel D. A. Psychosocial functioning during the year following severe traumatic brain injury / D. A. Kersel, N. V. Marsh, J. H. Havill // Brain Injury. — 2001. — Vol. 15. — P. 683—696.
15. Wilson B. A. Towards a comprehensive model of cognitive rehabilitation / B. A. Wilson // Neuropsychological Rehabilitation. — 2002. — Vo. 12. — P. 97—110.
16. Шереметьева И. И. Экзогенно-органические психические расстройства в общей структуре психических заболеваний (клинико-эпидемиологическое исследование): дис. на соискание уч. степени д-ра мед. наук : спец. : 14.00.18 / Шереметьева Ирина Игоревна. — М., 2008. — 280 с.
17. Медико-биологические и социальные аспекты профилактики шахтной патологии, травматизма и реабилитации шахтеров / [В. А. Черно, Н. С. Ханченков, К. Г. Громов и др.] // Медицина в Кузбассе. — 2004. — № 2. — С. 23—26.
18. Ханченков Н. С. Медицинская реабилитация пострадавших — инвалидов после тяжелых несчастных случаев на производстве в Кузбассе, ее эффективность / Н. С. Ханченков, Е. В. Большакова // Материалы V Всероссийского Конгресса «Профессия и здоровье», 2006. — С. 669—672.
19. Марута Н. А. Эмоциональные нарушения при неврологических расстройствах. — Харьков: АРСИС, 2000. — 160 с.
20. Карвасарский Б. Д. Групповая психотерапия как предмет исследования / Б. Д. Карвасарский, В. А. Мурзенко // Клинико-психологические исследования групповой психотерапии при нервно-психических заболеваниях. — Л., 1979. — С. 25—30.
21. Исурина Г. Л. Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия и основные тенденции ее развития / Г. Л. Исурина // Психотерапия: от теории к практике. — СПб., 1995. — С. 81—87.

Надійшла до редакції 03.06.2013 р.

**О. Г. Сорока**

Обласна клінічна психоневрологічна лікарня —  
Медико-Психологічний Центр (м. Донецьк)

**Психокорекція органічних неспсихотичних психічних розладів на стаціонарному етапі реабілітаційно-відновлювального лікування у шахтарів, які перенесли техногенні аварії**

Органічні неспсихотичні психічні порушення у шахтарів, які перенесли техногенні аварії, становлять серйозну медичну проблему. Органічний симптомокомплекс ускладнює комплексне лікування даного контингенту хворих. В результаті цього дослідження вивчена можливість за допомогою розробленого комплексу реабілітаційно-відновлювальних заходів зниження глибини психопатологічної симптоматики у хворих, розвитку адаптивних паттернів соціального функціонування, формування «нормогнозичного» розуміння хворими свого поточного стану та прогнозу на майбутнє.

*Ключові слова:* органічні неспсихотичні психічні розлади, шахтарі, техногенні аварії, реабілітаційно-відновлювальне лікування.

**E. G. Soroka**

Donets'k regional clinical psychoneurological hospital —  
medico-psychological centre (Donets'k)

**Psychocorrection of organic mental disorders at the stationary stage of rehabilitation of the miners who have technogenic accidents**

Organic mental not psychotic violations at the miners who have transferred technogenic accidents, represent a serious medical problem. The organic symptomocomplex complicates complex treatment of this contingent of patients. As a result of the real research opportunity by means of the developed complex of rehabilitation and recovery actions of decrease in depth of psychopathological symptomatology, development of adaptive patterns of social functioning.

*Keywords:* organic mental disorders, miners, technogenic accidents, rehabilitation treatment.