

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПНЕВМОКОНИОЗАМИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

Канд. мед. наук Л. А. ВАСЯКИНА

Запорожский государственный медицинский университет

Сформулированы общие требования к организации психосоциальной реабилитации больных пневмокониозом на этапе амбулаторного лечения. Разработан интегративный терапевтический комплекс, включающий современные методы психотерапии в сочетании с информационной и биологической терапией, которые способствуют выработке социально приемлемого жизненного стереотипа пациентов и коррекции психических расстройств. Установлено, что адекватное систематическое лечение оптимальными дозами препаратов на амбулаторном этапе позволяет получить стойкие ремиссии заболевания у 46,3 % больных уже через 6–12 месяцев.

Ключевые слова: пневмокониоз, качество жизни, психосоциальная реабилитация, амбулаторный этап, психокоррекция, основное лечение, ремиссия.

В последние десятилетия активно проводятся психологические исследования в области соматической медицины. Это связано с признанием роли психологических факторов в возникновении, течении и лечении различных соматических расстройств, с усилением внимания к психическим и физическим качествам человека в условиях болезни [1–4].

Ситуация болезни резко меняет характер взаимоотношений человека с окружающим миром. Поэтому комплексное рассмотрение взаимосвязи болезни и личности позволяет говорить об изменении не физического и/или психического статуса больного, а всей системы его отношений с миром и к миру [5–7].

Теоретической основой этого направления в отечественной клинической психологии является концепция личности В. М. Мяснищева, в которой человек понимается как единая биопсихосоциальная система, а личность — как система эмоционально насыщенных отношений с социальным окружением и самим собой. В этой системе болезнь как ситуация неопределенности и непрогнозируемый результат могут выступать в качестве самостоятельного психотравмирующего фактора, дестабилизируя картину мира, разрушая самооценку, привычный порядок происходящих событий, характер межличностного взаимодействия и в целом социальное функционирование личности [8–11].

Последнее время значительное количество исследований посвящено изучению психологических особенностей и качества жизни (КЖ), связанного со здоровьем больных с легочной патологией. В частности, существенно возрос интерес к изучению КЖ больных пневмокониозами (ПнК). Рост количества ПнК, как в нашей стране, так и за рубежом, определил отношение к этой болезни как

к важной медико-биологической и социальной проблеме современного здравоохранения [12–14].

На современном этапе развития медицины становится все более очевидным, что научно обоснованное и эффективное ведение психопрофилактической и психокоррекционной работы с больными возможно лишь на основе знания внутренних психологических закономерностей изменений психики. Получение полноценных научных данных о влиянии хронической болезни на психику может способствовать более эффективному терапевтическому вмешательству, индивидуальному подходу к выбору стратегии и тактики лечения со стороны врачей, а также при необходимости психологического сопровождения. Это в полной мере относится к тяжелым хроническим болезням, сопровождающимся существенными психологическими сдвигами и изменениями КЖ, в том числе и к ПнК.

Целью нашего исследования была разработка программы психосоциальной реабилитации больных ПнК в условиях амбулаторного наблюдения и подтверждение ее эффективности посредством изучения КЖ пациентов с ПнК.

Исследования проводились на базе 3-го терапевтического отделения КЛПУ «Областная клиническая больница профзаболеваний» г. Донецк в период с 2008 по 2011 гг. В группу обследованных вошли 146 больных ПнК в возрасте от 40 до 60 лет (141 (95,13 %) мужчина и 5 (4,87 %) женщины).

Использовались клинико-эпидемиологический, клинико-психопатологический, психодиагностический и статистический методы.

Проводилось комплексное обследование каждого пациента, которое включало клинический осмотр (сбор жалоб, изучение анамнеза болезни и жизни). Для изучения КЖ использовали

общепринятый международный общий опросник КЖ ВОЗ-100. Для оценки эффективности предложенных программ реабилитации было проведено динамическое наблюдение 112 больных ПнК с контролем эффективности проведенных мероприятий в течение 3 мес. Они составили основную группу динамического наблюдения. Для сравнения эффективности предложенной программы была сформирована группа сравнения — 34 больных ПнК, которые находились под амбулаторным наблюдением, но им не проводился комплекс реабилитационных мероприятий.

Реабилитационная программа состояла из трех этапов: стационарного, амбулаторного и этапа реадaptации. Во время пребывания в клинике определялся комплекс оптимальных для каждого больного реабилитационных мероприятий согласно тяжести заболевания: индивидуальный подбор дозы терапевтических препаратов, физиотерапевтические процедуры, дыхательная гимнастика и массаж, образовательные программы и психотерапевтическое воздействие. Амбулаторное наблюдение осуществлялось в течение 6 мес с контролем эффективности лечения через 8, 16 и 24 нед и повторным контролем в динамике через год.

Основной этап реабилитации заключался в проведении медико-психологической восстановительной терапии. Целью программы медико-психологической реабилитации является улучшение субъективного самочувствия больного и восстановление полноценного социального функционирования, а главной задачей — изменение отношения больного к болезни и коррекция на этой основе неадекватных реакций и форм поведения.

Анализ данных литературы и результаты собственных исследований, полученных на первом этапе, послужили основанием для проведения длительного амбулаторного наблюдения и противорецидивного лечения больных ПнК с использованием информационной терапии, психотерапии и психокоррекции.

Второй этап реабилитации проводился в амбулаторных условиях под контролем специалистов поликлиники, диспансера или специализированного центра. Основной задачей этого этапа являлось сохранение социального статуса пациента, который у него был до болезни, или приспособление (адаптация) его к жизни и возможной трудовой деятельности во внебольничных условиях. На этом этапе сохраняет свое ведущее значение биологическая терапия. Однако переход больного с первого этапа на второй, со стационарных условий в домашние сопровождается увеличением числа и качества экзогенных факторов, которые оказывают вредное воздействие на заболевание. Поэтому на данном этапе продолжается дальнейшая работа по оптимизации терапии.

Психотерапевтическая, информационная терапия и воспитательная работа с больными и родственниками имеет большое значение и состоит из разработки путей по редукции возникающих

изменений в системе отношений пациента к болезни, работе, социальному окружению, лечению. Обязательно должен быть сделан акцент на возможность положительной лечебной перспективы, так называемой модели ожидаемых результатов лечения, могут индивидуально обсуждаться и другие темы. Трудовая переориентация является главной характеристикой второго этапа реабилитации.

Биологическая терапия, ее адекватность и оптимизация занимают основное место и на 2-м, и на 3-м этапах реабилитации. На плечи больного и его семьи ложится забота о соблюдении правильности медикаментозного режима лечения. Чтобы понять всю сложность выполнения рекомендаций врача по лечению, можно напомнить, что в настоящее время большинство больных получают более одного препарата. Как негативный фактор на этом этапе реабилитации следует отметить существование различных схем медикаментозного лечения при клинически родственных синдромах. Все это приводит к тому, что полученная ремиссия основного заболевания срывается, как только больной переводится на долгосрочное амбулаторное лечение. Поэтому первое, на что мы обращали внимание при встрече с больным, — это дозы препаратов, обеспечивших высокий терапевтический эффект. Во вторую очередь определяли объем и характер проведенной патогенетической терапии; в третью — биологически обоснованную продолжительность медикаментозного лечения.

Основными принципами поддерживающей терапии, проведенной в амбулаторных условиях, являются: индивидуальный подход, последовательность, продолжительность и непрерывность лечения. Особенность терапии ПнК заключается в комплексности осуществления принципа партнерства «врач — больной».

Основной этап реабилитации предусматривает целенаправленную психологическую коррекцию, информационное обеспечение, способы повышения внутренних резервов. Психокоррекция включает в себя общую (тренинги бесконфликтного поведения, асертивности, эмоциональной саморегуляции и адекватного эмоционального самовыражения) и патогенетическую. Целенаправленная психокоррекция личностных реакций на болезнь предупреждает дистресс, ведущий к декомпенсации.

Смысл целенаправленной психологической патогенетической коррекции заключается в том, что больной человек должен осознать противоречивость своего отношения к болезни, образованную внутриличностным конфликтом, что позволит конструктивно его решить. Это может быть достигнуто путем формирования нового, адекватного отношения к болезни и ясного осознания ее причин, последствий, причин возникновения обострений и осложнений. Устранение неадекватного, противоречивого отношения к болезни прерывает дальнейшее развитие всех вторичных нарушений. При ликвидации озабоченности, связанной

с экзистенциально значимым событием в жизни — хроническим легочным заболеванием с нарушением вентиляции, возможно восстановление саморегуляции. Необходимо перестроить отношение больного, которое является источником психогенной декомпенсации.

Пациент должен сам проследить историю возникновения и развития своего заболевания, причины появления обострений и осложнений, собственные ошибки, заключающиеся в игнорировании планомерной базовой терапии. При совместном с врачом анализе причин болезни и симптоматики, больной человек ясно осознает причины заболевания, изменения собственного поведения.

Условием проведения планомерной базисной терапии, дисциплинированного выполнения врачебных назначений является установление убедительных для больного человека причин возникновения и развития заболевания, а также принципов лечения. Ясное понимание причин становится глубоким убеждением пациента и является необходимым условием для демонстрации возможности устранения этих причин тем или иным путем.

Основными принципами нашей программы обучения в амбулаторных условиях были простые, доходчивые формулировки, не содержащие медицинских терминов, максимальная индивидуализация возможностей больного, степени его мотивированности к обучению и личного опыта, содержание практических действий для достижения наибольшей нормализации состояния здоровья, применение элементов «операционализации», т. е. демонстрация наряду с целями средств для их достижения; получение навыков совладения с заболеванием в домашних условиях. Критерием успешной работы была также оценка готовности пациента к лечению.

Основной этап программы медико-психологической реабилитации больных ПнК включал 10 занятий по определенной тематике и психокоррекцию. Продолжительность одного занятия — 1 ч, включая 40 мин информационного блока и 20 мин психокоррекции. Занятия проводились с группой больных по 8–10 человек. Информационный блок был аналогичным для мужчин и женщин, а психологическая коррекция различалась, поэтому больные должны быть одного пола, возраст может быть различным. Обязательно рассматривались вопросы, связанные с трудоустройством, переобучением (больных знакомят с порядком выдачи больничных листов, приводится перечень декретированных профессий, при необходимости смены профессии даются индивидуальные рекомендации) и социальным обеспечением при неблагоприятном прогнозе и инвалидности (больных знакомят с правами инвалидов, рассказывают о возможностях получения социальной помощи, о центрах социального обеспечения, юридической поддержке).

Терапевтическая стратегия была также максимально индивидуализирована, обязательной

составляющей обучения являлось партнерство и создание атмосферы взаимопонимания и доверия, что напрямую связано с необходимостью персонализации обучения больных. Для улучшения качества лечения больных ПнК в процесс обучения вовлекались и члены семьи, имеющие возможность определить стиль жизни пациентов.

Программа предусматривала советы по профилактическим мероприятиям в ходе беседы. Давалась возможность пациенту выразить свои опасения и обсудить их. На основании этого врач и больной приходили к согласию по поводу целей лечения.

При проведении психокоррекции на втором этапе особое внимание обращали на больных с неадекватной личностной реакцией на заболевание, неблагоприятной внутренней картиной болезни. Психокоррекционная работа проводилась по разработанной нами программе, влияющей на эмоциональную сферу больного, проводилось внушение в состоянии бодрствования, расслабленности, уверенности в себе, обучение самовнушению состояния покоя и расслабленности с помощью методики аутогенной тренировки в выражении негативных эмоций гнева и раздражения, в изменении эмоциональных реакций при воспоминаниях о психотравмирующих ситуациях.

Рациональная психотерапия на этом этапе в комплексе лечебных мероприятий использовалась шире, чем другие методы психотерапевтической работы. Применение этого метода опирается на логику и обращение к разуму больного, предполагает хорошее знание личности, а также детальное изучение характера и механизмов развития заболевания.

Коррекция личностных изменений проводилась в тех случаях, когда больной на первом этапе лечения был подготовлен для психокоррекционной работы, когда он сам в процессе беседы с врачом и психологом в некоторой мере осознавал нежелательность для себя тех или иных форм своего поведения, частично или полностью понимал, что они являются причиной дезорганизации его трудовой деятельности и вызывают напряженность межличностных отношений в семье.

Выбор аргументов, доводов, примеров, уровень эмоционального контакта соотносился с индивидуально-типологическими особенностями пациентов. У больных при сохранении вербально-логических функций интеллекта целесообразным было применение словесного обучения, различных форм вербальной терапии. При снижении уровня абстрактно-логического мышления, ограниченном объеме знаний, ослаблении коммуникативных свойств личности лучшими являются моторно-практические, невербальные формы обучения. Принцип психокоррекционной работы состоял в отборе максимально доброжелательных, успокаивающих воздействий.

Результаты психологического обследования были, наряду с результатами клинического

**Сравнительная эффективность
реабилитационных мероприятий
на амбулаторном этапе лечения на основании
определения показателей КЖ (в %)**

Показатели КЖ	Группа	
	основная	сравнения
Физическая сфера	14,8±1,1	12,4±0,98*
Психологическая сфера	15,4±1,3	12,8±1,4
Уровень независимости	16,2±1,4	13,6±1,1
Социальные отношения	16,8±1,2	13,2±0,84
Окружающая среда	14,6±1,4	12,4±1,2**
Духовная сфера	15,2±1,4	12,4±1,2
Общая оценка КЖ	93,1±2,5	76,8±3,6

Примечание. $p < 0,001$; * $p < 0,01$; ** $p < 0,05$.

изучения больных, патогенетическим обоснованием к построению психотерапевтической работы, которая не только предусматривала влияние на отдельные симптомы заболевания, но и была направлена на устранение изменений в системе отношений больного к своему заболеванию.

Значительно шире рассматривались вопросы коррекции отношений больного в связи с изменением его социально-трудового статуса. При этом включались в программу вопросы положительной лечебной перспективы, трудовой адаптации и возможности восстановления утраченных в процессе болезни трудовых навыков.

Диспансерное наблюдение было продолжено за 83 больными ПнК и проводилось в течение года. Оно состояло из обследования больных один раз в месяц первые три месяца, а затем один раз в два-три месяца в течение первого года наблюдения и не менее четырех раз в год после. Результаты длительного лечения также оценивали по клиническим данным, электрофизиологическим, психологическим показателям социального функционирования и КЖ.

Показатели КЖ по всем сферам у больных основной группы были достоверно выше, чем в группе сравнения (таблица). При этом интегральная оценка показателей КЖ «нормализация» с высокой степенью значимости коррелировала с достигнутым клиническим эффектом. Такое представление соответствует результатам исследования КЖ больных на завершающих этапах реабилитации в период устойчивой многолетней ремиссии. По большинству параметров пациенты основной группы оценивали КЖ как «хорошее», а в ряде

случаев по отдельным показателям фигурировала оценка «очень хорошее». Как показывает клинический опыт, больные с контролируемым течением заболевания, особенно многолетней ремиссией очень щепетильны в выполнении рекомендаций врача. Успехи лечения, позволяющие значительно расширить их социальные возможности, они во многом связывают с правильно подобранной лекарственной и информационной терапией, а также психотерапией.

Исследование аспектов медицинской реабилитации, проведенной на втором этапе, позволило выделить три категории больных: с полной ремиссией всех клинических проявлений ПнК, с частичной ремиссией и с торпидными формами течения ПнК.

Под полной ремиссией подразумевается стойкое (в течение года) прекращение всех клинических проявлений заболевания. Говоря о неполной или клинической ремиссии ПнК, имеется в виду устойчивое (в течение нескольких месяцев) отсутствие каких-либо клинических проявлений заболевания при сохранении инструментальных признаков его прогрессирования.

Одним из основных факторов, влияющих на сроки наступления ремиссий, была своевременная и адекватная терапия. Установлено, что адекватное систематическое лечение оптимальными дозами препаратов позволяет получить стойкие ремиссии заболевания у 46,3% больных уже через 6–12 мес. У пациентов, лечившихся нерегулярно, сроки наступления ремиссий продлевались до 3–4 лет.

Проведенные исследования второго этапа реабилитации свидетельствуют, что адекватная, систематически проводимая терапия больных ПнК способствует появлению большого процента больных с устойчивой ремиссией, более выраженной при использовании информационной терапии и психотерапии. Происходит повышение социального функционирования и КЖ. Это значительно расширяет возможности профессиональной и семейной реабилитации больных.

Таким образом, своевременная клиничко-психопатологическая, психодиагностическая, социально-психологическая диагностика, использование поэтапной биологической терапии, психотерапии и информационных технологий, позволяют значительно увеличить процент больных как с устойчивой ремиссией заболевания, так и с ремиссией заболевания, что способствует улучшению социального функционирования и качества жизни больных ПнК.

Литература

1. Семенова Н. Д., Сальникова Л. И. Проблемы образования психических больных // Соц. и клин. психиатрия.— 1998.— Т. 8, № 4.— С. 30–39.
2. Харчук С. М., Щеглова Я. В., Рейнгардт О. Б. Социальные аспекты медицинской помощи больным
3. ХОБЛ в Украине // Укр. вестн. психоневрологии.— 2002.— Т. 10, вип. 1 (30).— С. 137–138.
3. Марута Н. О., Мороз В. В. Невротичні депресії (клініка, патогенез, діагностика, лікування) // Укр. вісн. психоневрології.— 2001.— Т. 9, вип. 1 (26).— С. 44–48.

4. *Белялов Ф. И.* Психические расстройства в практике терапевта.— М.: МЕДпресс-информ, 2005.— 256 с.
5. *Бассин Ф. В.* О развитии взглядов на предмет психологии // *Вопр. психологии.*— 1971.— № 4.— С. 101–113.
6. *Березин Ф. Б.* Психическая и психофизиологическая адаптация человека.— Л.: Наука, 1988.— 270 с.
7. *Мясищев В. Н.* Психология отношений: избранные труды / Под ред. А. А. Бодалева.— М.; Воронеж: МОДЕК, 1998.— 362 с.
8. *Бодров В. А.* Психологический стресс.— М.: Просвещение, 1995.— 390 с.
9. *Бройтшам В., Кристиан П., Рад М.* Психосоматическая медицина.— М.: ГЭОТАР-Медиа, 1999.— 376 с.
10. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике: пособие для врачей и психологов / Г. В. Бурковский, В. А. Коцюбинский, Е. В. Левченко, А. С. Ломаченков.— СПб., 1998.— 130 с.
11. *Вассерман Л. И., Березин М. А., Косенков Н. И.* О системном подходе к оценке психической адаптации // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева.*— 1994.— № 3.— С. 16–25.
12. *Вассерман Л. И., Громов С. А., Михайлов В. А.* Психосоциальная реабилитация и качество жизни.— СПб., 2001.— 232 с.
13. *Вассерман Л. И., Трифонова Е. А., Федотова В. Л.* Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных с соматической патологией // *Сибирск. психолог. журн.*— 2008.— № 2.— С. 27.
14. *Воробьев В. М.* Психическая адаптация как проблема медицинской психологии и психиатрии // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева.*— 1993.— № 2.— С. 33–39.

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ПНЕВМОКОНІОЗИ НА АМБУЛАТОРНОМУ ЕТАПІ ЛІКУВАННЯ

Л. О. ВАСЯКІНА

Сформульовано загальні вимоги до організації психосоціальної реабілітації хворих на пневмокониоз на етапі амбулаторного лікування. Розроблено інтегративний терапевтичний комплекс, що включає сучасні методи психотерапії в поєднанні з інформаційною та біологічною терапією, які сприяють виробленню соціально прийняттого життєвого стереотипу пацієнтів і корекції психічних розладів. Встановлено, що адекватне систематичне лікування оптимальними дозами препаратів на амбулаторному етапі дозволяє отримати стійкі ремісії захворювання у 46,3 % хворих вже через 6–12 місяців.

Ключові слова: пневмокониоз, якість життя, психосоціальна реабілітація, амбулаторний етап, психокорекція, основне лікування, ремісія.

PECULIARITIES OF PSYCHOSOCIAL REHABILITATION OF THE PATIENTS WITH PNEUMOCONIOSIS AT THE OUT-PATIENT STAGE OF TREATMENT

L. A. VASIAKINA

The general requirements to organization of psychosocial rehabilitation of the patients with pneumoconiosis at the out-patient stage of treatment are formulated. Integrated therapeutic complex including modern methods of psychotherapy in combination with information and biological therapy, which promote working-out socially appropriate life stereotype of the patients and correction of mental disorders, was worked out. It was established that adequate systemic treatment with optimum doses of drugs at out-patient stage allowed to obtain stable remissions of the disease in 46,3 % of the patients within 6–12 months.

Key words: pneumoconiosis, quality of life, psychosocial rehabilitation, out-patient stage, psychocorrection, basic treatment, remission.

Поступила 07.09.2012