

На правах рукописи

УДК [616.891-02:616.12-008.331.1]-085.851

ГОЛУБЕВ Михаил Викторович

**ПСИХОРЕЛАКСАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ С БИООБРАТНОЙ
СВЯЗЬЮ У БОЛЬНЫХ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ
РАССТРОЙСТВАМИ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ**

14.00.18 — психиатрия

**Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Москва — 1999

Работа выполнена в Российском научном центре восстановительной
медицины и курортологии.

Научные руководители:

доктор медицинских наук, профессор	В. П. Зайцев
доктор медицинских наук	Т. А. Айвазян

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор	Н. А. Тювина
доктор медицинских наук, профессор	М. В. Коркина

Ведущая организация: Российская Медицинская Академия
последипломного образования

Защита диссертации состоится « ____ » _____ 1999 г. в ____ часов на
заседании Диссертационного Совета Д.074.05.04 при Московской
Медицинской академии им. И. М. Сеченова (ул. Б. Пироговская, д. 2/6)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке академии
(Зубовская пл., д. 1)

Автореферат разослан « ____ » _____ 1999 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
Доктор медицинских наук, профессор А. Д. Соловьева

Общая характеристика работы

Актуальность темы. Повышение эффективности лечения больных, страдающих гипертонической болезнью (ГБ), является важнейшей задачей современной медицины. Один из путей ее решения видится в более дифференцированной терапии пациентов с психопатологическими изменениями, отмечающимися у 60-80 % больных ГБ (Э. С. Наталевич, В. Д. Королев, 1988; Б. О. Бородин, 1990; И. Б. Рымарь, 1993). Чаще всего это расстройства невротического уровня, соответствующие критериям пограничных психических расстройств (ППР).

Не вызывает сомнения целесообразность использования психофармакотерапии (ПФТ) для лечения таких пациентов. Вместе с тем последнее время все большее внимание уделяется поиску и разработке различных психотерапевтических методов лечения больных ГБ (П. Г. Куликов, 1992; С. D. Sherbourne et al., 1996 и др.). Одним из таких методов является психорелаксационная терапия с применением биологической обратной связи (ПРТ с БИОС). В основе терапии лежит обучение пациента психофизиологической саморегуляции. Установлено гипотензивное действие ПРТ с БИОС при начальных стадиях заболевания, ее положительное влияние на психическое состояние пациентов (Т. А. Айвазян, 1993; С. Buby et al., 1990; R. G. Jacob et al., 1992 и др.), однако остается неясным какова эффективность этого метода у больных с ППР при ГБ.

Цель исследования: дать научное обоснование применения психорелаксационной терапии с биообратной связью у больных с пограничными психическими расстройствами при гипертонической болезни и уточнить место этого метода в комплексном лечении таких пациентов.

Задачи:

1. Изучить влияние ПРТ с БИОС на динамику психического статуса и уровень артериального давления больных с ППР при ГБ.
2. Провести сравнение эффективности ПРТ с БИОС и ПФТ у больных с ППР при ГБ.

3. Выявить предикторы эффективности ПРТ с БИОС больных с ППР при ГБ.

4. Разработать показания и противопоказания к применению ПРТ с БИОС у больных с ППР при ГБ.

Научная новизна. Впервые, на основе комплексного клинико-психиатрического и психологического обследования, установлено, что при соединении ПРТ с БИОС к гипотензивной фармакотерапии позволяет добиться большего гипотензивного эффекта у больных с ППР при ГБ.

Обнаружено, что результаты ПРТ с БИОС при тревожных, обсессивно-фобических, неврастенических и депрессивных расстройствах вполне сопоставимы с результатами ПФТ. При наличии выраженных истерических и ипохондрических расстройств эффективнее ПФТ. Впервые показано, что у больных с тревожными и неврастеническими расстройствами при длительной ПРТ с БИОС, включающей в себя поддерживающие занятия после проведения основного курса вмешательства, эффективность терапии выше, чем при ПФТ.

Получены новые данные о том, что ПРТ с БИОС способствует выработке более активной позиции пациентов по отношению к процессу лечения, а ПФТ снижает эту активность.

Выделены предикторы эффективности ПРТ с БИОС у больных с ППР при ГБ: методика эффективна при отсутствии или незначительной выраженности ипохондрической и истерической симптоматики, высоких показателях интернальности, и не эффективна у больных с умеренными и выраженными ипохондрическими и истерическими расстройствами. Установлено, что ПРТ с БИОС в большей мере улучшает КЖ больных с умеренными и легкими, а ПФТ с — выраженными ППР.

Практическая значимость. Применение ПРТ с БИОС у больных с ППР при ГБ позволяет значительно улучшить результаты терапии, что свидетельствует о целесообразности использования методики в комплексном лечении заболевания.

Показано значение оценки психического статуса больных ГБ (синдромальной принадлежности ППР и степени их выраженности) и уровня интер-

нальности для более дифференцированного назначения ПРТ с БИОС и ПФТ, что способствует повышению эффективности лечения пациентов с ППР при ГБ.

Внедрения. Результаты диссертационной работы внедрены в практику психотерапевтического кабинета Орловского психоневрологического диспансера, психотерапевтического отделения Орловской областной психиатрической больницы и психиатрического отделения поликлиники № 2 ФСБ РФ.

Разработанные практические рекомендации могут быть использованы во всех звеньях практического здравоохранения.

Апробация работы. Апробация диссертационной работы состоялась 10 декабря 1998 года на заседании межотделенческой конференции Российского научного центра восстановительной медицины и курортологии.

Материалы диссертации докладывались и обсуждались на заседании Орловского областного общества психиатров (Орел, 1997), II Всероссийской учебно-практической конференции: "Психотерапия: от теории к практике" (Москва, 1997), Международной конференции: "Психотерапия на рубеже тысячелетий: Опыт прошлого, взгляд в будущее". (Москва, 1998), III Всероссийской конференции: "Современные тенденции психотерапии в России: теория и практика" (Москва, 1998), Научно-практической конференции: "Психотерапия сегодня (медицина, психология, социальная работа)" (Москва, 1999).

Публикации: по теме диссертации опубликовано 7 работ.

Объем и структура работы: Диссертация изложена на 110 страницах машинописного текста, иллюстрирована 11 таблицами и 34 рисунками. Составляет из введения, 4 глав, заключения, выводов, списка литературы, включающего 89 работ на русском языке и 73 работы на иностранных языках.

Материал, методы воздействия и исследования

Для решения поставленных задач в исследование было включено 130 женщин, страдающих ГБ I и II ст., находившихся на амбулаторном лечении у терапевта и направленных на консультацию к психотерапевту. Средний

возраст обследованных составил $39,3 \pm 0,73$ лет. Уровень САД находился в пределах 160-190, ДАД — 95-114 мм рт. ст.

Больные обследованы трижды: 1) при включении в исследование (не ранее, чем через месяц после последнего применения психотерапевтических и/или психофармакологических методов лечения), 2) после проведения основного курса лечения с использованием ПРТ с БИОС или ПФТ (через 4 недели) и 3) спустя 6 месяцев.

ППР были представлены (рис. 1) тревожными, обсессивными, фобическими, ипохондрическими, неврастеническими, истерическими и депрессивными расстройствами различной степени выраженности.

При первичном осмотре пациентки методом случайного отбора были разделены на 3 группы: 1) основная — 45 больных, которым в последующем проводилась ПРТ с БИОС, 2) сравнения — 45 больных, которым проводилась ПФТ и 3) контрольная — 40 больных, принимавших только гипотензивные препараты.



До начала лечения все 3 группы были сопоставимы по возрасту, уровню образования, тяжести ГБ, характеру и интенсивности гипотензивной фармакотерапии, выраженности и структуре психических расстройств.

Психотерапия (ПТ) осуществлялась как индивидуально, так и в малых группах. При проведении занятий использовалось индивидуальное устрой-

ство "БИОС-ИП", обеспечивающее биообратную связь по электрическому сопротивлению кожи.

Занятия проводились в положении больных сидя, с частотой 3-4 раза в неделю. Основной курс состоял из 12-15 занятий. Продолжительность каждого занятия 45-50 мин.: из них 10-15 мин. перед тренировкой проводился опрос пациенток о самочувствии, успешности освоения методики, затем 20-25 мин. занимал непосредственно тренинг и в оставшееся время — его обсуждение. После окончания основного курса ПРТ с БИОС пациенткам предлагалось посещать поддерживающие занятия 1 - 2 раза в месяц для закрепления навыков саморегуляции.

ПФТ осуществлялась в течение 4-х недель. В зависимости от показаний использовались транквилизаторы, антидепрессанты и нейролептики как в виде монотерапии, так и в комбинации друг с другом. Лечение начиналось с минимальных доз с постепенным их увеличением. По окончании месячного курса больные принимали психотропные препараты не систематически только при ухудшении состояния.

При обследовании больных оценивались соматические, клинико-психопатологические и психологические показатели.

Уровень САД и ДАД определялся во время первого обследования на обеих руках, в дальнейшем — на той, где давление было большим. Измерение АД проводилось после 5 минутного отдыха в положении больного сидя трижды, с последующим вычислением среднего арифметического этих значений.

Клинико-психопатологическое обследование включало в себя формализованную оценку психического статуса пациентов на основе Клинической шкалы (КШ), являющейся разделом Многофакторной оценочной шкалы психосоциальных изменений у больных ГБ (В. П. Зайцев и соавт., 1988).

Психологическое обследование проводилось с помощью тестов: Сокращенного многофакторного опросника для исследования личности (СМОЛ) (В. П. Зайцев, 1981), "Уровень субъективного контроля" (УСК) (Е. Ф. Бажин и соавт., 1984), "Шкала враждебности" (ШВ) (J. Barefoot et al., 1989) и методики "Качество жизни" (КЖ) (А. Г. Гладков и соавт., 1982).

Статистический анализ и обработка данных проведена на ПК "IBM PC" с использованием системы STATISTICA в среде Windows.

Результаты исследования и их обсуждение

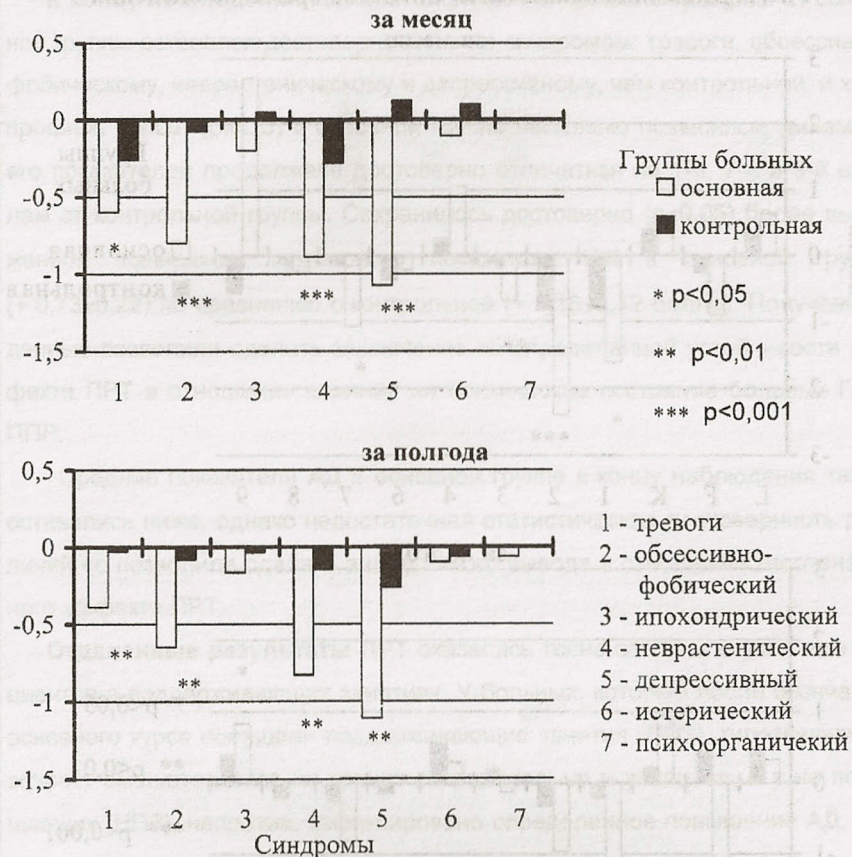
Анализ эффективности **месячного курса ПРТ с БИОС*** обнаружил достоверно больший **гипотензивный эффект** от проводимой терапии в основной группе (САД снизилось на $11,3 \pm 0,6$; ДАД на $8,7 \pm 0,7$), чем в контрольной ($9,2 \pm 0,5$; $p < 0,01$ и $6,8 \pm 0,6$ мм рт. ст.; $p < 0,05$ соответственно).

Исследование динамики усредненного психопатологического профиля **КШ** (рис. 2) выявило достоверно большее снижение показателей в основной группе по синдромам: тревоги, обсессивно-фобическому, неврастеническому и депрессивному, чем в контрольной. Зафиксировано снижение показателей **СМОЛ** (рис. 3) по шкалам невротической триады (1-я, 2-я, 3-я) и 7-й шкале в обеих группах, однако в основной группе достоверно большее. Повышение профиля по 9-й шкале отмечено только в основной группе. Полученные результаты свидетельствуют об уменьшении уровня невротизации, тревоги и депрессивных нарушений на фоне ПРТ.

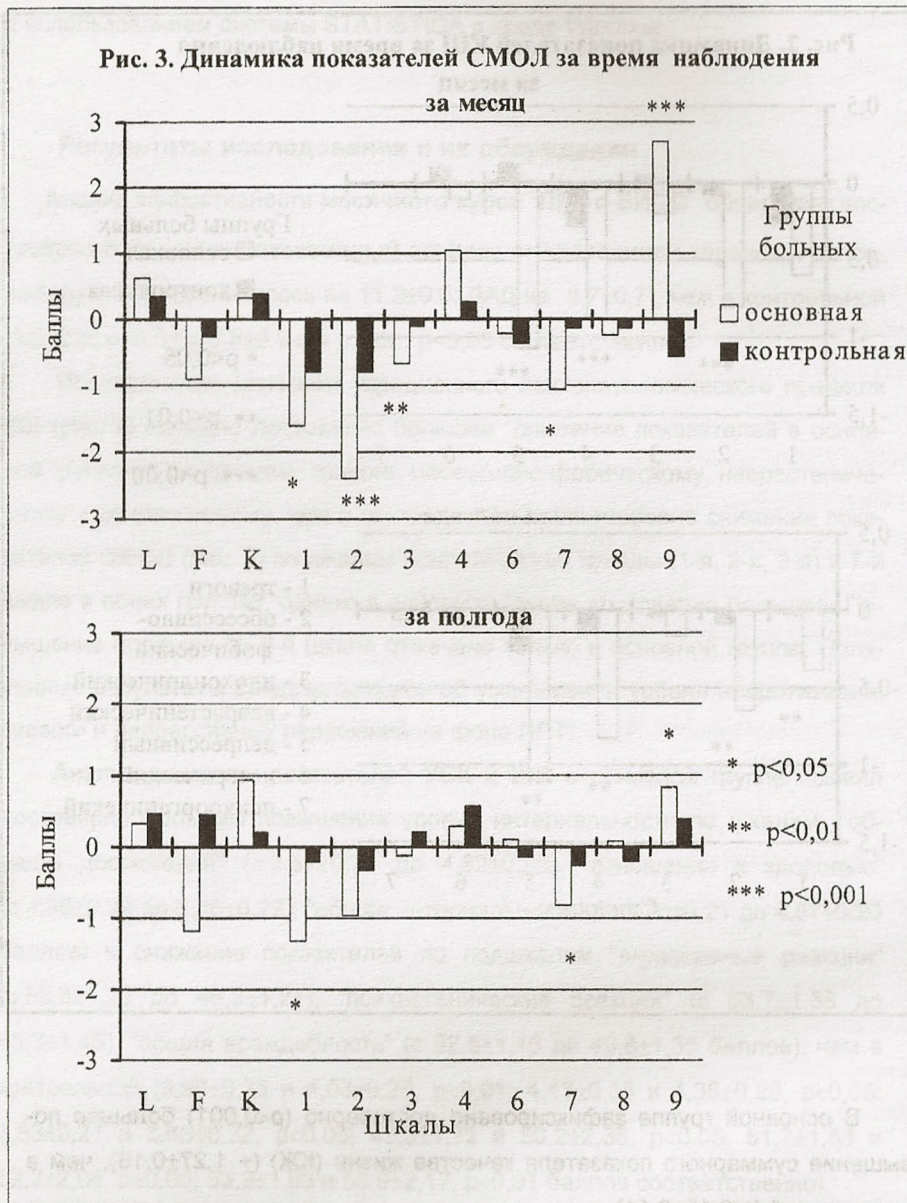
Анализ динамики показателей **УСК** и **ШВ** в основной группе выявил достоверно большее повышение уровня интернальности по шкалам: "область достижений" (с $3,67 \pm 0,24$ до $4,82 \pm 0,25$), "отношение к здоровью" (с $4,36 \pm 0,23$ до $5,26 \pm 0,27$), "общая интернальность" (с $3,76 \pm 0,21$ до $4,87 \pm 0,23$ баллов) и снижение показателей по подшкалам "агрессивные реакции" (с $50,3 \pm 1,25$ до $46,8 \pm 1,27$), "психастенические реакции" (с $53,7 \pm 1,38$ до $45,3 \pm 1,45$), "общая враждебность" (с $52,5 \pm 1,16$ до $49,8 \pm 1,35$ баллов), чем в контрольной ($3,98 \pm 0,25$ и $4,03 \pm 0,25$, $p < 0,01$; $4,43 \pm 0,38$ и $4,38 \pm 0,28$, $p < 0,05$; $3,53 \pm 0,21$ и $3,65 \pm 0,32$, $p < 0,05$; $49,5 \pm 1,72$ и $50,2 \pm 2,35$, $p < 0,05$; $51,7 \pm 1,53$ и $52,2 \pm 2,06$, $p < 0,05$; $53,3 \pm 1,63$ и $53,9 \pm 2,17$, $p < 0,01$ баллов соответственно).

* Далее в тексте ПРТ с БИОС будет именоваться ПРТ

Рис. 2. Динамика показателей **КШ** за время наблюдения



В основной группе зафиксировано достоверно ($p < 0,001$) большее повышение суммарного показателя качества жизни (**ЮЖ**) ($+ 1,27 \pm 0,18$), чем в контрольной ($+ 0,15 \pm 0,11$).



Тем самым снижение АД и улучшение психического состояния под влиянием ПРТ сопровождается улучшением КЖ. Это особенно важно, если

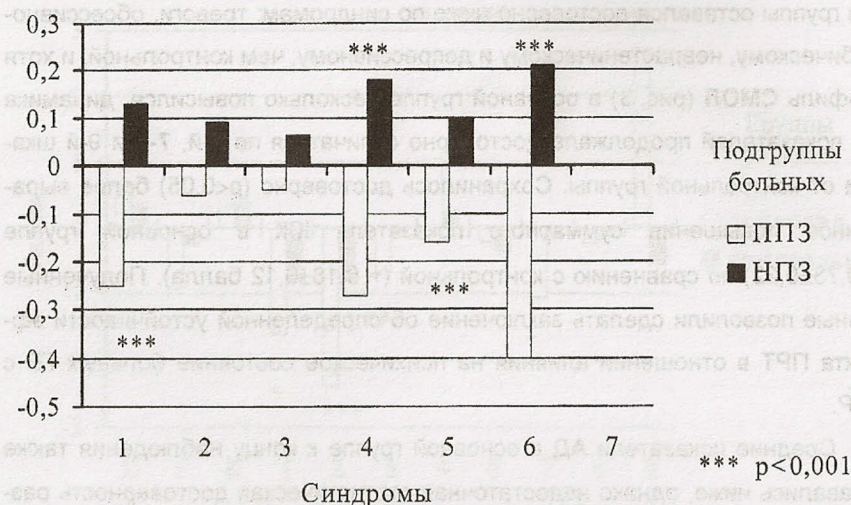
учесть, что снижение артериального давления на фоне гипотензивной терапии далеко не всегда сопровождается улучшением оценки КЖ больного.

К концу наблюдения психопатологический профиль КШ (рис. 2) основной группы оставался достоверно ниже по синдромам: тревоги, обсессивно-фобическому, неврастеническому и депрессивному, чем контрольной, и хотя профиль СМОЛ (рис. 3) в основной группе несколько повысился, динамика его показателей продолжала достоверно отличаться по 1-й, 7-й и 9-й шкалам от контрольной группы. Сохранилось достоверно ($p<0,05$) более выраженное повышение суммарного показателя КЖ в основной группе ($+0,73\pm0,22$) по сравнению с контрольной ($+0,18\pm0,12$ балла). Полученные данные позволили сделать заключение об определенной устойчивости эффекта ПРТ в отношении влияния на психическое состояние больных ГБ с ППР.

Средние показатели АД в основной группе к концу наблюдения также оставались ниже, однако недостаточная статистическая достоверность различий не позволила сделать аналогичного вывода в отношении гипотензивного эффекта ПРТ.

Отдаленные результаты ПРТ оказались тесно связаны с участием пациентов в поддерживающих занятиях. У больных, которые после окончания основного курса посещали поддерживающие занятия (ППЗ), гипотензивный эффект вмешательства не только сохранился, но и усилился, а у не посещавших (НПЗ), напротив, зафиксировано определенное повышение АД. Такого же рода динамика наблюдалась в отношении психопатологических изменений: по данным КШ (рис. 4) в подгруппе больных ППЗ произошло дальнейшее снижение психопатологического профиля по синдромам: тревоги, неврастеническому, депрессивному и истерическому, в то время как в НПЗ зафиксировано повышение показателей по этим синдромам. Динамика профиля СМОЛ по шкалам невротической триады (1-й, 2-й, 3-й), 7-й шкале и по шкале К в подгруппе ППЗ была положительной, а в НПЗ отрицательной.

Рис. 4. Динамика показателей КШ в основной группе (после курса лечения - к концу наблюдения)



1 - тревоги, 2 - обсессивно-фобический, 3 - ипохондрический, 4 - неврастенический, 5 - депрессивный, 6 - истерический, 7 - психоорганический.

Изменение показателей УСК по шкалам: "область достижений", "отношение к здоровью", "общая интернальность" в подгруппах также оказалось противоположным, как и динамика суммарного показателя КЖ (в подгруппе ППЗ + 0,34±0,12, в НПЗ - 0,44±0,09 балла; p<0,001).

Таким образом, наибольших успехов удалось добиться у больных длительно и систематически посещавших психотерапевтические занятия. Эти данные подтверждают точку зрения (М. Ю. Целлариус и соавт., 1991; С. В. Какорин, 1993) о том, что отсутствие систематических занятий по саморегуляции не позволяет осуществлять надежный контроль над состоянием больных. Вместе с тем улучшение состояния пациентов даже на короткий срок оправдывает проведение ПРТ.

Согласно данным других исследований (И. А. Таравкова, 1992) нормализация психического состояния больных способствует более последовательному выполнению врачебных рекомендаций и в отношении соблюдения

диеты, и участия в физических тренировках. Следовательно, есть основания полагать, что ПРТ у больных ГБ с ППР целесообразно использовать не только для лечения, но и в рамках комплексных программ по вторичной профилактике основного заболевания.

Анализ эффективности ПФТ показал, что гипотензивный эффект ПФТ в сочетании с гипотензивной фармакотерапией у больных ГБ с ППР достоверно более выражен по сравнению с применением одних только гипотензивных препаратов. Это относится как к итогам основного курса ПРТ, так и к отдаленным результатам проводимой терапии.

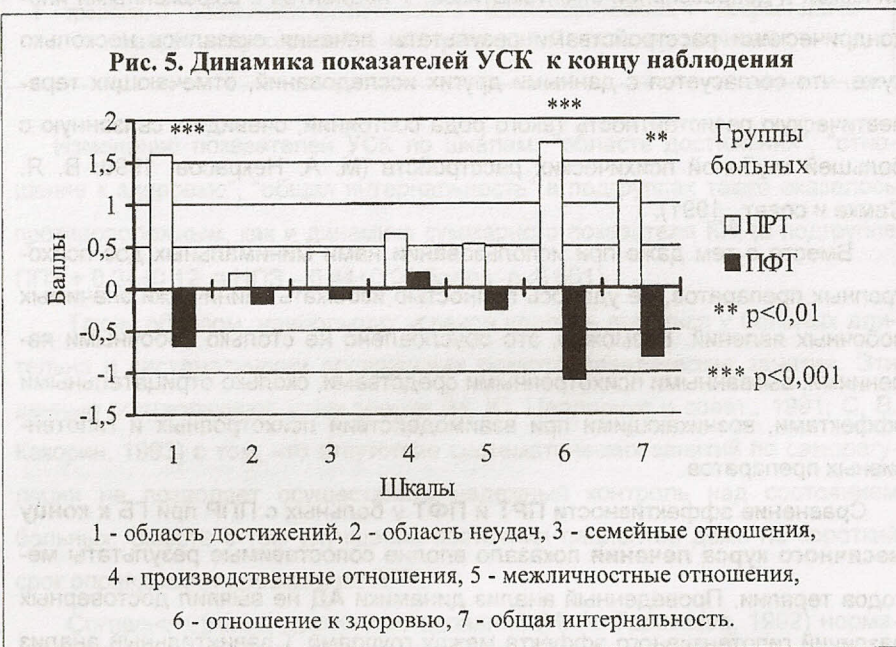
Настоящее исследование подтвердило, что дифференцированное назначение психотропных препаратов, использование монотерапии или различных комбинаций транквилизаторов, антидепрессантов и нейролептиков в зависимости от ведущего психопатологического синдрома и его выраженности, позволяет добиться значительного улучшения психического статуса больных ГБ с тревожной, обсессивно-фобической, неврастенической, истерической и депрессивной симптоматикой. У пациентов с выраженными ипохондрическими расстройствами результаты лечения оказались несколько хуже, что согласуется с данными других исследований, отмечающих терапевтическую резистентность такого рода состояний, очевидно, связанную с большей глубиной психических расстройств (М. А. Некрасов, 1990; В. Я. Семке и соавт., 1991).

Вместе с тем даже при использовании нами минимальных доз психотропных препаратов, не удалось полностью избежать клинически значимых побочных явлений. Возможно, это обусловлено не столько побочными явлениями, вызванными психотропными средствами, сколько отрицательными эффектами, возникающими при взаимодействии психотропных и гипотензивных препаратов.

Сравнение эффективности ПРТ и ПФТ у больных с ППР при ГБ к концу месячного курса лечения показало вполне сопоставимые результаты методов терапии. Проведенный анализ динамики АД не выявил достоверных различий гипотензивного эффекта между группами. Сравнительный анализ профилей КШ показал, что при тревожных, обсессивно-фобических, невра-

стенических и депрессивных расстройствах уменьшение выраженности психопатологических изменений не имеет достоверных различий. Однако при ипохондрической и истерической симптоматике ПФТ оказалась более эффективной. Вероятно, это объясняется тем, что при выраженных истерических и ипохондрических расстройствах пациент глубоко охвачен болезненными переживаниями, "ушел в болезнь", стремится извлечь из своего состояния вторичную выгоду, неосознанно сопротивляется лечению и становится мало податливым психотерапевтическому воздействию такого рода.

Анализ динамики УСК (рис. 5) выявил увеличение показателей интернальности по шкалам "область достижений", "отношение к здоровью" и "общая интернальность" в основной группе и тенденцию к снижению этих показателей в группе сравнения, что говорит о противоположных тенденциях изменения интернальности в сравниваемых группах: в то время когда ПРТ способствовала выработке более активной позиции пациентов по отношению к процессу лечения, ПФТ снижала эту активность.



Это является большим преимуществом ПРТ, т. к. даже в случае невысокой эффективности ПТ в отношении редукции определенных психопатологических изменений, применение ее, возможно, создаст более благоприятные условия для последующей терапии, в том числе психотропными препаратами, а лечение, начатое с ПФТ при легких и умеренно выраженных ППР, может затруднить переход на немедикаментозную терапию. В тоже время не подлежит сомнению необходимость ПФТ выраженных психопатологических изменений на первой стадии лечения.

В ходе настоящего исследования не выявлено достоверных различий во влиянии ПРТ и ПФТ на уровень враждебности больных ГБ с ППР. Установлено, что оба метода снижают агрессивные тенденции, повышают терпимость, доброжелательность. Очевидно, это положительно сказывается на психической адаптации пациентов за счет конструктивных сдвигов в решении конфликтных ситуаций и улучшения межличностных отношений.

Суммарный показатель КЖ увеличился в обеих группах, несколько больше в основной группе ($+ 1,27 \pm 0,18$), чем в группе сравнения ($+ 1,12 \pm 0,25$), однако различия не были достоверными.

По данным КШ (рис. 6) длительное (полгода) участие в поддерживающих занятиях ПРТ больных с тревожными и неврастеническими расстройствами обеспечило больший эффект, чем ПФТ, назначаемая при ухудшении состояния. По всей видимости, ПРТ является оптимальным видом терапии при этих психопатологических изменениях. Скорее всего, это обусловлено патогенетическим действием ПРТ при тревожных и неврастенических расстройствах.

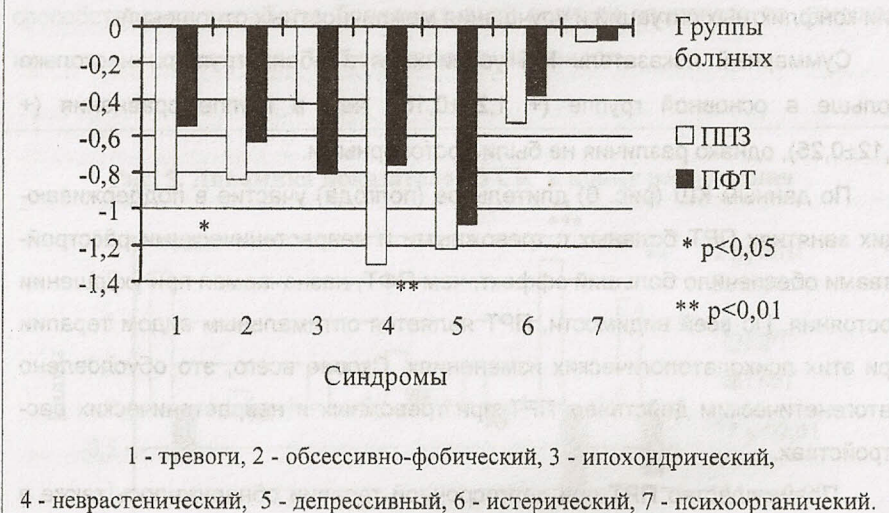
Преимущество ПРТ при долгосрочной терапии обнаружилось также в более значимом, по сравнению с ПФТ, повышении КЖ пациентов ($+ 1,58 \pm 0,18$ и $+ 0,65 \pm 0,19$ балла; $p < 0,001$), что вероятно связано с побочными действиями ПФТ и негативным отношением к длительному приему психотропных препаратов, вызванным опасениями развития лекарственной зависимости.

Заслуживает внимания и то, что проводимая ПРТ влияет на оба звена патологического процесса: снижается АД и улучшается психическое состоя-

ние пациентов, тем самым появляется возможность блокирования "порочного круга" отрицательных взаимовлияний повышенного АД и эмоциональных нарушений путем использования ПТ, направленной прежде всего на снижение повышенного уровня тревоги. Помимо этого стоит отметить большую привлекательность ПРТ в экономическом отношении.

Не исключено, что в ряде случаев для достижения наилучших результатов целесообразно проведение комбинированной терапии (ПРТ и ПФТ), однако точное определение принципов сочетанного применения этих методов требует дальнейших исследований.

Рис. 6. Динамика показателей КШ к концу наблюдения



Для более точного прогнозирования результатов лечения и уточнения показаний к применению ПРТ был проведен анализ **предикторов** ее эффективности.

Прежде всего, были проанализированы факторы, влияющие на участие больных в поддерживающих занятиях ПРТ, так как установлено, что

именно долгосрочная терапия приводит к высоким результатам. При анализе исходных данных больные ППЗ и НПЗ достоверно ($\chi^2 = 27,06$; $p < 0,001$) различались по уровню образования, в подгруппе ППЗ высшее образование было — у 9 (32 %), среднее специальное — у 18 (64 %), среднее — у 1 пациентки (4 %), в НПЗ — 1 (7 %), 8 (53 %) и 6 (40 %) больных соответственно. По данным **СМОЛ** в подгруппе ППЗ индекс "2 – 9", отражающий уровень депрессии, оказался ниже, чем в НПЗ ($p < 0,01$). Анализ **УСК** выявил достоверно ($p < 0,05$) большую интернальность в подгруппе ППЗ по шкалам: "область достижений" ($3,98 \pm 0,19$) и "область неудач" ($4,43 \pm 0,21$), чем в НПЗ ($3,44 \pm 0,21$ и $3,83 \pm 0,22$ баллов соответственно).

Таким образом, в длительной ПРТ чаще участвуют пациенты с более высоким уровнем образования, отличающиеся оптимистичностью, а также ответственным и активным отношением к лечению.

Изучение **предикторов эффективности ПРТ** у больных с ППР при ГБ показало, что критерием, позволяющим прогнозировать достоверное снижение уровня АД в ходе ПРТ, является исходно более высокий уровень АД, что совпадает с предиктором гипотензивного действия ПРТ у больных ГБ без учета психического состояния, описанным ранее (Т. А. Айвазян, В. П. Зайцев, 1991; Е. В. Blanchard et al., 1991).

Нами впервые показано, что при терапевтически значимом гипотензивном действии ПРТ (терапия эффективна — ЭФ), исходные показатели **УСК** (рис. 7) по шкалам "область достижений" и "область неудач" превышали показатели больных, у которых терапия определена как не эффективная (НЭФ), кроме того по данным **СМОЛ** в подгруппе ЭФ выявлены более низкие показатели индекса "2 – 9", отражающий уровень депрессии ($16,8 \pm 0,88$), чем в НЭФ ($20,6 \pm 0,54$; $p < 0,05$).

Это свидетельствует о большей гипотензивной эффективности ПРТ у больных, которые до начала лечения характеризовались высоким уровнем интернальности и отсутствием выраженных депрессивных тенденций в структуре ППР.

Рис. 7. Усредненные профили УСК в основной группе исходно



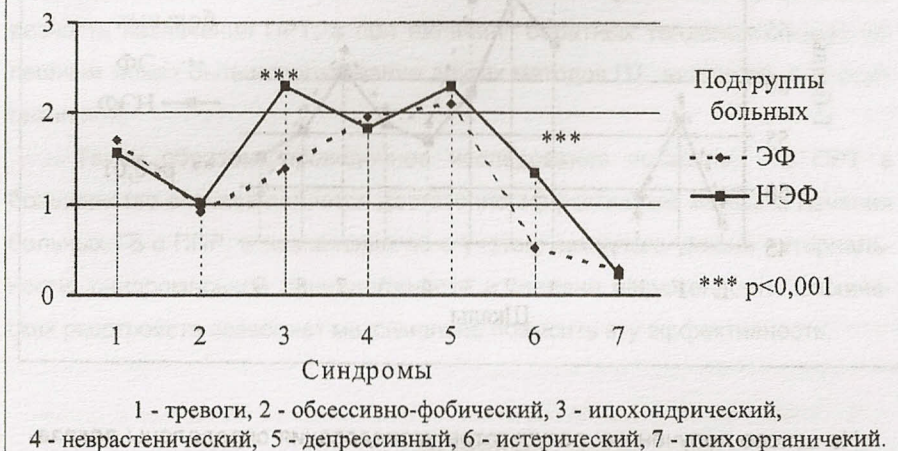
То, что высокие показатели интернальности благоприятно влияют на эффективность ПРТ, возможно связано с более активным участием таких пациентов в процессе лечения и максимальным использованием ими всех возможностей предлагаемого метода. Сниженное настроение и замедление ассоциативного процесса, свойственные депрессивному состоянию, напротив, препятствуют этому.

Основным показателем, позволяющим прогнозировать динамику психического состояния и КЖ больных на фоне ПРТ, оказалась выраженность ипохондрических или истерических расстройств. По данным КШ (рис. 8) в подгруппе ЭФ исходно отмечена меньшая выраженность ипохондрического и истерического синдромов, чем в подгруппе НЭФ.

При наличии у больных ГБ этих нарушений ПРТ малоэффективна, а их отсутствие, напротив, позволяет добиваться хороших результатов. Скорее всего наличие в клинической картине ГБ выраженной истерической и ипо-

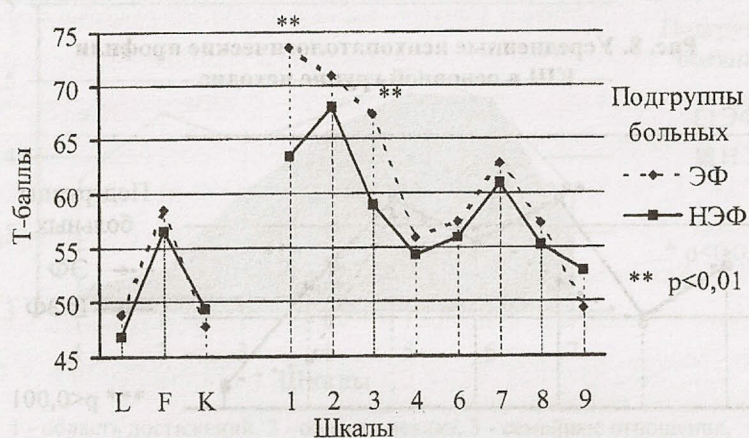
хондрической симптоматики свидетельствует о значительной глубине психических расстройств, при которой больной нуждается в иных методах ПТ.

Рис. 8. Усредненные психопатологические профили КШ в основной группе исходно



При исследовании предикторов улучшения КЖ в ходе ПРТ по данным теста СМОЛ (рис. 9) в подгруппе ЭФ обнаружены более высокие показатели по 1-й и 3-й шкалам, чем в НЭФ. Тем самым, улучшение КЖ на фоне ПРТ отмечается у пациентов, которые до начала лечения отличались более выраженными психопатологическими изменениями пограничного уровня. Это связано с тем, что при выраженных ППР показатели КЖ больных ниже, поэтому улучшение их психического состояния ведет к большему росту КЖ. В тоже время при легких и умеренно выраженных ППР ПРТ хотя и приводит к нормализации психического состояния, но негативное отношение пациентов к психотропным препаратам, побочные действия лекарств отрицательно сказываются на КЖ пациентов, что еще раз подтверждает преимущества ПРТ при такой выраженности ППР.

Рис. 9. Усредненные профили СМОЛ в группе сравнения исходно



На основе полученных результатов исследования определены **показания и противопоказания к применению ПРТ** у больных с ППР при ГБ. Показанием для назначения ПРТ у этих больных является наличие в клинической картине заболевания легких и умеренно выраженных тревожных, обсессивно-фобических, неврастенических, депрессивных расстройств при высоком уровне интернальности.

Абсолютные противопоказания для проведения ПРТ отсутствуют. Относительным противопоказанием может быть наличие у пациентов ипохондрической и истерической симптоматики, а также выраженные психические нарушения. В этих случаях следует назначать ПФТ, однако после снижения выраженности психических расстройств ПРТ может стать удачным продолжением лечения.

Результаты настоящего исследования позволили более дифференцированно подойти к назначению того или иного вида терапии также и в зависимости от соответствия степени выраженности ППР уровню АД. При сочетании выраженных ППР, особенно ипохондрических, и умеренной гипертензии более целесообразно назначать психотропные препараты, а при менее

выраженных психопатологических изменениях в сочетании с более высоким АД следует отдавать предпочтение ПРТ. В случаях же сочетания выраженных психопатологических изменений и значительной гипертензии необходимо, прежде всего, обратить внимание на уровень интернальности и структуру психических расстройств. Отсутствие истерической и ипохондрической симптоматики при высоком уровне интернальности указывает на целесообразность назначения ПРТ, а при наличии обратных тенденций более успешным может быть использование других методов ПТ, например, гипноугестивной.

Таким образом, проведенное исследование показало, что ПРТ в большинстве случаев является достаточно эффективным методом лечения больных ГБ с ППР, а назначение ее с учетом исходного уровня интернальности, синдромальной принадлежности и степени выраженности психических расстройств позволяет максимально повысить эту эффективность.

Выводы

1. Применение психорелаксационной терапии с биообратной связью на фоне гипотензивной фармакотерапии повышает эффективность лечения больных с пограничными психическими расстройствами при гипертонической болезни: способствует более значительному улучшению психического состояния пациентов и большему гипотензивному эффекту по сравнению с использованием только гипотензивных препаратов.

2. Редукция психопатологических изменений и снижение уровня артериального давления у пациентов с пограничными психическими расстройствами при гипертонической болезни на фоне психорелаксационной терапии с биообратной связью сравнимы с результатами психофармакотерапии при легкой и умеренно выраженной тревожной, обсессивно-фобической, неврастенической и депрессивной симптоматике.

3. Длительная психорелаксационная терапия с биообратной связью более эффективна, чем психофармакотерапия у больных гипертонической болезнью с тревожной и неврастенической симптоматикой. Вместе с тем

при умеренных и выраженных истерических или ипохондрических расстройствах пограничного уровня, психофармакотерапия позволяет добиться лучших результатов.

4. Психорелаксационная терапия с биообратной связью и психофармакотерапия разнонаправленно влияют на уровень интернальности у больных с пограничными психическими расстройствами при гипертонической болезни: психорелаксационная терапия увеличивает этот показатель, что свидетельствует о повышении ответственности за свое здоровье, а психофармакотерапия, напротив, снижает ее.

5. Психорелаксационная терапия с биообратной связью и психофармакотерапия приводят к повышению качества жизни больных гипертонической болезнью с пограничными психическими расстройствами: психорелаксационная терапия в большей мере улучшает качество жизни больных с умеренными и легкими, а психофармакотерапия — с выраженными пограничными психическими расстройствами.

6. Предикторами участия больных гипертонической болезнью с пограничными психическими расстройствами в долгосрочной психорелаксационной терапии являются: высокий уровень образования, оптимистичность, ответственное и активное отношение к лечению, а предикторами ее эффективности, помимо высокого уровня интернальности, — отсутствие клинически значимой ипохондрической и/или истерической симптоматики.

Практические рекомендации

1. Учитывая зависимость эффективности психорелаксационной терапии с биообратной связью от синдромальной принадлежности и выраженности психических расстройств, перед началом терапии необходимо проводить оценку психического состояния пациентов. Наиболее подходящими инструментами для этого являются Клиническая шкала оценки психического статуса больных гипертонической болезнью и тест СМОЛ. Для контроля динамики состояния больных кроме этих методик целесообразно использовать методику "Качество жизни".

2. Поскольку результаты психотерапии зависят от отношения пациентов к лечению, определяемого уровнем интернальности, целесообразно до назначения лечения проводить оценку уровня интернальности с помощью теста "Уровень субъективного контроля".

3. Психорелаксационную терапию с биообратной связью следует применять у больных гипертонической болезнью с легкими и умеренно выраженными тревожными, обсессивно-фобическими, неврастеническими и депрессивными расстройствами при исходно высоком уровне интернальности. При низких показателях интернальности и наличии в клинической картине умеренных и выраженных ипохондрических или истерических расстройств рациональнее назначать психофармакотерапию.

4. Для повышения эффективности лечения больных с пограничными психическими расстройствами при гипертонической болезни после завершения основного курса психорелаксационной терапии с биообратной связью необходимо проводить поддерживающие занятия 1-2 раза в месяц.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Использование биологической обратной связи для повышения психологической адаптации больных гипертонической болезнью. // Психотерапия: от теории к практике. Вторая Всероссийская учебно-практическая конф. по психотерапии: Тез. докл. Москва, 1997. — С. 138 — 139 (соавт. Т. А. Айвазян, В. П. Зайцев).

2. Психофармакотерапия в комплексном лечении больных с пограничными психическими расстройствами при гипертонической болезни. // К истории Мценского здравоохранения и частные вопросы специализированной медицинской помощи. / Под. ред. П. И. Гурова. — Орел, 1997. — С. 250 — 252 (соавт. Т. В. Забоева).

3. Психотерапия с биологической обратной связью в лечении больных с пограничными психическими расстройствами при гипертонической болезни. // Актуальные вопросы научно-практической медицины. Межобластная

конф.: Тез. докл. / Под ред. П. А. Яковлева. — Орел, 1997. — С. 611 — 614 (соавт. Е. Н. Королева).

4. Характеристика пограничных психических расстройств у больных гипертонической болезнью. // К истории Мценского здравоохранения и частные вопросы специализированной медицинской помощи. / Под. ред. П. И. Гурова. — Орел, 1997. — С. 254 — 256.

5. Сравнение эффективности психотерапии с биообратной связью и психофармакотерапии у женщин с пограничными психическими расстройствами при гипертонической болезни. // Современные тенденции психотерапии в России: теория и практика. Третья Всероссийская конф. по психотерапии: Тез. докл. Москва, 1998. — С. 123 — 124 (соавт. Т. А. Айвазян, В. П. Зайцев).

6. Эффективность психотерапии с биообратной связью в реабилитации больных гипертонической болезнью. // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. — 1998. — № 6. — С. 16 — 18 (соавт. Т. А. Айвазян, В. П. Зайцев).

7. Психотерапия с биообратной связью у женщин с пограничными психическими расстройствами при начальных стадиях гипертонической болезни. // Вестник последипломного медицинского образования. Психотерапия на рубеже тысячелетий: опыт прошлого, взгляд в настоящее. — Москва, 1998. — С. 89.

Список сокращений:

АД	— артериальное давление
БИОС	— биообратная связь
ГБ	— гипертоническая болезнь
ДАД	— диастолическое артериальное давление
КЖ	— качество жизни
КШ	— Клиническая шкала
НПЗ	— не посещавшие поддерживающие занятия
НЭФ	— не эффективная
ППЗ	— посещавшие поддерживающие занятия
ППР	— пограничное психическое расстройство
ПРТ	— психорелаксационная терапия
ПТ	— психотерапия
ПФТ	— психофармакотерапия
САД	— систолическое артериальное давление
СМОЛ	— Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности
УСК	— Уровень субъективного контроля
ШВ	— Шкала враждебности
ЭФ	— эффективная