



23. Новожинов В.Г., Белков С.А., Стародубцев А.К. Фармакотерапия боевой терапевтической патологии // Рук. для врачей. – М., 2003. – 570 с.
24. Пономаренко В.А., Разинкин С.М., Шинкаренко В.С. Методы оценки профессионального здоровья // В кн.: Здоровье здорового человека. – М., 2007. – С. 152–164.
25. Приказ Министра обороны Российской Федерации от 8 мая 2009 года № 385 «О медико-психологической реабилитации военнослужащих ВС РФ». – М., 2009. – 6 с.
26. Розов В.И. Адаптивные способности человека в условиях травматического стресса // Социальная психология, 2006. – № 3(17). – С. 108–120.
27. Руководство по реабилитации лиц, подвергшихся стрессовым нагрузкам // Под ред. академика РАМН В.И. Покровского. – М.: Медицина, 2004. – 399с.
28. Селье Г. Стресс без дистресса/Г. Селье. – М.: Прогресс, 1979. – 123с.
29. Физиотерапия: национальное руководство // Под ред. Г.Н. Пономаренко. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2009. – 864с.
30. Фисун А.Я., Щегольков А.М., Юдин В.Е., Белякин С.А., Иванов В.Н., Будко А.А., Овечкин И.Г. Система медицинской реабилитации в Вооруженных Силах: история, современность и перспективы развития // Воен. мед. журн. – 2009. – Т. 330. – № 8. – С. 11–15.
31. Шамрей В.К., Лыткин В.М., Костюк Г.П. К проблеме психического здоровья участников боевых действий // Российский психиатрический журнал. – 2007. – № 6. – С. 38–44.
32. Юдин В.Е., Щегольков А.М., Смекалкин Л.В., Ярошенко В.П., Дыбов М.Д., Лямин М.В. Применение современных психокоррекционных технологий в восстановительном лечении раненых с психической дезадаптацией // Медицинский вестник МВД. – № 5. – 2010. – С. 42–45.
33. Bleich A., Solomon Z. Evaluation of psychiatric disability in PTSD of military origin // Isr. J. Psychiatry Relat. Sci. – 2004. – Vol. 41, № 4. – P. 268–276.
34. Goodrich-Dunn B., Greene E. Voices: A History Of Body Psychotherapy // The USA Body-Psychotherapy Journal. – 2002. – V. 1, № 1. – P. 53–117.
35. Howard S., Hopwood M. Post traumatic stress disorder. A brief overview // Aust. Fam. Physician. – 2003. – Vol. 32, № 9. – P. 683–687.
36. Perry J., Lanni F. Observer-rated measures of defense mechanisms // Journal of personality. – 2008. – Vol. 66, № 6 – P. 993–1024.
37. Solter V., Thaller V., Karlovic D., Cnikovic D. Elevated serum lipids in veterans with combat-related chronic posttraumatic stress disorder // Croat. Med. J. – 2002. – Vol. 43, № 6. – P. 685–689.
38. Yang E., Glaser R. Stress-induced immunomodulation and the implication for health // Int. Immunopharmacol. – 2002. – Vol. 2, № 2. – P. 315–324.

РЕЗЮМЕ

В статье проведен анализ современных научных данных по проблеме патогенетических механизмов формирования психологических и психосоматических нарушений, приводящих к снижению профессиональных качеств и функциональной надежности лиц опасных профессий. Показаны основные направления проведения их медико-психологической реабилитации и пути ее совершенствования.

Ключевые слова: лица опасных профессий, профессиональные качества, функциональная надежность, стресс, адаптация, медико-психологическая реабилитация.

SUMMARY

The article analyzes the recent data on the problem of the pathogenetic mechanisms of psychological and psychosomatic disorders, leading to a decrease in professional quality and functional reliability of those dangerous professions. The basic directions of their medical and psychological rehabilitation and ways to its improvement are elucidated

Key words: men of dangerous professions, professional qualities, functional reliability, stress, adaptation, medical and psychological rehabilitation.

Контакты

Юдин В.Е.. Тел.: 8 (495) 455-94-01, 8 (495) 455-99-62.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ, РАЦИОНАЛЬНОЙ И КОМБИНИРОВАННОЙ (КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ И РАЦИОНАЛЬНОЙ) ПСИХОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ИМПУЛЬСИВНЫМ ТИПОМ ЭМОЦИОНАЛЬНО НЕУСТОЙЧИВОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ

УДК 616

Харитонов С.В., докторант

ФГУ «Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии Минздрава России», г. Москва

Введение.

Импульсивный тип личностного расстройства, согласно критериям ICD-10, характеризуется: тенденцией действовать неожиданно, не принимая в расчет последствия; выраженной тенденцией к конфликтному поведению, особенно когда пытаются препятствовать импульсивным поступкам; склонностью к вспышкам гнева или насилия с неспособностью контролировать «поведенческие взрывы», являющиеся результатом этих эмоций; трудностью в продолжении действий, которые не сулят немедленного вознаграждения; нестабильным и капризным настроением [5].

По мнению большинства специалистов, ведущим методом терапии личностных расстройств должна являться психотерапия [2], в связи с ограниченными возмож-

ностями фармакотерапевтической коррекции и с учетом необходимости мероприятий по ресоциализации и реадaptации личности.

Существуют работы, подтверждающие успешность организационных мероприятий в улучшении качества терапии пациентов с эмоционально неустойчивым расстройством личности [6].

Притом, что исследований по эффективности психотерапевтических мероприятий, направленных на коррекцию импульсивной личности, крайне мало [4], в некоторых работах рекомендуемым методом является диалектическая – поведенческая психотерапия [3].

По сути этот подход включает в себя как идеи когнитивно- поведенческой психотерапии, так и рациональной.

В связи с вышеизложенным представляется существенной оценка эффективности когнитивно-поведенческой психотерапии в сравнении с рациональным подходом и интеграцией этих методов.

Цель исследования.

Оценить эффективность когнитивно-поведенческой и рациональной психотерапии при импульсивном типе эмоционально неустойчивого расстройства личности.

Материалы и методы исследования.

Исследование проведено в соответствии с принципами Хельсинской декларации и с информированного согласия пациентов.

Все обследуемые были рандомизированы методом блоковой рандомизации и распределены в три группы исследования. В первую группу (КПП) включены пациенты, получавшие лечение методами когнитивно-поведенческой психотерапии, во вторую группу (РП) включены больные, получавшие рациональную психотерапию, в третью группу (КПП+РП) включены, пациенты получавшие терапию методами когнитивно-поведенческой и рациональной психотерапии. Пациенты во всех трех группах не знали, что за метод психотерапии применяется.

Так как наблюдение осуществлялось в настоящее время и его эффективность оценивалась в будущем, дизайн удовлетворяет критериям проспективного, рандомизированного, слепого исследования.

Продолжительность терапии методами КПП и РП составляла около года у всех пациентов. Тестирование проводилось до начала терапии, через две недели от начала лечения, через 1, 3, 6 и 12 месяцев. Оценивались следующие параметры:

1) оценка динамики состояния пациентов производилась в течение всего времени прохождения терапии (около года) с применением «Шкалы Глобального Клинического впечатления». Оценивались показатели по конструктору данной шкалы – «острота выраженности симптомов». Использованный тест имеет высокую ретестовую надежность и валидность по указанному параметру;

2) шкала субъективного дискомфорта, включающая суммарную характеристику дискомфорта своего состояния на конец данного периода. Оценка общего самочувствия пациентов осуществлялась по «Визуально-аналоговой шкале». Пациенты, в присутствии лечащего врача, давали оценку своего состояния по градуированной 10-балльной шкале, где 10 баллов – крайне плохое самочувствие, 0 баллов – дискомфорта нет;

3) количество невыполненных домашних заданий, так как в РП, так и КПП после каждой встречи с пациентом им предлагались домашние задания;

4) субъективная оценка желательности продолжения психотерапии. Оценка велась по 10-балльной градуированной визуально-аналоговой шкале, когда пациентам на каждой встрече предлагалось оценить желательность продолжения психотерапии и заинтересованность в ней;

5) приверженность больного лечению, по мнению лечащего врача. Определялась по субъективной 10-балльной визуально-аналоговой шкале.

6) Суицидальная активность оценивалась по категориям, предложенным А.Г. Амбрумовой [1], где 0 – незавершенная суицидальная попытка; 1 – суицидальные намерения; 2 – суицидальные замыслы; 3 – пассивные суицидальные мысли; 4 – нет признаков суицидальной активности; ! – завершенный суицид.

7) Математическая обработка данных производилась методами непараметрической статистики (программа StatPlus2009) и описательной статистики (в программе Excel). Среди непараметрических методов применялись:

3.1. Тест Уилкоксона – критерием проверялась статистическая значимость нулевой гипотезы о том, что распределение случайных величин симметрично относительно нуля.

3.2. Метод знаков (критерий знаков, Sign test) – статистика критерия вычисляется как число положительных разностей вариантов сопряженных выборок.

Участники исследования и стратегия рекрутинга.

Исследование проводилось среди пациентов с уста-

новленным диагнозом эмоционально неустойчивое расстройство личности импульсивного типа (F60.30), согласно критериям МКБ-10. В исследовании приняли участие 31 пациент в возрасте от 18 до 44 лет. Исследование проводилось на базе Московского НИИ Психиатрии в период с 2004 по 2010 годы. Включение в группу осуществлялось в случайном порядке. Пациенты поступали как по самообращению, так и по направлению врачей-психиатров и клинических психологов.

Все пациенты прошли комплекс клинических исследований и не имели острой соматической или неврологической патологии. Все проходили долгосрочную психотерапию (в течение периода – около одного года, не менее 11 месяцев), направленную на смягчение или устранение патологических проявлений личностного расстройства.

Пациенты имели разный образовательный ценз и разные уровни жизни и социального положения. В процессе лечения применялись только методы когнитивно-поведенческой психотерапии и рациональной психотерапии. Фармакотерапия и другие виды психотерапии не применялись. В ряде случаев, когда существовала угроза суицида, применялись методы кризисной психотерапии. В большинстве случаев 1–3 сессии (ни у кого более 5).

Результаты исследования.

1. В результате проведенного исследования выявлено, что количество невыполненных домашних заданий, которые предлагались пациентам в обязательном порядке после каждой сессии психотерапии, несколько отличалось в первом полугодии терапии и во втором. Так, в первом полугодии невыполненных домашних заданий всего 70 по всей группе. Во втором полугодии – 64. Таким образом, можно говорить о незначительном изменении этого параметра в течение годового курса психотерапии.

Мотивация продолжать психотерапию по оценке больных была разной на разных отрезках времени (см. таблицу 1).

Таблица 1. Мотивация по оценке больного

Период	Х. среднее	Дисперсия
До лечения	7,9	2,09
Через 2 недели	8,1	1,11
Через 1 месяц	6,67	6,15*
Через 3 месяца	7,38	2,57
Через 6 месяцев	9	0,29
Через год	8,9	0,42

Статистическая достоверность полученных результатов приведена в таблице 2.

Таблица 2. Достоверность изменений мотивации пациентов

Сравниваемые периоды	Уилкоксона критерий		Критерий G-знаков	
	Z	уровень значимости	Z	уровень значимости
До лечения / спустя 2 недели	1,0865	0,2772	0,9177	0,3588
2 недели / 1 месяц	2,5707	0,0102*	1,1547	0,2482
1 месяц / 3 месяца	1,2733	0,2029	0,3849	0,7003
3 месяца / 6 месяцев	3,7191	0,0002*	3,9279	0,0001*
6 месяцев / год	0,8475	0,3967	0,2673	0,7893

Как видно, через месяц после начала терапии желание продолжать начатое лечение статистически достоверно снижалось по сравнению с уровнем мотивации через 2 недели, а через 6 месяцев было статистически достоверно выше, чем на 3-м месяце терапии.

Приверженность больного лечению по оценке лечащего врача представлена в таблице 3.

Таблица 3. Приверженность больного лечению по оценке врача

Период	Х. среднее	Дисперсия
До лечения	7,3	0,49
Через 2 недели	7,7	1,24
Через 1 месяц	3,3	0,9
Через 3 месяца	4,58	0,651
Через 6 месяцев	7,48	1,52
Через год	9	0,29

Достоверность различия между данными показателями представлена в таблице 4. Как видно из представленных данных, каждый период статистически достоверно отличался от предыдущего. По оценке врачей также наблюдалось снижение приверженности больного лечению через 1 месяц. В дальнейшем этот показатель нарастал.

Таблица 4. Достоверность различий приверженности больных лечению по оценке лечащего врача

Сравниваемые периоды	Уилкоксона критерий		Критерий G-знаков	
	Z	уровень значимости	Z	уровень значимости
До лечения / спустя 2 недели	2,59	0,0121*	2,25	0,0244*
2 недели/ 1 месяц	4,8599	0,00001*	5,3882	0,0001*
1 месяц/ 3 месяца	4,0857	0,0001*	4,2866	0,0001*
3 месяца/6 месяцев	4,703	0,0001*	5,1995	0,0001*
6 месяцев/ год	4,1302	0,0001*	4	0,0001*

2. В группе больных, получавших лечение методами когнитивно-поведенческой психотерапии, по шкале субъективного дискомфорта выявлено статистически достоверное снижение данного показателя на каждом из временных отрезков, когда производились измерения (таблица 5).

Таблица 5. Достоверность различий по показателю субъективного дискомфорта в группе КПП

Сравниваемые периоды	Уилкоксона критерий		Критерий G-знаков	
	Z	уровень значимости	Z	уровень значимости
До лечения / спустя 2 недели	2,9341	0,0033*	3,0151	0,0026*
2 недели/ 1 месяц	2,8031	0,0051*	2,846	0,0044*
1 месяц/ 3 месяца	2,6656	0,0077*	2,6667	0,0077*
3 месяца/6 месяцев	2,9341	0,0033*	3,0151	0,0026*
6 месяцев/ год	2,2014	0,0277*	2,0412	0,0412*

Острота выраженности симптомов по шкале Глобального Клинического впечатления приводится в таблице 6, из которой следует, что на третьем и шестом месяце терапии, по сравнению с предыдущими периодами, статистически достоверного снижения остроты выраженности симптомов не происходило.

3. В группе больных, получавших когнитивно-поведенческую психотерапию и рациональную психотерапию в сочетании (группа КПП+РП), по показателю субъективного дискомфорта определено, что статистически достоверные различия наблюдались во всех

сравниваемых периодах (кроме как по критерию знаков через 3 месяца), более подробно данные представлены в таблице 7.

Таблица 6. Достоверность различий по конструкту «Острота выраженности симптомов» в группе КПП

Сравниваемые периоды	Уилкоксона критерий		Критерий G-знаков	
	Z	уровень значимости	Z	уровень значимости
До лечения / спустя 2 недели	2,6656	0,0077*	2,6667	0,007*
2 недели/ 1 месяц	2,9341	0,0033*	3,0151	0,0026*
1 месяц/ 3 месяца	1	0,3173	0	1
3 месяца/6 месяцев	1,6036	0,1088	1,1547	0,2482
6 месяцев/ год	2,6656	0,0077*	2,6667	0,007*

Таблица 7. Достоверность различий по показателю субъективного дискомфорта в группе КПП+РП

Сравниваемые периоды	Уилкоксона критерий		Критерий G-знаков	
	Z	уровень значимости	Z	уровень значимости
До лечения / спустя 2 недели	2,9341	0,0033*	3,0151	0,0026*
2 недели/ 1 месяц	2,9341	0,0033*	3,0151	0,0026*
1 месяц/ 3 месяца	2,1004	0,0357*	1,7678	0,0771
3 месяца/6 месяцев	2,9341	0,0033*	3,0151	0,0026*
6 месяцев/ год	2,2014	0,0277*	2,0412	0,0412*

По конструкту «Острота выраженности симптомов» статистически достоверные различия определялись в начале терапии, сравнение последующих периодов показало, что снижение остроты происходило медленнее (таблица 8).

Таблица 8. Достоверность различий по конструкту «Острота выраженности симптомов» в группе КПП+РП

Сравниваемые периоды	Уилкоксона критерий		Критерий G-знаков	
	Z	уровень значимости	Z	уровень значимости
До лечения / спустя 2 недели	2,2424	0,0249*	2,2136	0,0269*
2 недели/ 1 месяц	2,8031	0,0051*	2,846	0,0044*
1 месяц/ 3 месяца	1,8257	0,0679	1,5	0,1336
3 месяца/6 месяцев	1,6036	0,1088	1,1547	0,2482
6 месяцев/ год	1,8257	0,0679	1,5	0,1336

4. В группе больных, получавших лечение методами рациональной психотерапии, субъективные показатели дискомфорта приведены в таблице 9.

Как видно из представленных данных, статистически достоверное улучшение происходило в периодах до лечения – через 2 недели, 1 месяц – 3 месяца и 3 месяца – 6 месяцев.

Таблица 9. Достоверность различий по показателю субъективного дискомфорта в группе РП

Сравниваемые периоды	Уилкоксона критерий		Критерий G-знаков	
	Z	уровень значимости	Z	уровень значимости
До лечения / спустя 2 недели	2,6656	0,0077*	2,6667	0,0077*
2 недели/ 1 месяц	1,3303	0,1834	1,0607	0,2888
1 месяц/ 3 месяца	2,6656	0,0077*	2,6667	0,0077*
3 месяца/6 месяцев	2,6656	0,0077*	2,6667	0,0077*
6 месяцев/ год	0,6761	0,499	0,7559	0,4497

По показателю «Острота выраженности симптомов» статистически достоверные изменения обнаружены на 1-м месяце и в конце терапии, по сравнению с предыдущим периодом (таблица 10).

Таблица 10. Достоверность различий по конструкту «Острота выраженности симптомов» в группе РП

Сравниваемые периоды	Уилкоксона критерий		Критерий G-знаков	
	Z	уровень значимости	Z	уровень значимости
До лечения / спустя 2 недели	1,4832	0,138	0,8944	0,3711
2 недели/ 1 месяц	2,6656	0,0077*	2,6667	0,007*
1 месяц/ 3 месяца	1	0,3173	0	1
3 месяца/6 месяцев	1,3416	0,1797	0,7071	0,4795
6 месяцев/ год	2,3664	0,018*	2,2678	0,0233*

5. Показатели суицидальной активности снижались и к концу терапии, в группе не было даже минимальных признаков антивитальных переживаний. Данные представлены в таблице 11.

Таблица 11. Уровень суицидальной активности у больных

Периоды	X. среднее	Дисперсия
До лечения	1,16	0,67
Через 2 недели	2,09	0,69
Через 1 месяц	2,64	0,24
Через 3 месяца	2,97	0,29
Через 6 месяцев	3,64	0,24
Через год	4	0

Выводы.

Полученные результаты позволяют сделать ряд выводов:

1) в начальном периоде терапии (в диапазоне 2 недели–3 месяца) обнаруживается падение мотивации больных к лечению, как по оценкам самих пациентов, так и по оценкам лечащих врачей;

2) во всех группах, у всех больных определено статистически достоверное улучшение самочувствия в течение годового курса терапии;

3) в группе больных, получавших лечение методами когнитивно-поведенческой психотерапии, наблюдалось наиболее устойчивое снижение дискомфорта и «остроты выраженности симптомов»;

4) наименее оптимальными оказались показатели в группе больных, получавших только рациональную психотерапию, как по показателям субъективного дискомфорта, так и по конструкту «Острота выраженности симптомов» шкалы Глобального Клинического впечатления;

5) во всех группах удалось снизить уровень суицидальных переживаний, до их полной ликвидации к концу терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Амбрумова А.Г. Диагностика суицидального поведения // Методические рекомендации. – М., 1980. – 48 с.
2. Жариков Н.М., Морозов Г.В., Хритинин Д.Ф. Судебная психиатрия. Учебник для вузов. – 4-е изд. – М.: Норма, 2006. – 454 с.
3. Barker, P. ed. 2003. Psychiatric and mental health nursing: the craft and caring. London: Arnold. pp292.
4. Binks C, Fenton M, McCarthy L, Lee T, Adams CE, Duggan C. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 1. Art. No.: CD005652. DOI: 10.1002/14651858.CD005652.
5. Электронные источники
6. ICD X.- URL: <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>. Дата обращения 20.01.2011.
7. Steinert T., Eisele F., Goesser U., Tschoeke S., Uhlmann C., Schmid P. Successful interventions on an organisational level to reduce violence and coercive interventions in in-patients with adjustment disorders and personality disorders. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health 2008, 4:27. URL: <http://www.cpejournal.com/content/4/1/27>. Дата обращения 20.01.2011.

РЕЗЮМЕ

В статье анализируются показатели дискомфорта, остроты выраженности симптомов, уровень суицидальной угрозы, приверженность больных лечению по оценкам врача и по оценкам самих пациентов. Выделено три группы больных. В первой группе пациенты получали лечение только методами когнитивно-поведенческой психотерапии, во второй группе применялись методы когнитивно-поведенческой и рациональной психотерапии, в третьей группе пациенты получали лечение методами рациональной психотерапии. Исследование было рандомизированным, слепым, проспективным. Выявлено, что наиболее заметное и равномерное улучшение наблюдается в группе больных, получавших когнитивно-поведенческую психотерапию.

Ключевые слова: когнитивно-поведенческая, рациональная, импульсивное расстройство, субъективный дискомфорт, острота выраженности, суицидальная угроза, приверженность лечению.

SUMMARY

The article analyzes the performance of discomfort, visual symptoms, the level of suicide risk, treatment compliance was estimated physician and was estimated to patients themselves. Three groups of patients. The first group of patients treated only by the methods of cognitive-behavioral therapy in the second group have applied the methods of cognitive-behavioral and rational therapy in the third group of patients treated with methods of rational therapy. The study was a randomized, blind, prospective. Revealed that the most noticeable and consistent improvement observed in patients treated with cognitive-behavioral psychotherapy.

Key words: cognitive-behavioral, rational, impulsive disorder, subjective discomfort, visual expression, suicidal threat, adherence to treatment.

Контакты

Харитонов Сергей Викторович. E-mail: sergeyhar@mail.ru.