

Chernyshov O. V. Комплексная психофармакотерапия дисморфных болевых ощущений у подростков с психическими расстройствами = Integrated psychopharmacotherapy dismorfining pain in adolescents with psychiatric disorders. *Journal of Education, Health and Sport*. 2015;5(8):210-218. ISSN 2391-8306. DOI [10.5281/zenodo.28073](https://doi.org/10.5281/zenodo.28073)
<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.28073>
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/2015%3B5%288%29%3A210-218>
<https://pbn.nauka.gov.pl/works/607755>
Formerly Journal of Health Sciences. ISSN 1429-9623 / 2300-665X. Archives 2011–2014
<http://journal.rsw.edu.pl/index.php/JHS/issue/archive>

Deklaracja.

Specyfika i zawartość merytoryczna czasopisma nie ulega zmianie.
Zgodnie z informacją MNISW z dnia 2 czerwca 2014 r., że w roku 2014 nie będzie przeprowadzana ocena czasopism naukowych; czasopismo o zmienionym tytule otrzymuje tyle samo punktów co na wykazie czasopism naukowych z dnia 31 grudnia 2014 r.

The journal has had 5 points in Ministry of Science and Higher Education of Poland parametric evaluation. Part B item 1089. (31.12.2014).

© The Author (s) 2015;

This article is published with open access at License Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland and Radom University in Radom, Poland
Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium,

provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 05.06.2015. Revised 15.07.2015. Accepted: 12.08.2015.

УДК 616.89:612.017.1

КОМПЛЕКСНАЯ ПСИХОФАРМОКОТЕРАПИЯ ДИСМОРФНЫХ БОЛЕВЫХ ОЩУЩЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ INTEGRATED PSYCHOPHARMACOTHERAPY DISMORFINING PAIN IN ADOLESCENTS WITH PSYCHIATRIC DISORDERS

О. В. Чернышов

O. V. Chernyshov

Николаевская областная психиатрическая больница №1
Mykolaiv Regional Psychiatric Hospital № 1

Summary

This article presents the theoretical generalization and the new decision of an actual problem of modern psychiatry - the improvement of the treatment of adolescents with dismorfinic painful disorders in the structure of mental disorders by implementing a comprehensive program of pharmacotherapy and psychotherapy, developed on the basis of socio-demographic, clinical, psychopathological, pathopsychological characteristics of patients research.

Key words: complex psychopharmacotherapy, psychotherapy, dismorfining pain, mental disorders, adolescents.

Резюме

В данной статье приведены теоретические обобщения и новое решение актуальной задачи современной психиатрии – усовершенствование системы лечения подростков с дисморфными болевыми ощущениями в структуре психических расстройств, путем внедрения программы комплексной психофармакотерапии и психотерапии, разработанной на основании исследования социально-демографических, клинико-психопатологических и патопсихологических характеристик пациентов.

Ключевые слова: комплексная психофармакотерапия, психотерапия, дисморфные болевые ощущения, психические расстройства, подростки.

Актуальность темы

В последние годы, мы наблюдаем тенденцию роста распространения психических расстройств среди подростков в Украине [1, 2, 7]. Приведенная закономерность является более достоверной, нежели рост количества психических и поведенческих расстройств среди подростково-детской популяции в целом.

Феноменология психических расстройств у лиц данной возрастной категории описана в работах многих специалистов в области подростковой психиатрии, построено теоретические концепции, которые обосновывают клинические особенности упомянутой

патологии в этой группе [3, 4, 6]. Большинство авторов предлагают объединение фармако- и психотерапии, основой которого предлагается использование антидепрессантов, анксиолитиков в комбинации с разными видами индивидуальной и групповой психотерапии, а именно: когнитивно-поведенческой, психоаналитической, гештальт- и арт-терапии, транзактного анализа, экзистенциальной, групповой и семейной системной [2, 5, 6].

Но, на сегодняшний день, недостаточно исследований, направленных на создание и воплощение в клиническую практику методических разработок относительно диагностики и комплексной терапии болевых синдромов при психических расстройствах у подростков [1, 2, 4].

Для клинической практики имеет значение создание и воплощение комплексной программы фармакотерапии и психотерапии, которая является патогенетически обусловленной и эффективной для данного контингента больных [3, 6].

Изложение основного материала

Комплексное исследование было проведено в группе подростков, которая состоялась из 304 человек в возрасте 16-17 лет, они имели двойной диагноз согласно критериям включения в исследование, которым было установлено одно из следующих диагнозов: соматизированное расстройство, недифференцированное соматоформное расстройство, хроническое соматоформное болевое расстройство, соматоформное расстройство неуточненное - группа Г1; тревожно-фобическое расстройство без панического расстройства, генерализованное тревожное расстройство, тревожное расстройство неуточненное - Группа Г2; легкий депрессивный эпизод с соматическими симптомами, умеренный депрессивный эпизод с соматическими симптомами, рекуррентное депрессивное расстройство легкой степени с соматическими симптомами, рекуррентное депрессивное расстройство средней степени с соматическими симптомами, рекуррентное депрессивное расстройство, не уточненное - Группа Г3.

Исследованным больным оказывалась комплексная помощь (психофармакотерапия и психотерапия). Психофармакотерапия отвечала заказным клиническим протоколам оказания медицинской помощи больным с определенной нозологии по МКБ-10 и согласно стандартам утвержденных Приказом МЗ Украины от 05.02.2007 г. За № 59, который отмечает, что в практической работе необходимо стремиться к обеспечению безопасного и эффективного лечения по возможности в условиях наименее ограничительного режима, поэтому при выборе препаратов мы учитывали утвержденные стандарты лечения, показания и противопоказания лекарственных средств, побочные действия препарата, их эффективность и доступность. При выборе подходящего препарата мы пользовались перечнем лекарственных средств утвержденных Приказом МЗ Украины от 25 апреля 2012 № 311.

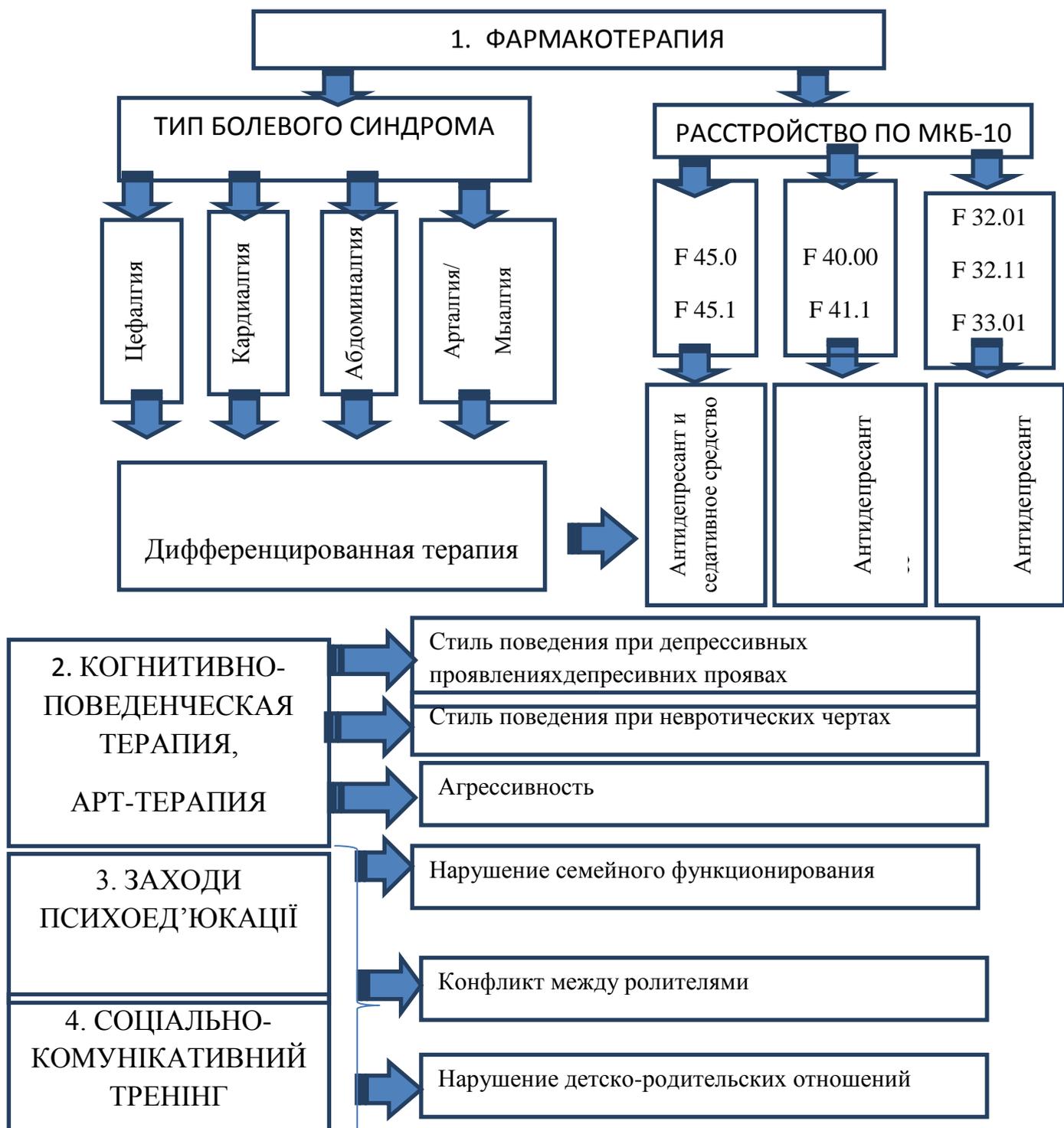


Рис. 1 Мишени и средства комплексной терапии

Важным было то, что курс психофармакотерапии и психотерапии исследованным больным предоставлялся одновременно. Во время лечения мы учитывали: готовность и способность пациента к сотрудничеству в рамках терапевтического процесса; существующий риск суицидального или агрессивного поведения; возможность и присутствие социально-психологической поддержки в ближайшем окружении, а также

создание условий адекватного лечения. При необходимости больным назначались консультации других специалистов по показаниям в исследованных выполняли необходимые лабораторные исследования. Для каждой группы исследования нами была разработана комбинированная фармакотерапия. Каждый исследуемый получал в качестве препаратов первого ряда, средство по лечению психического заболевания и препарат для нивелирования проявлений соматоформного болевого синдрома.

Ни у одного испытуемого препараты, выбранные нами для терапии, не вызывали побочных эффектов или идиосинкразии. Препараты, выбранные для терапии, мы условно разделили на препараты первого и второго ряда. Препаратом первого ряда (основного) был антидепрессант сертралин. Он предназначались всем группам исследованных. Препаратами второго ряда (дополнительного) были анксиолитик и седативные средства. При назначении учитывали основной диагноз и сопутствующую симптоматику, а также индивидуальные особенности каждого больного. Подростки из группы Г1, которые имели диагноз соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы в качестве терапии получали антидепрессант и седативное средство. Нормализация эмоционального состояния и психологических установок пациента и, как следствие, улучшение качества жизни было для нас критериям эффективного лечения. Для лечения исследуемых Г2 с фобическими тревожными расстройствами и другими тревожными расстройствами использовались антидепрессант и анксиолитик. Критериями качества лечения в этой группе были: клинический - степень редукции тревожной симптоматики в течение не менее 6 месяцев и стабильность психического состояния в течение 6 месяцев; социально-психологическое - восстановление прежнего уровня психологической, социальной и трудовой адаптации.

В исследуемой группе Г3 для лечения депрессивного эпизода использовался препарат из группы антидепрессантов. Критериями качества лечения для нас были: клинический критерий - редукция депрессивной симптоматики и стабильность достигнутого психического состояния на протяжении не менее 6 месяцев; социально-психологический аспект - восстановление прежнего уровня психологической, социальной и трудовой адаптации (табл. 2).

Психофармакотерапия исследованных в зависимости от установленного диагноза и вида боли

Шифр по МКБ–10	Цефалгия	Кардиалгия	Абдоминалгия	Артралгии, миалгии
F 45.0 F 45.1 F 45.4 F 45.9	 	 	 	 
F 40.00 F 41.1 F 41.9	 	 	 	 
F 32.01 F 32.11 F 33.01 F 33.11 F 33.9				

Примечание:

Лекарственное средство первого ряда

 - антидепрессант

Лекарственное средство второго ряда

 - седативное средство
 - анксиолитик

Таким образом, нами сформирован «базовый стандарт», который включал в себя основной препарат (антидепрессант), что было обусловлено наличием у всех пациентов депрессивной симптоматики различной степени выраженности и болевого синдрома, но, учитывая многообразие психических и болевых проявлений, согласно клиническим симптомам дополнительно применялись препараты, отнесенные нами ко второму ряду (препараты выбора).

Исследуемые подростки из групп Г1, Г2 и Г3 получали препарат «первого ряда» - сертралин, но в разных дозах: Г1, Г2 - по 50 мг в сутки, однократным приемом, вечером, вместе с пищей; Г3 - 100 мг в сутки, однократным приемом, вечером, вместе с пищей. Курс терапии составлял 4 месяца. Сертралин (Sertralinum) - высокоселективный ингибитор обратного захвата серотонина, который оказывает влияние на обратный захват норадреналина и допамина. Сертралин в терапевтических дозах блокирует захват серотонина человеческими тромбоцитами, снижает активность рецепторов норадреналина и серотонина в головном мозге, не имеет значительного аффинитет к адренергическим (α_1 , α_2 и β), холинергическим, ГАМК, допаминергическим, гистаминергическим, серотонинергическим

(5-HT_{1A}, 5-HT_{1B}, 5-HT₂) или бензодиазепиновых рецепторов. В группе Г1 нами применялся препарат «второго ряда» успокаивающего действия, а именно пустырник-форте по 0,5 г. дважды в сутки, утром и вечером, вместе с пищей. Курс терапии составлял 2 месяца. Пустырник (*Leonuri herba*) регулирует функциональное состояние ЦНС, оказывает успокаивающее действие, снижает повышенную нервную возбудимость, потенцирует снотворный эффект. Корректирует функциональные расстройства ЦНС и вегетативной нервной системы, способствует нормализации циркадных ритмов, регулирует сердечный ритм при вегето-сосудистой дистонии, проявляет кардиотонические свойства, снижает артериальное давление. Обладает антисептическим, диуретическим, противовоспалительным, общеукрепляющим эффектами. В качестве препарата «второго ряда» в группе Г2 применялся адаптол (мебикар) в дозе 1500 мг в сутки (три раза в сутки по 500 мг во время приема пищи). Продолжительность курса составляла 1 месяц. Обладает умеренным транквилизирующим эффектом, уменьшает или устраняет ощущение беспокойства, страха, тревогу, эмоциональное напряжение. Действие не сопровождается изменением двигательных функций (координация движений) и миорелаксацией. Подростки из группы Г3 принимали только основной препарат - антидепрессант, учитывая доминирующую симптоматику. В таблице 2 приведены группы препаратов, которые использовались для лечения дисморфных болевых ощущений у подростков с психическими расстройствами (независимо от их локализации). Все подростки получали антидепрессант в качестве препарата первого ряда. Второй препарат для каждой подгруппы был выборочным, в зависимости от основного диагноза.

На фоне психофармакотерапии был проведен комплекс индивидуальных и групповых психотерапевтических мероприятий для подростков и их семей. Дисгармоничны социально-демографические и патопсихологические характеристики исследованных подростков стали мишенями интегративной психотерапии, которая проводилась индивидуально и в группах с использованием психоедуктивных мероприятий, психотерапевтических техник КПТ, ССТ и социально-психологического тренинга. Все обследованные проходили индивидуальную краткосрочную психотерапию. Ее направленность - это восстановление произвольной регуляции психических функций, улучшение психоэмоционального состояния, оптимизация когнитивной деятельности и сохранения навыков адекватной социального поведения. Целью проведения индивидуальной психотерапии было осознание больным генеза, патопсихологической причин психического расстройства, активация ресурсов личности. Индивидуальная психотерапия представляла собой вариант краткосрочной когнитивно-поведенческой психотерапии и проводилась в форме 10 сессий: 1 раз в неделю, по 60 минут каждая. Весь цикл состоял из начального, диагностического этапа (2 сессии), этапа активного вмешательства (7 сессий), а также этапа закрепления результатов и подведение

итогах проделанной работы (1 сессия). Занятия были структурированы с ясностью задач, дозированной эмоциональной и информационной нагрузкой, обязательным обсуждением проблем и достижений пациентов. Индивидуальная психотерапия включала обработки когнитивных (выявление и модификация дисфункциональных убеждений, прояснения событий и мыслей, после которых появляются или усиливаются клинические проявления болезни и болевые ощущения, «отделение» мыслей от эмоциональных реакций, внутреннее «объяснения» своих болезненных ощущений и обесценение эмоционального компонента мыслей) и эмоциональных процессов (выявление основных эмоциональных реакций на появление и усиление клинических проявлений болезни и болевых ощущений и возможность управлять ими), а также поведения (навыки отслеживания поведенческих реакций, домашние задания по поведению при усилении клинических проявлений заболевания и болей). Это позволяло скорректировать когнитивные искажения, деструктивные мысли пациента, нивелировать или значительно уменьшить тревожные или депрессивные проявления, способствовало ослаблению клинических проявлений болезни и болевых ощущений, появлению навыков управления эмоциональным реагированием, восстановлению сбалансированного психофизического состояния больного и выработке адаптивного поведения.

Мишенями психотерапевтического вмешательства были: активация личностных ресурсов пациента (когнитивная модальность); выработка навыков управления клиническими (включая болевые) симптомами и эмоциональным реагированием с присоединением к положительным ощущениям (модальность ощущений); апробация и закрепление поведения, способствует угасанию клинических проявлений болезни и БС (поведенческая модальность); ресурсная проработка конфликтных и стрессогенных ситуаций, связанных с отношениями пациента с ближайшим окружением (модальность межличностных отношений). Нацеленность была на преодоление дисгармоничных внутриличностных механизмов реагирования подростком болезнью и БС, которые не позволяют полностью использовать личностные ресурсы в своем развитии и межличностных взаимодействиях.

На этапе вмешательства для каждой группы больных были разработаны программы психофармако- и психотерапии с учетом ведущего диагноза, интенсивности и места локализации боли, а также дисгармоничных индивидуально-психологических особенностей пациентов. Был разработан комбинированную психофармакотерапию, которая была направлена на нивелирование психических проявлений болезни, а также на купирование проявлений соматоформного болевого синдрома. Так, для пациентов всех групп препаратом первого ряда был антидепрессант сертралин. Предоставлен комплекс психофармакотерапии

позволил значительно снизить уровень психических проявлений и клинической выраженности болевого синдрома. На фоне психофармакотерапии был проведен комплекс индивидуальных и групповых психотерапевтических мероприятий для подростков и их родителей (психоедукативные меры, КПТ, ССТ и социально-психологический тренинг).

Через полгода после проведения комплексной терапии отмечалось уменьшение интенсивности ощущения всех видов боли, как в результате проведенной терапии, так и после полугодия по ее окончании. Также осуществляли оценку психического состояния больных, пользуясь диагностическими критериями МКБ-10 через полгода после терапии.

Выводы

1. Феноменология психических расстройств у подростков описана в работах многих специалистов в области подростковой психиатрии, построены теоретические концепции, которые обосновывают клинические особенности упомянутой патологии в этой группе.

2. В результате проведения нами комплексной терапии произошли изменения на индивидуально-психологическом уровне во всех группах подростков: укрепление уверенности в себе, снижение познавательной и социальной пассивности, снижение уровня ипохондричности, отсутствие выраженных признаков социальной адаптации, значительное снижение уровня депрессии, снижение индексов агрессивности и враждебности во всех трех группах, формирование гармоничных взаимоотношений между подростками и их окружением.

3. Через полгода после проведения комплексной терапии отмечалось уменьшение интенсивности ощущения всех видов боли, как в результате проведенной терапии, так и после полугодия по ее окончании. Также осуществляли оценку психического состояния больных, пользуясь диагностическими критериями МКБ-10 через полгода после терапии. Определено, что характерные диагностические симптомы не наблюдались в Г1 в 75,6% подростков, в Г2 - в 63,7% лиц, в Г3 - в 54,5% случаев. Оценка эффективности повторной терапии в группах не проводилась в рамках данного исследования.

Литература

1. Березанцев А. Ю. Психосоматические и соматоформные расстройства: обзор / А. Ю. Березанцев // Рос. психиатрич. журн. – 2001. – № 3. – С. 61–69.
2. Бройтингам В. Психосоматическая медицина [краткий учебник] / В. Бройтингам, Кристиан П., Рад П. – М., 1999. – 376 с.

3. Вассерман Л. И. Психологическая методика «Подростки о родителях» и ее практическое применение / Л. И. Вассерман, И. А. Горьковая, Е. Р. Ромицына. – СПб., 2001. – 66 с.
4. Иванов С. В. Соматоформные расстройства (органные неврозы): эпидемиология, коморбидные психосоматические соотношения, терапия: дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.18 / Иванов Станислав Викторович; Российская академия медицинских наук. – М. 2002. – 298 с.
5. Клиническая психиатрия / [Под ред. Т. Б. Дмитриевой]. – М.: Медицина, 1998. – 505 с.
6. Ollson G. Adolescent depression. Epidemiology, nosology, life stress and social network. Minireview based on a doctoral thesis / G. Ollson // Ups J Med Sci. – 1998. – № 103. – P. 77–145.
7. Schuster M. A. A national survey of stress reactions after the September 11, terrorist attacks / M. A. Schuster // New England Journal of Medicine. – 2001. – № 345. – P. 1507–1512.