

Влияние полимодальной психотерапии на качество жизни пациентов с паническим расстройством

МАКАРОВ В.В.

д.м.н., профессор, зав. кафедрой психотерапии и сексологии; e-mail: 9259036@gmail.com

КРАЛЯ А.А.

аспирант кафедры психотерапии и сексологии; e-mail: ankralya@yandex.ru

ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования Минздрава России»; 125993, Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1

При помощи опросника «Качество жизни» обследовано 80 пациентов с паническим расстройством. Пациенты основной (40 человек) и контрольной (40 человек) групп получали стандарт лекарственной и психотерапевтической помощи. Пациенты основной группы дополнительно занимались по методу полимодальной психотерапии. В обеих группах в результате проведенного лечения отмечалось повышение качества жизни во всех сферах. В основной группе качество жизни после терапии было достоверно выше.

Ключевые слова: полимодальная психотерапия, паническое расстройство, качество жизни.

Введение

Паническое расстройство (ПР) — это распространенная патология, которая, по разным данным, встречается от 2,7 до 4,7% в общей популяции [1, 4, 5]. Начало заболевания приходится на третье десятилетие жизни, это лица в молодом, социально активном возрасте. Паническое расстройство сопровождается психологическим дискомфортом и неприятными соматическими симптомами. Помимо этого заболевание оказывает влияние на взаимоотношения в семье, в социуме и создает проблемы в профессиональной деятельности. Все это существенно снижает качество жизни (КЖ) пациентов. По данным Воробьевой О.В. и соавторов, из 70 обследованных пациентов с ПР у 86% общее качество жизни было ниже нижней границы нормального диапазона. Оно было сопоставимо с КЖ пациентов, страдающих тяжелыми органическими и неврологическими заболеваниями, такими, как рассеянный склероз и эпилепсия [2]. Можно предположить, что такое существенное снижение КЖ у пациентов с ПР связано с субъективным восприятием опрошенными своего состояния. Ведь, по определению ВОЗ, качество жизни — «это восприятие людьми их положения в жизни в зависимости от культуры и системы ценностей, в которых они живут, в соответствии с целями, ожиданиями, нормами и заботами [3].

Объект и методы исследования

В основу данной работы легли результаты исследования качества жизни 80 пациентов с паническим расстройством. Все они получали лечение в ПНД,

включающее стандарт лекарственных препаратов. В зависимости от психотерапевтической помощи пациенты случайным образом были разбиты на 2 группы. Пациенты контрольной группы получали дифференцированную симптоматическую психотерапевтическую помощь (индивидуальные беседы, гипнотические сеансы, рациональная психотерапия, приемы самовнушения). Пациенты основной группы в дополнение к этому проходили курс краткосрочной полимодальной психотерапии (3 мес.).

Психофармакотерапия в обеих группах не имела значимых различий по спектру используемых препаратов и интенсивности назначений.

Исследование проводилось в «Центре медицинской психологии и психотерапии» наркологического диспансера №6 (филиала) Московского НПЦ наркологии.

Исследуемую группу составили 40 пациентов с паническим расстройством — 28 женщин и 12 мужчин.

Контрольную группу составили 40 пациентов с тем же диагнозом — 26 женщин и 14 мужчин.

Средний возраст пациентов в обеих группах — 32,78 года (в основной 33,08±8,08; в контрольной 32,48±7,9).

По уровню образования в основной группе преобладали пациенты с высшим образованием 26 человека (65%), 6 человек (15%) имели среднее специальное образование, 7 (17,5%) — незаконченное высшее образование, из них 5 (12,5%) были студентами высших учебных заведений, и 1 (2,5%) человек имел среднее образование.

В группе сравнения высшее образование имели 22 человека (55%), среднее специальное 11 (27,5%)

и незаконченное высшее 7 (17,5%), из них все являлись студентами высших учебных заведений.

На момент исследования в основной группе 19 (47,5%) человек работали по специальности, 7 (17,5%) человек работали, но не по своей специальности, не работали 9 (22,5%) человек, учились 5 (12,5%) чел. В контрольной группе не работало 6 человек (15%), по специальности работало 17 (42,5%) человек, работало не по специальности 10 (25%) человек, 7 (17,5%) получали образование.

В исследуемой группе 11 (27,5%) человек состояли в официальном браке, в гражданском браке находились 8 (20%), 16 (40%) человек были холостыми, 5 человек (12,5%) разведены. В контрольной группе 35% — 14 человек никогда не состояли в браке, 8 человек (20%) разведены, 12 человек (30%) состояли в браке и 6(15%) в гражданском браке.

Пациентов обследовали до лечения и сразу после окончания лечения.

Длительность разработанного нами краткосрочного варианта полимодальной психотерапии (3 мес.). Занятия проводились 1 раз в неделю по 1—1,5 часа. Ведущими в работе стали положения гештальт-терапии, классического транзактного анализа и восточной версии транзактного анализа, также применялись методы парадоксальной психотерапии и символической психотерапии. Целью психотерапевтического воздействия было улучшение субъективного самочувствия пациентов, снижение уровня тревоги и депрессии, повышение социальной активности, понимание и принятие себя, улучшение контакта с окружающими людьми и как следствие повышение качества жизни.

Применялись следующие методы исследования:

Клинико-диагностическое исследование, клинико-психотерапевтическое (изучение движения клини-

ки в процессе психотерапии); качество жизни исследовалось краткой версией опросника качества жизни (ВОЗ КЖ-26). Полученные данные заносились на каждого больного в специально разработанную регистрационную карту и статистически обрабатывались. Экспериментальный материал анализировался с помощью пакета программ Microsoft Excel 2007 и SPSS 21.

Различие числовых шкал до и после терапии — критерием Уилкоксона, межгрупповые различия — критерием Ман-Уитни. Для используемых критериев уровень достоверности был принят как достаточный при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Опросник качества жизни (ВОЗ КЖ-26) позволил нам оценить динамику оценки качества жизни и здоровья респондентов по отдельным доменам: физическое здоровье, психологическое благополучие, микросоциальная поддержка, окружающая среда (т.е. удовлетворенность условиями своей жизни, которая могла возрасти в результате вмешательств, влияющих на качество жизни больных) (табл. 1).

Динамика показателей внутри обеих групп во время второго измерения была во всех сферах — физической, психологической, микросоциальной поддержки и окружающей среде.

Так показатели качества жизни в сфере физическое здоровье до начала лечения достоверно не различались в группах ($p = 0,98$), составляя $18,17 \pm 3,66$ баллов в основной группе и $18,07 \pm 3,28$ баллов в контрольной. После лечения значение этого показателя достоверно ($p < 0,001$) увеличилось до

Таблица 1

Динамика оценок качества жизни по сферам, $M \pm m$

| Сферы | Основная группа | | p# | Контрольная группа | | p# | p* |
|------------------------------|-----------------|---------------|--------|--------------------|---------------|--------|--------|
| | До лечения | После лечения | | До лечения | После лечения | | |
| Физическое здоровье | 18,17±3,66 | 27,68±2,82 | <0,001 | 18,07±3,28 | 25,6±4,16 | <0,001 | 0,008 |
| Психологическое благополучие | 16,2±3,03 | 22,6±2,32 | <0,001 | 15,8±2,84 | 18,15±2,06 | <0,001 | <0,001 |
| Микросоциальная поддержка | 9,13±1,62 | 10,88±1,5 | <0,001 | 8,6±1,78 | 9,08±1,72 | 0,02 | <0,001 |
| Окружающая среда | 24,1±3,59 | 27,85±3,32 | <0,001 | 23,25±3,18 | 25,05±3,1 | <0,001 | <0,001 |

Примечание: # — межгрупповые различия после терапии по критерию Ман-Уитни;

* — различия в группах до и после лечения по критерию Уилкоксона. Достоверные различия при $p < 0,05$.

27,68±2,82 баллов в основной группе и 25,6±4,16 в контрольной группе, при этом в основной группе он был достоверно выше, чем в контрольной ($p=0,008$). (рис. 1)

Уровень качества жизни в сфере психологическое благополучие до лечения также достоверно ($p=0,465$) не различался в основной и контрольной группах и составлял 16,2±3,03 баллов и 15,8±2,84 баллов соответственно. После терапии значение этого показателя достоверно ($p<0,001$) увеличилось до 22,6±2,32 баллов в основной группе и 18,15±2,06 баллов в контрольной группе, при этом в контрольной группе оно было достоверно ($p<0,001$) ниже, чем в основной (рис. 2).

В сфере микросоциальной поддержки в контрольной и исследуемой группах также произошли положительные изменения. Так, до лечения показатели качества жизни составили 9,13±1,62 и 8,6±1,78 соответственно и не имели значимых различий ($p=0,23$). После терапии показатель увеличился до 10,88±1,5 баллов в основной группе, а в контрольной он оставил 9,08±2,05 баллов, что было достоверно меньше чем в основной ($p<0,001$) (рис. 3).

Положительная динамика отмечалась также в сфере окружающая среда: до терапии показатель качества жизни в основной группе составил 24,1±3,59 балла и 23,25±3,18 балла в контрольной группе ($p=0,258$). После терапии показатель качества жизни вырос до 27,85±3,32 баллов в основной группе и 25,05±3,09 баллов в контрольной, что было достоверно ($p<0,001$). Значительное изменение качества жизни в сфере окружающая среда в основной группе мы объясняем изменением отношения к жизни и более оптимистическим взглядом на мир, так как условия жизни пациентов и их социальный статус в процессе терапии не менялись (рис. 4).

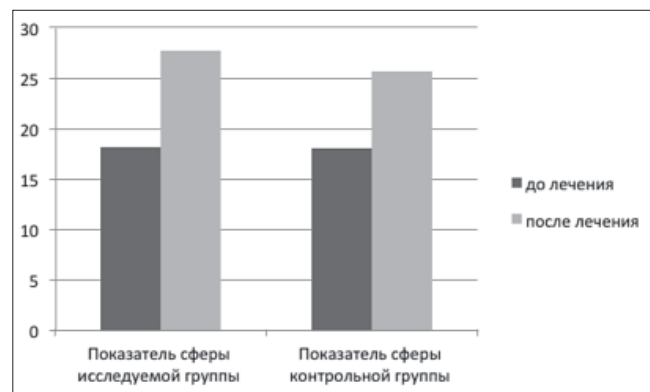


Рис. 1. Динамика качества жизни в сфере физическое здоровье.

Заключение

Подводя итог всему вышеизложенному важно отметить, что разработанный метод полимодальной психотерапии существенно повышает качество жизни пациентов, повышает мотивацию больных к продуктивной деятельности и позволяет снизить

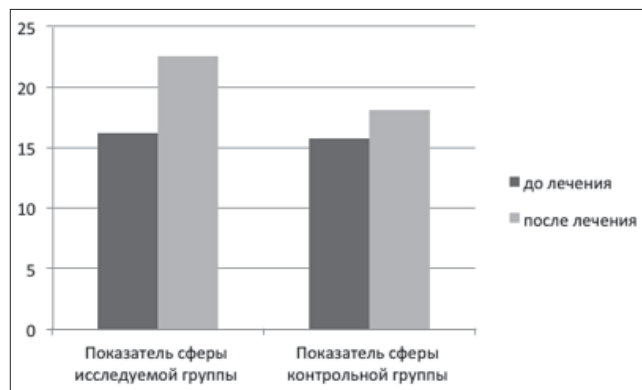


Рис. 2. Динамика качества жизни в сфере психическое благополучие.

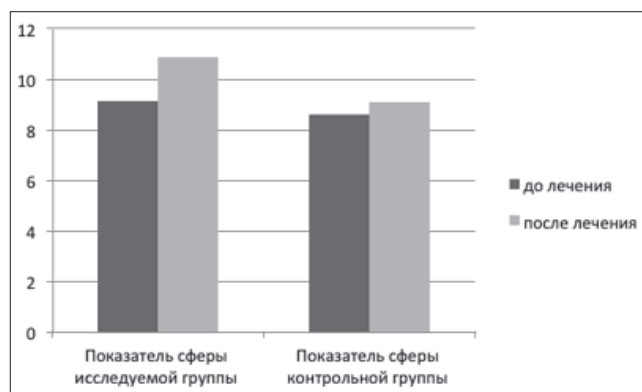


Рис. 3. Динамика качества жизни в сфере микросоциальная поддержка.

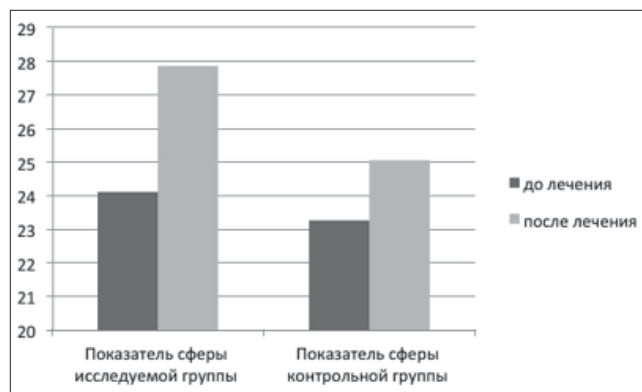


Рис. 4. Динамика качества жизни в сфере окружающая среда.

дозировки используемых лекарственных препаратов. Практически эта помощь может осуществляться психотерапевтами и клиническими психологами разнообразных психиатрических учреждений.

Список литературы

1. Дюкова Г.М. Вегетативные пароксизмы / В кн.: Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика / Под ред. А.М. Вейна. — М.: Медицинское информационное агентство, 1998. — С. 121—170.

2. Русая В.В., Воробьева О.В. Качество жизни больных паническим расстройством и факторы, его определяющие // Фарматека. — 2011. — №19 (232). — С. 96—100.

3. Fairclough L. D. Design and Analysis of Quality of Life Studies in Clinical Trials. — Charman & Hall/CRC, 2002. — 424 p.

4. Kessler R.C., Chiu W.T., Jin R., et al. The Epidemiology of Panic Attacks, Panic Disorders, and Agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication // Arch Gen Psychiatry. — 2006. — №63. — С. 15—24.

5. Von Korff M.R., Eaton W.W., Keyl P.M. The epidemiology of panic attacks and panic disorder // Am J Epidemiol. — 1985. — №122. — P. 946—970.

The influence of polymodal psychotherapy on quality of life of patients with panic disorder

MAKAROV V.V., KORABELNIKOVA E.A., KRALYA A.A.

Russian Medical Academy of Postgraduate Education
Ministry of Health of the Russian Federation

There are 80 patients with panic disorder were investigated with WHOQOL-BREF. Patients of the main (40) and control (40) groups received standard drug and psychological care. Patients of the main group received polymodal psychotherapy. The result of psychotherapeutic treatment in both groups of patients was to improving the quality of life in all domains, in the main group after therapy quality of life was significantly higher than the control.

Key words: *polymodal psychotherapy, panic disorder, quality of life.*