

Корисна модель відноситься до галузі медицини, а саме до психіатрії, та призначений для профілактики та лікування непсихотичних розладів психіки у пацієнтів з метаболічним синдромом Х.

Метаболічний синдром Х визначається як складний фактор ризику серцево-судинних захворювань. У III доповіді групи експертів по лікуванню дорослих (АТР III) Національної освітньої програми по холестерину США [1] визначено шість головних компонентів цього синдрому: абдомінальне ожиріння, атерогенна дисліпідемія, підвищений артеріальний тиск, резистентність до інсуліну ± порушення толерантності до вуглеводів (ПТГГ), прозапальний стан, протромботичний стан. Виявлено наявність залежних співвідносин між метаболічним синдромом Х та такими хворобливими станами, як: ендокринні психічні розлади; розлади хронобіології; енцефало- та вісцеропатії; тривожні та депресивні розлади. Психосоматичний підхід до механізму формування метаболічного синдрому Х вказує, що це - хвороба тривоги і страху, прихованої агресії й алекситимії. Особлива роль у формуванні метаболічного синдрому Х приділяється підвищеній ворожості та прихованим формам агресії, втраті почуття екзистенційної безпеки [2, 3].

Актуальність корисної моделі зумовлена тим, що навіть безперервне медикаментозне лікування недостатнє для підтримання високої якості життя пацієнтів з метаболічним синдромом Х, тому що не сприяє модифікації способу життя.

Відомі способи лікування соматичної патології, коли до схеми лікування приєднувалася психотерапевтична інтервенція, яка передбачала корекцію психічних проявів, що виникали як реакція організму на соматичну хворобу [4-6]. Такий підхід звужує можливості профілактики, тому що поза увагою лікаря лишалися патогенетичні механізми виникнення психосоматичного захворювання. Навіть одночасне застосування сомато- та психофармакотерапії з психотерапією залишалося окремими блоками, пов'язаними тільки метою, але не шляхом одужання.

Однією зі спроб частково поєднати окремі блоки лікування було створення навчальних програм для хворих на цукровий діабет [7]. Прогресивною рисою таких програм є спроба активізувати власну позицію пацієнта щодо своєї хвороби, частково змінивши патерналістську позицію лікаря на партнерську. В той же час, відсутність комплексного підходу обумовлює сталу життєву стратегію пацієнтів, яка не передбачає змін способу життя.

Найближчим аналогом є спосіб лікування соматичних захворювань за методом В.Е. Куликова, який є поєднанням сеансів сугестивної психотерапії з елементами масажу та сеансів самонавіювання. Такі індивідуально-лікувальні програми включають ведення щоденника, в якому пацієнт відмічає позитивні події свого життя [8].

Недоліком цього способу є переважання сугестивних методів психотерапії, які підтримують суб'єкт-об'єктні відносини між лікарем та пацієнтом, що сприяє пасивній участі пацієнта в процесі лікування та його орієнтуванню на зовнішню (лікарську) оцінку змін у стані пацієнта з подальшою низькою мотивацією на активне поліпшення здоров'я.

Задачею корисної моделі є отримання високого рівня якості життя пацієнтів з метаболічним синдромом Х, підвищення ефективності лікування. Це досягається шляхом запровадження суб'єкт-суб'єктних відносин, що сприяє вірному розумінню пацієнтом своєї хвороби, підвищенню самоконтролю пацієнта та активному звертанню до лікаря. Спосіб корекції метаболічного синдрому Х фокусує увагу пацієнта на психічній складовій синдрому Х, а саме на психічних феноменах - «мішенях» психотерапії, які представлені відчуттям екзистенційної небезпеки, страхом, проявами переважно непрямої агресії, а також високим рівнем алекситимії. При цьому пацієнт за вказівками лікаря формує власну програму зміни своєї актуальної життєвої стратегії, кінцевою метою якої є отримання високої якості життя. Індивідуальні програми з усвідомленим вільним вибором хворим стратегії лікування, харчування, активності, спілкування приводять актуальні ресурси у відповідність новим життєвим цілям за рахунок адекватної трансформації життєвої стратегії. В свою чергу, корекція за принципом вільного вибору, розширення можливостей (а не заперечень) сприяє відновленню актуальних ресурсів в ланцюжку «біо-психо-соціо-»: психотерапія, психогігієна, адекватна медикаментозна терапія, низькокалорійна дієта, фізичні навантаження, активний спосіб життя. Психотерапевтична програма передбачає поєднання індивідуальної та групової терапії. В процесі групової психотерапії відбувається відпрацювання наявних та латентних міжособистісних конфліктних відносин, закріплення обраних пацієнтами нових актуальних життєвих стратегій.

Спосіб корекції дозволяє сформувати позитивну мотивацію пацієнта на тривале лікування з адекватною зміною способу життя з метою підвищення ефективності лікування.

Спосіб здійснюється наступним чином. Індивідуальна програма складається з 10 занять, пацієнт включається в групу психотерапії (10 сеансів) після проходження перших п'яти індивідуальних занять. Це дозволило нам запропонувати різні тактики терапевтичної інтервенції щодо хворих на метаболічний синдром Х.

На першому сеансі індивідуальної психотерапії після обстеження проводилось зіставлення відмічених пацієнтів проблем життя зі ступенем насиченості життєвими подіями, задоволення та напруги протягом життя. Зверталась увага пацієнта на те, що його власна оцінка події «+» або «-» впливає на відчуття задоволення або напруги протягом життя, пропонувалось дати нову оцінку деяким подіям з позиції не минулого, а актуальності в сьогоденні. Пацієнт писав перелік своїх актуальних проблем на окремому аркуші. Потім в бесіді з лікарем уточнювались довготривалість, глобальність, специфічність, внутрішні та зовнішні причини виникнення кожної проблеми.

На другому сеансі пацієнт отримував інформацію про закономірності розвитку психосоматичної хвороби та визначав за допомогою лікаря власні життєві проблеми, що сприяли виникненню та подальшому розвитку метаболічного синдрому Х, причому зверталась увага на наявність травматичного досвіду минулого, внутрішнього конфлікту, мотивацію хвороби та здоров'я, відчуття провини, алекситимію, ворожнечість, страх та відчуття відсутності екзистенційної безпеки. На основі власних записів формулювання проблем пацієнт переформулював проблеми в цілі. Наприклад: «Я незадоволений роботою» - «Хочу отримувати задоволення від роботи», «Я відчую провину (образу)» - «Я хочу обговорити... (Я планую зробити...)». Лікар допомагав знайти альтернативні формулювання, а потім обговорював з пацієнтом, які почуття та емоції у нього виникали.

Третій сеанс був присвячений ієрархії цілей. Пацієнт отримував інформацію про піраміду потреб А.Маслоу [9], можливий порядок та ступінь їх реалізації. З погляду на піраміду А.Маслоу пацієнт аналізував власні потреби:

фізіологічні (голод, спрага, сон та ін.); відчуття безпеки та захищеності; потребу підтримки, любові, приналежності до певної соціальної групи; потребу в схваленні, увазі; ступінь самореалізації. Потім пацієнт будував ієрархію цілей за ступенем важливості та можливості досягнення. В процесі роботи глобальні (недосяжні) цілі розділялись пацієнтом на низки цілей, які можливо досягти.

На четвертому сеансі пацієнт визначався в засобах досягнення цілей, застосовуючи дієслова теперішньої та майбутньої завершеної дії. Наприклад: «Я роблю, я виконую...Я зроблю, я виконаю...». Для дій, спрямованих у майбутнє, пацієнт уточнює часові інтервали виконання (за тиждень, за місяць, за рік, за 5 років, після завершення певної попередньої дії і т.і.). Лікар спонукав пацієнта до розширення засобів, наголошуючи на вільному виборі засобів реалізації цілей та пропонуючи включати мрії та фантазії.

Ревізії ресурсної бази був присвячений наступний сеанс. Застосовуючи формулу «сьогодні перший день Вашого майбутнього...», лікар пропонував зробити реєстр того, на що пацієнт може спиратися у досягненні своїх цілей. Умовно ресурсна база розділена на окремі складові, при чому частина «біо-» відображає здоров'я тіла, «психо-» - психічне благополуччя, «соціо-» - міру соціальної активності. За допомогою лікаря пацієнт приходив до висновку, що виснаженість його ресурсної бази привела до змін у способі життя, тобто до деформації актуальної життєвої стратегії (необгрунтоване розширення зони хвороби/звуження потреб), а зміна життєвої стратегії деформувала його життєві цілі. За пропозицією лікаря (або за власним бажанням) пацієнт остаточно виправляє цілі та засоби їх досягнення. Наприкінці сеансу обговорювались зміни в почуттях та емоціях пацієнта для включення в групу психотерапію після проходження перших п'яти індивідуальних занять.

На наступних чотирьох сеансах формувались індивідуальні стратегії харчування, фізичної активності, лікування та спілкування на основі вільного вибору пацієнта. На початку кожного заняття проводилось обговорення тих змін в почуттях, емоціях, переконаннях та поведінці пацієнта, що відбулися з початку лікування. Пацієнт за допомогою лікаря аналізував, що йому вдалося та не вдалося зробити і чому саме. Потім пацієнт корегував засоби досягнення цілей, що не здійснилися. Пацієнт за допомогою лікаря в безпеліційному тоні планував зміни на найближчий час, а на початку кожного наступного сеансу розповідав про свої враження та плани. Лікар заохочував пацієнта до розширення можливостей, обговорюючи зміни в почуттях, емоціях, переконаннях та поведінці.

На підсумковому індивідуальному сеансі велося про трансформацію актуальної життєвої стратегії. Після ретельного обговорення тих змін в почуттях, емоціях, переконаннях та поведінці пацієнта, що відбулися з початку лікування, пацієнт корегував вже окреслену актуальну життєву стратегію, вносячи необхідні з його погляду зміни та доповнення до стратегій харчування, руху, лікування та спілкування. Лікар заохочував пацієнта до довготривалого виконання планів, розширення можливостей, підвищення якості життя.

В процесі подальших групових психотерапій продовжувалось опрацювання внутрішньоособистісних та групових конфліктів, про що свідчили клінічні критерії поліпшення здоров'я (симптоматика, психологічний стан, якість життя) пацієнтів.

Заявлений спосіб ілюструється конкретними прикладами його застосування.

Приклад 1.

Пацієнт К., 43 роки. Діагноз: Гіпертонічна хвороба II ст. Ожиріння II-III ст. Метаболічний синдром X. Хворіє 8 років. Скарги на роздратованість, конфлікти на роботі, порушення сну, відчуття розбитості, втоми, занепокоєння, життєвий песимізм. АД=170/110. Вага=108кг. Гіпертензивні ліки приймав від часу до часу. Дієти не притримувався, за останні 5 років збільшення ваги на 4-5кг за рік. За час проведення індивідуальної програми сформував нову актуальну життєву стратегію: вибрав новий стиль харчування, повернувся до рівня фізичної активності п'ятирічної давнини, приймав ліки за призначенням, змінив стиль спілкування. Відмічав, що виконує свою програму «з задоволенням». За місяць (термін індивідуальної терапії) знизив вагу на 2,6кг. АД=140/90. Став спокійним, більш доброзичливим та оптимістичним, бадьорим. За 3 місяці (термін групової психотерапії) зниження ваги на 5,3кг. АД=140/85. Продовжує дотримуватися своєї актуальної життєвої стратегії. Катамнестичний огляд за рік: настрій позитивно-стабільний, відмічає зменшення кількості проблем життя, відчуття «задоволення від життя».

Приклад 2.

Пацієнтка П., 38 років. Діагноз: Гіпертонічна хвороба I-II ст. Ожиріння I ст. Порушення толерантності до глюкози. Метаболічний синдром X. Хворіє 5 років. Скарги на слізливистість, занепокоєння, роздратованість, домашні конфлікти, зниження працездатності, порушення сну, втому, зниження життєвого тону. АД=140/95. Вага=86кг. Час від часу приймала адаптол, персен, корвалол; «сідала на дієту» без істотного зменшення ваги. За час проведення індивідуальної програми сформувала нову актуальну життєву стратегію: змінила стиль харчування, почала займатися фізичними вправами, приймала ліки за призначенням, змінив стиль спілкування в родині. Зазначила, що «отримує задоволення» від змін у своєму житті. За місяць (термін індивідуальної терапії) знизив вагу на 1,4кг. АД=125/85. ТТГ - негативний. Емоційно стабільна, спокійна, урівноважена. За 3 місяці (термін групової психотерапії) зниження ваги на 3,9кг. АД=125/80. ТТГ - негативний. Підтримує нову актуальну життєву стратегію. Катамнестичний огляд за рік: настрій рівний, відмічає поліпшення родинного мікроклімату, зменшення проблем.

Таким чином, застосований спосіб корекції У пацієнтів К. та П., хворих на метаболічний синдром X, привів у відповідність новим життєвим цілям актуальні ресурси за рахунок адекватної трансформації життєвих стратегій. Процес психотерапії започаткував адекватну трансформацію життя пацієнта з усвідомленим вільним вибором ними стратегії лікування, харчування, активності, спілкування. В свою чергу, корекція за принципом вільного вибору, розширення можливостей (а не заперечень) сприяла відновленню актуальних ресурсів в ланцюжку «біо-психо-соціо-»: психотерапія, психогігієна, адекватна медикаментозна терапія, низькокалорійна дієта, фізичні навантаження, активний спосіб життя. В процесі групової психотерапії мало місце вдале опрацювання особистісних та групових конфліктів. Кількість пролікованих даним способом пацієнтів склала 63 особи.

У всіх випадках був досягнутий довготривалий стійкий ефект, який перевищує ефективність інших методик.

Джерела інформації:

1. Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on

Detection, Evaluation, And Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel III). -JAMA. - 2001. - Vol.285. - P.2486-2497.

2. Ravaja N, Keltikangas-Järvinen L, Keskivaara P. Type A factors as predictors of changes in the metabolic syndrome: precursors in adolescents and young adults. A 3-year follow-up study. //Health Psychol.- 1996.- Vol.15. -P. 18-29.

3. Vitaliano PP, Scanlan JM, Krenz C, Fujimoto W. Insulin and glucose: relationships with hassles, anger, and hostility in nondiabetic older adults. // Psychosom Med. -1996.- Vol.58.- P. 489-199.

4. Храмелашвили В.В. Поведенческий подход к снижению избыточной массы тела у больных ишемической болезнью сердца // Терапевтические архивы.- 1990.-№10.-С. 104-107.

5. Delamater A.M., Jacobson A.M., Anderson B. et al. Psychosocial therapies in diabetes: report of the Psychosocial Therapies Working Group // Diabetes Care. - 2001. - №24 (7). - P. 1286-1292.

6. Табачников С.І., Харченко Є.М., Бугайцов С.Г. Спосіб корекції психічних розладів у онкологічних хворих UA 51349 A A61M21/00 Опубл. 15.11.2002Бюл№11.

7. Маныч Д.А., Лобода А.В. Врачи-эндокринологи и обучение больных сахарным диабетом // Международные дни диабета в Украине. Тез. докл. -Днепропетровск, 1999—С.8-9.

8. Куликов В.Е. Способ коррекции соматических заболеваний по методу В.Е. Куликова Патент RU 2141353 C1 A61 V 21/00 опубл. 18.11.98 (20.11.99) Бюл. №32.

9. Maslow A. Motivation and Personality. - Harlow Essex, Edison Wesley. – 1987.