

Л.А. Кузнецова, Н.А. Малкова, О.С. Шубина, Е.Г. Веревкин, М.В. Долгова

БИОПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Новосибирская государственная медицинская академия МЗ РФ
ГУ НИИ молекулярной биологии и биофизики СО РАМН, Новосибирск

Статья представляет собой анализ первых результатов биоповеденческой психотерапии в комплексном лечении больных рассеянным склерозом. Проведено дифференцированное исследование психологических особенностей 80 больных с рассеянным склерозом с учетом степени тяжести и варианта течения заболевания, что позволило выделить “мишени” психотерапевтического воздействия. Курс биоповеденческой терапии был проведен 15 пациентам и состоял из нескольких этапов: психодиагностический скрининг, курс когнитивно-поведенческой терапии, стресс-менеджмент с обучением техникам психорелаксации, альфа-стимулирующее биоуправление. Показано, что проведенная программа способствует улучшению психоэмоционального состояния, повышению качества жизни больных рассеянным склерозом.

Ключевые слова: рассеянный склероз, когнитивно-поведенческая терапия, альфа-стимулирующее биоуправление

Рассеянный склероз (РС) представляет собой хроническое прогрессирующее заболевание центральной нервной системы аутоиммунной природы, поражающее молодых людей. Характерным для него является волнообразный (ремиттирующий) вариант течения в первые годы заболевания, в последующем, – переходящий в неуклонное прогрессирование (вторично-прогредиентный).

Влияние психологических факторов на развитие и течение болезни считается неоспоримым. Так, G.S. Philipponopoulos [10] еще в 1958 г. показал, что хронические психоэмоциональные перегрузки, постоянная тревожность чаще предшествуют развитию заболевания, чем острый психоэмоциональный стресс. Четкие указания на психогенные факторы заболевания даны J.W. Paulley [9] в 1975 г., всесторонне изучившим множество историй болезни больных РС. По данным Л.Г. Заславского [2], 75% больных РС указали на наличие в анамнезе психотравм, а примерно в половине случаев из их числа имелись повторные эмоциональные стрессы и хронические психотравмирующие ситуации. На наличие психотравмирующих ситуаций непосредственно перед обострением заболевания указали 30% больных. Автором было показано на статистически достоверном материале, что наличие психотравмирующей ситуации снижает продолжительность ремиссии, ускоряет прогрессирование заболевания. Значение эмоциональных факторов в развитии РС подтверждает и выявленное двукратное преобладание среди всех заболевших РС женщин и преимущественное заболевание у лиц, занимающихся интеллектуальным трудом и имеющих более высокий социальный статус (78%). J.W. Paulley [9] было показано, что пациентов с РС характеризует чрезмерная уступчивость, покорность; этим они “зарабатывают” себе любовь и внимание, которых были лишены в детстве. Н. Пезешкиан [4] полагает, что большинство больных с РС в детстве были послушными, запуганными строгими воспитательными принципами, связанными с постоянными угрозами. Они приобрели ранний опыт подавления агрессии. Роль психологических факторов в развитии, течении и прогнозе рассеянного склероза в настоя-

щее время показана также в исследованиях Т.Г. Алексеевой с соавт. [1].

Хорошо известно, что заболевание рассеянным склерозом влияет на душевное состояние пациента, его переживания, поведение, приводя зачастую к серьезным психическим нарушениям.

В связи с этим, разработка клинических подходов, направленных на проявление психосоциальных, внутривидных проблем больных рассеянным склерозом и их коррекцию, чрезвычайно актуальна.

Целью настоящего исследования была разработка биоповеденческой программы, направленной на коррекцию психических нарушений у больных, страдающих рассеянным склерозом. Для этого предполагалось провести:

- психологическое обследование лиц, включенных в исследование с использованием батареи психологических тестов;
- клинико-психологическое интервью пациентов изучаемой группы больных РС с целью выявления мишеней психотерапевтического воздействия;
- индивидуальную психотерапевтическую работу с больными, акцентируя когнитивно-поведенческий психотерапевтический подход, включающий стресс-менеджмент;
- курс нейробиоуправления (альфа-стимулирующий тренинг) больным РС.

Методика. В группу исследования вошли 80 больных РС с различными степенями тяжести и вариантами течения в возрастном диапазоне от 16 до 58 лет (из них 62 – женщины и 18 – мужчин). У всех пациентов был установлен достоверный диагноз рассеянного склероза в соответствии с критериями комиссии McDonald (2001). Больные с ремиттирующим вариантом течения составили 52,2% от общего количества; пациенты с ремиттирующе-прогредиентным вариантом – 17,4%; вторично-прогредиентным вариантом – 10,7%. Степень тяжести заболевания по шкале EDSS варьировала от 1 до 5,5 баллов. Максимальная продолжительность заболевания составила 35 лет, минимальная – 8 мес. Группа контроля (90 человек) была эквивалентна по полу, воз-

расту и социальным характеристикам исследуемой группе.

Использовались психологические опросники Бэка (шкала депрессии), Спилбергера (шкалы реактивной и личностной тревожности); шкала социальной фрустрированности Л.И. Вассермана; Торонтская шкала алекситимии; проективный портретный тест Л. Сонди.

Психотерапевтическая коррекция осуществлялась в когнитивно-поведенческой модели в сочетании с нейробиоуправлением (альфа-стимулирующим тренингом). Методика предполагает использование программно-аппаратного комплекса БОСЛАБ, разработанного в НИИ молекулярной биологии и биофизики СО РАМН.

Принцип технологии состоит в том, что состояния психоэмоционального напряжения, тревоги, депрессии сопровождаются на нейрофизиологическом уровне снижением мощности альфа- и тета-ритмов и высокой мощностью ритмов в бета-диапазоне. Большой обучаемости через механизм адаптивной обратной связи, осуществляемой с помощью звукового сигнала, волевому контролю альфа-ритма головного мозга, индуцируя повышение его мощности. Пациенты получали инструкцию попытаться сосредоточиться на мыслях, образах, ощущениях в теле, связанных для них с приятными эмоциями, чувством отдыха, покоя, удовольствия, и сопоставить это состояние с возникновением подкрепляющего звукового сигнала. Появление сигнала свидетельствовало о росте мощности альфа-ритма. Больным было необходимо как можно дольше оставаться в состоянии психологического комфорта и делать так, чтобы звуковой сигнал звучал чаще.

Так как преобладание мощности альфа-ритма соответствует состоянию спокойного бодрствования, приобретенный навык стимуляции альфа-ритма при длительном лечебном курсе от 10 до 30 сеансов, позволяя восстановить нормальный нейродинамический баланс, существенно нарушенный при аффективных расстройствах, оказывает благотворное влияние на психоэмоциональный статус. При проведении тренинга использовался протокол, разработанный А.Б. Скоком [5].

Оценка значимости различий частот между анализируемыми группами производилась при помощи критерия χ^2_1 (хи-квадрат с одной степенью свободы).

Результаты. Анализ данных, полученных при проведении психодиагностического скрининга, позволил выявить следующие закономерности. Соотношение числа больных с отсутствием депрессии и ее тяжелой формой различалось в группах с различной степенью тяжести заболевания. Данные об уровне депрессии в группах представлены на рис. 1.

При легкой степени тяжести доминировали больные с отсутствием депрессии; при средней – преобладали тяжелые и умеренные варианты депрессии; при тяжелом варианте течения соотношение между количеством больных с отсутствием депрессии и с ее тяжелой степенью

было равным. Увеличение числа больных с отсутствием депрессии в группе с тяжелым течением может быть объяснено нарастанием в этой стадии когнитивных нарушений, ассоциированных с эйфорией и не критичностью к состоянию. Это проявлялось в уменьшении объема внимания, снижении и искажении усвоения информации, необходимой для правильной оценки собственных личностных возможностей. Как одну из причин следует рассматривать и “подключение” психологических защитных механизмов отрицания и вытеснения, элиминирующих из сознательной сферы больного человека запредельную по тяжести информацию. Уровень реактивной и личностной тревожности возрастал по мере повышения степени тяжести. Данные об изменении уров-

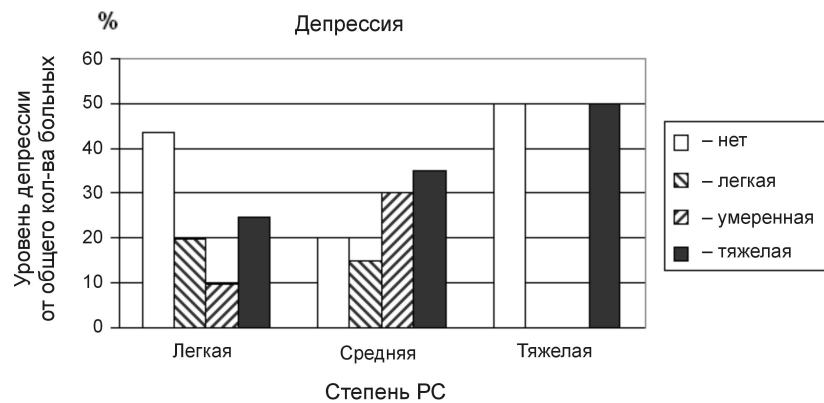


Рис. 1. Зависимость уровня депрессии (шкала Бэка) от степени тяжести заболевания (легкая, средняя и тяжелая степени РС)

ня реактивной и личностной тревожности в зависимости от тяжести РС представлены на рис. 2 и рис. 3.

Динамика уровня алекситимии по мере возрастания степени тяжести рассеянного склероза представлена на рис. 4.

Представленная диаграмма показывает тенденцию к уменьшению количества больных с алекситимией по мере возрастания тяжести заболевания. Одними из объяснений данной находки является изменение системы ценностных ориентаций и в целом мировосприятия больных с тяжелыми формами течения болезни и, соответственно, изменение интерпретации вопросов анкеты.

Кроме того, исследование алекситимии показало, что ее наиболее высокий уровень наблюдался в группе больных с ремиттирующим вариантом течения $71,2 \pm 3,2$ (баллы); средний уровень алекситимии по всем остальным группам составил $65,7 \pm 2,1$, а в группе контроля (здоровые) – $63,2 \pm 1,4$.

Для пробной психотерапевтической программы были отобраны 15 пациентов с ремиттирующим вариантом течения на начальном этапе рассеянного склероза. При первичном клинико-психологическом интервью у 3 больных был выявлен синдром социофобии, который создавал для большинства больных трудности в социальной адаптации, снижал качество жизни. Эти больные жаловались на боязнь осуждения со стороны других лиц, т. к. считали, что их могут принять за пьяниц, нар-



Рис. 2. Зависимость уровня реактивной тревожности (шкала Спилбергера) от степени тяжести заболевания (легкая, средняя и тяжелая степени РС)



Рис. 3. Зависимость уровня личностной тревожности (шкала Спилбергера) от тяжести заболевания (легкая, средняя и тяжелая степени РС)

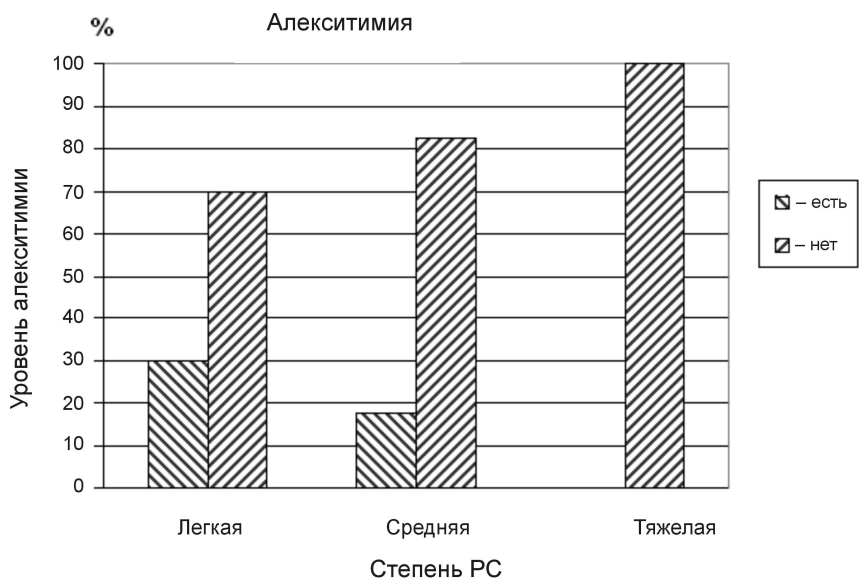


Рис. 4. Зависимость уровня алекситимии (Торонтская шкала алекситимии) от тяжести заболевания (легкая, средняя и тяжелая степени РС)

команов из-за особенностей моторики. Эти пациенты старались как можно меньше появляться в общественных местах, выбирали для передвижения темные безлюдные улицы, ограничивали до минимума встречи с другими людьми. Сформированное ограничительное поведение в значительной степени снижало качество жизни. Ощущение повышенного внимания к себе сопровождалось у этих пациентов усугублением клинической симптоматики. Это подтверждалось результатами, полученными при психологическом обследовании всей группы больных с помощью портретного теста “Сонди”. Фактор “Р-” (т. н. фактор “проективной паранойи”) отражает повышенную чувствительность к мнению других людей, склонность к образованию сверхценных идей отношения. Данные исследования представлены на рис. 5.

Как видно из диаграммы, самая высокая частота встречаемости фактора “Р-” отмечалась у больных с вторично-прогредиентным и ремиттирующе-прогредиентным вариантами течения и достоверно отличалась от частоты встречаемости в контрольной группе ($p < 0,05$). При этом по мере нарастания тяжести течения заболевания частота встречаемости фактора “Р-” возрастала. Склонность к подавлению негативного аффекта, затруднения в его разрядке, как правило, отмечались у больных с ремиттирующим вариантом течения. Это подтверждалось данными исследования с помощью портретного теста “Сонди”.

Значение фактора “Е-” достоверно чаще, чем в группе контроля, встречалось у больных с ремиттирующим вариантом течения ($p < 0,05$). В группе с более тяжелым вариантом течения (объединенная группа больных с ремиттирующе-прогредиентным и вторично-прогредиентным течением) склонность к подавлению агрессивности нивелировалась. Тестирование с помощью теста “Сонди” продемонстрировало значимое снижение частоты встречаемости фактора “Е-” в группе больных с тяжелыми вариантами течения ($p < 0,05$) (рис. 6).

Таким образом, степень аффективной напряженности, проявляющаяся в тенденции к подавлению негативного аффекта, была максимальной у лиц с ремиттирующим вариантом течения и снижалась при более тяжелых вариантах.

У 50% больных при первичном консультировании отмечались клинически выраженные аффективные расстройства (дистимия, большой депрессивный эпизод, генерализованное тревожное расстройство, расстройства психической адаптации).

Психотерапия носила когнитивно-поведенческий характер, при необходимости ассоциировалась с назначением мягких антидепрессантов и анксиолитиков (продеп, атаракс). В процессе психотерапии анализировались ключевые моменты в жизни пациентов. Особенное внимание уделялось 2–3-летнему периоду, непосредственно предшествующему началу заболевания. Пациентам предлагалось определить чувства и эмоции, связанные с этими события-

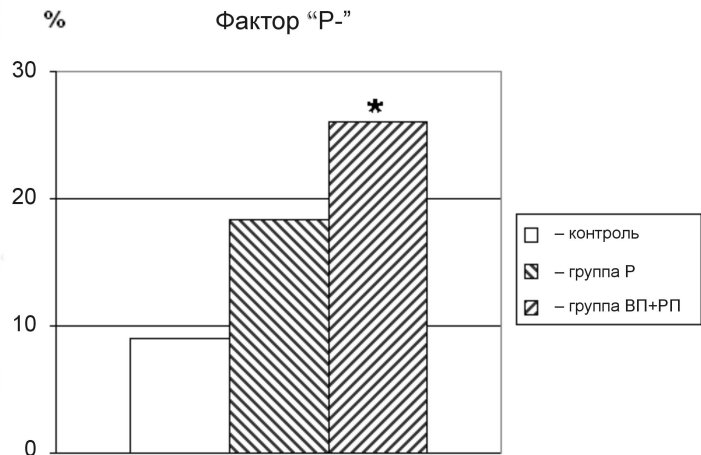


Рис. 5. Встречаемость значений фактора “Р-” в группах контроля, у больных с ремиттирующим (Р) вариантом течения, а также в объединенной группе больных с вторично-прогредиентным (ВП) и ремиттирующе-прогредиентным (РП) вариантами течения.

* – достоверное различие между группой ВП+РП и группой контроля ($p < 0,05$)

ми. Таким образом, опознание и вербализация эмоций способствовали преодолению алекситимии, широко представленной у данного контингента больных.

В процессе анализа особое внимание уделялось выявлению скрытой агрессии и способам ее отреагирования, обсуждались конструктивные пути ее проявления с разработкой индивидуальной программы тренировки. Трансформации агрессивных стимулов способствовали выявлению иррациональных убеждений и обучение работе со схемой А-В-С (активирующее событие – система убеждений – последствия) по методу Эллиса. Обсуждение ключевых событий жизни, их значения, смысл, связи с другими событиями позволяло проникнуть в качественный мир пациентов, “реанимировать” способность к созданию индивидуальных символов, усилить

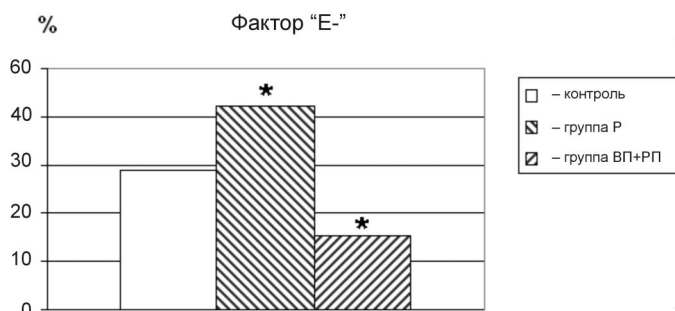


Рис. 6. Встречаемость значений фактора “Е-” в группах контроля, у больных с ремиттирующим (Р) вариантом течения, а также объединенной группе больных с вторично-прогредиентным (ВП) и ремиттирующе-прогредиентным (РП) вариантами течения.

* – различие между группой Р и группой контроля, а также группой ВП+РП и группой контроля достоверно ($p < 0,05$)

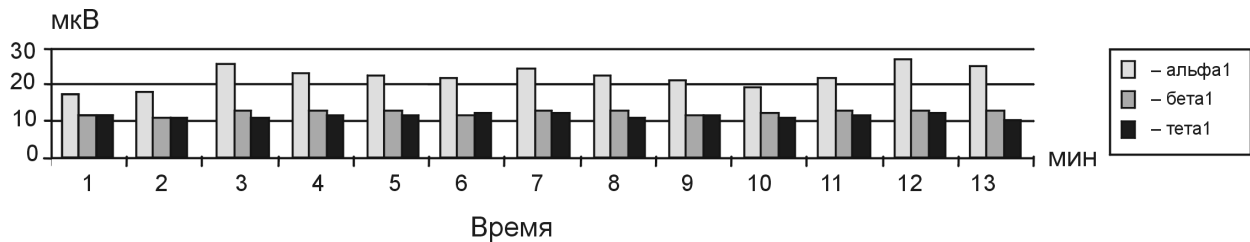


Рис. 7. Динамика ЭЭГ в сеансе альфа-стимулирующего тренинга. Больной К.

метафорическое мышление, что также способствовало преодолению алекситимии и облегчало процесс терапевтических изменений.

Неотъемлемой частью процесса психотерапии являлась программа стресс-менеджмента, позволяющая пациентам справляться с текущими жизненными затруднениями. С этой целью использовались психорелаксационные техники (аутогенная тренировка, прогрессивная мышечная релаксация, сеансы музыкотерапии). Наличие мягкого депрессивного расстройства (дистимия) также было показанием к проведению альфа-стимулирующего тренинга у больных с наиболее легкими формами заболевания.

7 человек из данной группы, расцененные как больные с дистимическим расстройством, прошли курс альфа-стимулирующего тренинга. Все пациенты сумели продемонстрировать эффективный альфа-стимулирующий тренинг, сопровождающийся приростом мощности альфа-ритма после завершения каждого сеанса. Как правило, все больные отмечали изменение психоэмоционального фона после окончания сеансов тренинга: сообщали о появлении чувства покоя, ясного, светлого настроения; устранении тягостных мыслей и переживаний. Количество проведенных сеансов альфа-стимулирующего тренинга варьировалось от 10 до 25. На рис. 7 представлена динамика ЭЭГ (биполярные симметричные отведения, БОСЛАБ) во время сеанса альфа-стимулирующего тренинга у больного К.; регулируемым (управляемым) сигналом являлся альфа-ритм правого полушария (биполярной регистрации ЭЭГ в отведениях F4-02).

Заключение. Актуальность исследования продиктована чрезвычайной чувствительностью иммунной системы человека к психологическим влияниям. Существует великое множество доказательств того, что психологические факторы, в частности, такие, как отношение человека к самому себе, его взгляды на жизнь, могут как замедлять, так и ускорять течение аутоиммунного заболевания [3, 6, 11, 12]. Наличие аффективно заряженных переживаний, состояние хронического психоэмоционального напряжения, тревоги, частая депривация сна, тяжелая утрата, скорбь могут вызвать временную или длительную редуцированность реактивности иммунной системы и сделать организм неспособным к сопротивлению болезни [7]. Показано, что даже мягкая депрессия может привести к отказу от рационального, направленного на сохранение здоровья поведения. При большой депрессии нередко наблюдается катастрофическое отрицание собственного здоровья, а иногда и жизни [8]. Таким образом, не вызывает сомнений необходимость разработки психокоррекционных подходов при лечении аутоим-

мунных расстройств, к которым относится рассеянный склероз. В ходе исследования была апробирована биоповеденческая программа помощи больным с рассеянным склерозом, включающая следующие этапы:

1. Психодиагностический скрининг;
2. Курс когнитивно-поведенческой психотерапии;
3. Обучение техникам психорелаксации (стресс-менеджмент);
4. Альфа-стимулирующий тренинг.

Все пациенты, прошедшие предложенную нами психореабилитационную программу, отметили существенное улучшение психоэмоционального состояния, редуцировку чувства беспомощности, безысходности; приобрели навыки рационального справляющегося поведения (копинг-стратегии); отметили существенное повышение качества жизни. В дальнейшем планируется продолжение исследований с включением большего количества наблюдений. Особое внимание будет обращено на оценку эффективности предложенной программы.

BIOBEHAVIORAL THERAPY OF DISSEMINATED SCLEROSIS

L.A. Kuznetzova, N.A. Malkova, O.S. Shubina, E.G. Verevkin, M.V. Dolgova

The article presents the analysis of the first results of behavioral therapy in a complex treatment program of the multiply sclerosis. Varied examination of psychological features was conducted in groups with a different degree of heaviness and duration kinds. It has allowed marking the targets of psychotherapy. The course of biobehavioral therapy consisted of the following stages: psychodiagnostic screening, cognitive-behavioral therapy, stress-management with relaxation technics teaching, α -stimulating biofeedback. The investigation has shown that biobehavioral program promotes improvement of psychoemotional state and life quality.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеева Т.Г. Спектр нейропсихологических изменений при рассеянном склерозе / Т.Г. Алексеева, А.Н. Бойко, Е.И. Гусев // Журн. неврол. и психиатр. 2000. № 11. С. 15–20.
2. Заславский Л.Г. Значение психоэмоционального стресса в этиологии и течении рассеянного склероза / Л.Г. Заславский // Наука и практика Сев.-Зап. ассоц. РС. 2002. № 11. С. 35.
3. Менегетти А. Психосоматика / А. Менегетти // ННБФ "Онтопсихология". М., 2002. 317 С.
4. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия / Н. Пезешкиан // М.: Медицина. 1996. С. 307–317.

5. Скок А.Б. Использование биологической обратной связи для целенаправленного изменения поведения пациентов с аддиктивными расстройствами: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.Б. Скок. Новосибирск, 1999.
6. Goldberg J.G. Psychotherapeutic of cancer patient / J.G. Goldberg // New York Free: Press. 1981.
7. Lipowski Z.J. Psychosomatic medicine and liason psychiatry / Z.J. Lipowski // New York: Plenum Press. 1985.
8. Miller N.E. Behavioral medicine: symbiosis between laboratory and clinic / N.E. Miller // Annual Review of psychology. 1983. Vol. 34. P. 1–32.
9. Paulley J.W. Cultural influence on the incidence and pattern of disease / J.W. Paulley // Psychother. Psychosom. 1975. Vol. 26 P. 2–11.
10. Philippopoulos G.S. The etiologic significance of emotional factors in onset and exacerbations of multiply sclerosis / G.S. Philippopoulos, E.D. Wittkowsen, A. Cousineau // Psychosomatic Medicine. 1958. Vol. 20. P. 458–474.
11. Simonton D.C. Getting well again / D.C. Simonton, S. Simonton // New York: Prentice-Hall. 1978.
12. Solomon G.E., Amkraut A.A. Psychoneuroendocrinological effects of the immune response / G.E. Solomon, A.A. Amkraut // Annual Review of microbiology. 1981. Vol. 35. P. 155–184.