

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В АСПЕКТЕ НЕОБХОДИМОСТИ КОМПЛЕКСНОГО МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АРТ-ТЕРАПИИ

Н.Н. Каладзе, И.Н. Кабатова

Кафедра педиатрии с курсом физиотерапии ФПО (зав.кафедрой – проф. Н.Н. Каладзе), Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского», г. Симферополь.

THE PSYCHOLOGICAL STATE OF PATIENTS WITH JUVENILE RHEUMATOID ARTHRITIS IN TERMS OF COMPREHENSIVE MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT WITH USE OF ART-THERAPY

N.N. Kaladze, I.N. Kabatova

SUMMARY

The paper presents a theoretical justification of the need for a comprehensive medical and psychological support of patients with juvenile rheumatoid arthritis using art therapy on the basis of analyzing the psychological state and social functioning level of these patients.

ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАН ХВОРИХ НА ЮВЕНІЛЬНИЙ РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ В АСПЕКТИ НЕОБХІДНОСТІ КОМПЛЕКСНОГО МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ З ВИКОРИСТАННЯМ АРТ-ТЕРАПІЇ

М.М. Каладзе, І.М. Кабатова

РЕЗЮМЕ

У статті наведено теоретичне обґрунтування необхідності проведення комплексного медико-психологічного супроводу хворих на ювенільний ревматоїдний артрит з використанням арт-терапії на основі аналізу особливостей психологічного стану та рівня соціального функціонування даного контингенту.

Ключевые слова: ювенильный ревматоидный артрит, психологическое состояние, социальное функционирование, медико-психологическое сопровождение, арт-терапия.

На современном этапе развития педиатрии и ревматологии чрезвычайно важным представляется изучение различных аспектов ювенильного ревматоидного артрита (ЮРА) [1-4]. По данным официальной статистики, ежегодно регистрируется до 17 тыс. случаев ЮРА у детей до 17 лет [5]. По материалам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), данная патология занимает одно из первых мест среди ревматических заболеваний детского возраста, а по тяжести клинической картины и последствиям не имеет себе равных среди других видов артрита. Научными исследователями установлено, что у 70-80% пациентов возникают те или иные аффективные расстройства [6, 7]. Около 50% подростков теряют трудоспособность в течение первых 5 лет заболевания. Как следствие, увеличивается нетрудоспособная популяция в Украине и сокращается продолжительность жизни. По данным F. Wolfe, среди больных ЮРА в зависимости от тяжести течения летальность увеличивается в 2-5 раз.

Международные исследования свидетельствуют, что хотя возможности новых, постоянно усложняющихся и совершенствующихся методов специального лечения ЮРА, показывают большую терапевтическую эффективность, они существенно не влияют на особенности психологических реакций, социаль-

ное функционирование (СФ) и качество жизни (КЖ) пациентов. В последнее время, ведущее место в медицине начали занимать исследования психологического аспекта данной патологии. В современных работах указано, что неотъемлемым компонентом комплексного подхода к оказанию помощи больным ЮРА являются психотерапевтические интервенции. Авторы отечественных и зарубежных исследований отмечают большой потенциал арт-терапии – совокупности методов психологического либо психофизического воздействия с помощью изобразительной деятельности пациентов с различной соматической патологией с целью их лечения, профилактики и реабилитации [8]. Однако, на сегодняшний день в научной литературе и в реальной клинической практике отсутствуют целенаправленные системные исследования психоэмоционального состояния, особенностей СФ и КЖ у больных ЮРА для обоснования и разработки концептуальных основ арт-терапевтического воздействия в комплексном лечении больных ЮРА. Всё вышесказанное обусловило необходимость и актуальность проведения данной работы.

Цель работы – теоретическое обоснование необходимости проведения комплексного медико-психологического сопровождения больных ювениль-

ным ревматоидным артритом с использованием арт-терапии на основе анализа особенностей психологического состояния и уровня социального функционирования данного контингента.

Для выполнения поставленной цели определены следующие задачи:

1. Изучить особенности психоэмоционального состояния больных ювенильным ревматоидным артритом.

2. Установить уровень социального функционирования у обследованного контингента.

3. На основе обобщения полученных результатов научно обосновать необходимость комплексного медико-психологического сопровождения больных ювенильным ревматоидным артритом с использованием арт-терапии.

Объект исследования. Деадаптация у больных ювенильным ревматоидным артритом.

Предмет исследования. Особенности психоэмоционального состояния, уровень социального функционирования у больных ЮРА.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На основе информированного согласия с соблюдением принципов биоэтики и деонтологии осуществлено комплексное клиническое, психодиагностическое, социально-демографическое обследование 63 детей в возрасте от 7 до 16 лет на базе клинического специализированного санатория «Здравница» (г. Евпатория) с установленным диагнозом «ювенильный ревматоидный артрит». Обследование включало общеклиническое исследование, осмотр ребенка ортопедом, отоларингологом, эндокринологом, офтальмологом, определение антропометрических показателей, объема активных и пассивных движений в пораженных суставах, измерение мышечной силы. Формулировка диагноза осуществлялась на основании классификации болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани в соответствии с «Международной классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем» X пересмотра: М.08 (МКБ-10, Женева 1995). Тяжесть заболевания и активность ревматического процесса определяли согласно «Уніфікованому клінічному протоколу медичної допомоги дітям, хворим на ювенільний артрит» (від 13.04. 2011 року № 467).

В рамках психодиагностического метода для изучения уровня тревожности у обследованных использовали методику «Выявление уровня тревожности у подростков», включающую шкалу школьной, самооценочной и межличностной тревожности. С целью диагностики наличия депрессивных расстройств и степени их выраженности применяли «Опросник дифференциальной диагностики депрессивных состояний» В.Д. Зунге, содержащий 20 пунктов: десять положительно сформулированных и десять негативно сформулированных вопросов, каждый из которых оценивался по шкале от 1 до 4 баллов

(на основе ответов: «редко», «время от времени», «достаточно часто», «большую часть времени»). Он позволял провести анализ по семи факторам, содержащим группы симптомов, отражающих чувство душевной опустошенности, расстройство настроения, общие и специфические соматические симптомы, симптомы психомоторных нарушений, суицидальные мысли и раздражительность-нерешительность.

Уровень СФ, т. е. удовлетворенность или неудовлетворенность соответствующей сферой жизни, отношение ребенка к своему здоровью, степень адаптации к болезни и возможность выполнения им привычных функций определяли с использованием адаптированного для детей опросника MOS SF-36 (J. Ware) со следующими показателями: 1) Physical Functioning (PF) – физическое функционирование – отражает степень, в которой состояние здоровья лимитирует выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, перемещение тяжестей, а также переносимость значительных физических нагрузок); 2) Role Physical (RP) – ролевое функционирование – влияние физического состояния на профессиональную деятельность (учебу детей.); 3) Bodily Pain (BP) – выраженность физической боли и ее влияние на способность заниматься обычной повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома; 4) General Health (GH) – общее состояние здоровья – оценка пациентом своего состояния в настоящий момент и перспектив лечения; 5) Vitality (V) – жизнеспособность (прилив жизненных сил) – ощущение пациентом себя наполненным силой и энергией или обессиленным; 6) Social Functioning (SF) – социальное функционирование – определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (у детей – твоё состояние ограничивает дружбу с другими детьми?); 7) Role Emotional (RE) – влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование – оценка степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой обычной повседневной деятельности, включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества; 8) Mental Health (MH) – характеристика психического здоровья (депрессия, тревога, общий показатель положительных эмоций).

Все шкалы опросника объединены в два суммарных измерения – физический компонент здоровья (шкалы 1-4) и психический – (шкалы 5-8) [15].

Социально-демографический метод включал фиксацию социальных и демографических показателей согласно унифицированной карте обследования.

Статистический – точечную и интервальную оценки средних величин значений в выборках, статистический критерий Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ социально-демографических характеристик больных позволил установить следующие особенности. Средний возраст исследованных составлял 13,2±2,4 года. Изучение распределения исследованных по возрастным группам показало, что большинство из них были в возрасте от 13 до 15 лет – 36 (57,1±5,0%). В свою очередь дети в возрасте от 7 до 9 лет составили 12 (19,1±3,9%), от 10 до 12-15 (23,8±4,3%). По гендерным показателям пациенты распределились следующим образом: мальчики – 32 (50,8±5,0%), девочки – 31 (49,2±5,0%).

У большинства больных к моменту поступления на санаторно-курортное лечение длительность ЮРА составила менее 3 лет – 42 (66,7±4,7%), от 4 до 6 – 9 (14,3±3,5%), более 6 лет – 12 (19,1±3,9%). Острое начало заболевания регистрировалось у 23 (36,5±4,8%) больных, постепенное – у 9 (14,3±3,5%) детей. У 39 (61,9±4,9%) детей ежегодно в осенне-зимний период отмечались обострения. На момент осмотра, в соответствии с классификацией ЮРА, суставная форма диагностирована у 58 (92,1±2,7%), суставно-висцеральная – у 5 (7,9±2,7%) пациентов. Выделены следующие формы поражения суставов: моноартрит – у 5 (9,5±2,9%), олигоартрит – у 39 (61,9±4,9%), полиартрит – у 18 (28,6±4,5%). У 55 (87,3±3,3%) больных был диагностирован серонегативный вариант ЮРА, у 8 (12,7±3,3%) – серопозитивный. В большинстве случаев отмечалось медленно прогрессирующее течение заболевания – 52 (82,5±3,8%), быстро прогрессирующее – у 8 (12,7±3,3%), без заметного прогрессирования – у 3 (4,8±2,1%). Ремиссия заболевания фиксировалась у 63 (100%), I степень активности – у 44 (69,8±4,6%), II степень активности – у 4 (6,4±2,4%), исследованных. Функциональная недостаточность по критериям А.И. Нестерова разной степени выраженности определялась у 46 (69,8±5,0%) больных ЮРА.

В процессе исследования психоэмоционального статуса больных ЮРА у всех 100,0% обследованных в клинической картине наряду с проявлениями основного заболевания выявлены расстройства психоэмоционального состояния: у 19 (30,2±4,6 %) установлены легкие проявления психоэмоциональной дезадаптации (ЛППД), у 31 (49,2±5,0 %) – мозаичные (МППД) и у 13 (17,5 ± 3,8 %) – выраженные проявления психоэмоциональной дезадаптации (ВППД).

У пациентов с ЛППД по методике «Выявление уровня тревожности у подростков» фиксировались несколько повышенные показатели по школьной, самооценочной и межличностной тревожности (средний балл составил у мальчиков – 17,3±1,3, 20,4±1,2, 17,2±1,1; у девочек – 21,8±1,2, 27,1±1,3, 26,5±1,4, соответственно), с МППД – несколько повышенный уровень школьной, высокий самооценочной и межличностной (средний балл был равен у

мальчиков – 18,2±1,1, 26,1±1,1, 22,2±1,3; у девочек – 22,6±1,2, 32,5±1,2, 27,4±1,1, соответственно) и с ВППД – очень высокие показатели по школьной и межличностной шкалам тревожности, высокие – по самооценочной (средний балл составил у мальчиков – 29,1±1,1, 35,6±1,2, 25,1±1,1; у девочек – 32,8±1,3, 38,7±1,5, 31,9±1,0, соответственно).

По методике дифференциальной диагностики депрессивных состояний Зунге у пациентов с ЛППД регистрировались: лёгкое депрессивное состояние невротического генеза (53,7±1,3, балла), у обследованных с МППД – субклиническая депрессия (65,5±1,2 балла) и у больных с ВППД – истинное депрессивное расстройство (74,3±1,2 балла), соответственно.

Анализ результатов изучения особенностей СФ исследованных с использованием адаптированного для детей опросника MOS SF-36 показал значительное снижение по всем шкалам КЖ: показатель физического функционирования, отражающий уровень, в котором физическое состояние организма ограничивает выполнение физических нагрузок, в группе с ЛППД составил 59,2±0,4, с МППД – 51,0±0,1, с ВППД – 49,2±0,2 балла; ролевого функционирования, обусловленный физическим состоянием и отражающий его влияние на повседневную ролевою деятельность – 57,4±0,2, 47,5±0,4, 40,0±0,3 балла, соответственно; показатель интенсивности боли и её влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома, в группе с ЛППД был равен 60,2±0,3, с МППД – 56,2±0,6, с ВППД – 54,1±0,2 балла; общего состояния здоровья, отражающий состояние здоровья в настоящий момент – 60,0±0,4, 50,4±0,1, 42,4±0,4 балла, соответственно; показатель жизненной активности, который отражает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным, в группе с ЛППД составил 45,1±0,1, с МППД – 32,0±0,1, с ВППД – 28,7±0,5 балла. Показатель СФ, определяющий уровень, в котором физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность – 42,2±0,2, 25,4±0,4, 24,2±0,4 балла, соответственно; ролевого функционирования, обусловленный эмоциональным состоянием и определяющий уровень, в котором эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности, в группе с ЛППД был равен 41,4±0,5, с МППД – 26,1±0,2, с ВППД – 30,1±0,1 балла; показатель психического здоровья, характеризующий настроение, наличие депрессии, тревоги, положительных эмоций – 40,0±0,1, 23,2±0,1, 20,9±0,2 балла, соответственно.

Оценка «физического компонента КЖ» была достоверно выше ($p < 0,001$) «психического компонента КЖ». Так, «физический компонент» в группе с ЛППД составил 59,2±0,3, с МППД – 51,3±0,4, с ВППД – 46,4±0,3 балла, «психический» – 42,2±0,2,

26,6±0,2, 25,9±0,3 балла, соответственно. В ходе детального анализа результатов оценки компонентов КЖ наименьшие значения выявлены по показателям «психическое здоровье» – в группе с ЛППД средний балл был равен 40,0±0,1, с МППД – 23,2±0,1, с ВППД – 20,9±0,2 балла, «социальное функционирование» – 42,2±0,2, 25,4±0,4 и 24,2±0,4 балла, соответственно, и «эмоциональное функционирование» – в группе с ЛППД средний балл составил 41,4±0,5, с МППД – 26,1±0,2, с ВППД – 30,1±0,1), наибольшее – «боль» – 60,2±0,3, 56,2±0,6, 54,1±0,2 балла, соответственно. Таким образом, низкий уровень КЖ у больных ЮРА был обусловлен преимущественно снижением психологического компонента здоровья ($p < 0,001$).

Итак, в зависимости от уровня проявлений психоэмоциональной дезадаптации и уровня СФ у больных ЮРА выделены низкий, умеренный и высокий дезадаптационный уровень (ДУ).

На основании результатов исследования выявлены особенности психологического состояния и уровня СФ в зависимости от уровня дезадаптации у больных ЮРА. Эти данные, во-первых, указывают на необходимость организации и оказания комплексного медико-психологического сопровождения данному контингенту на этапе санаторно-курортного лечения, во-вторых, позволяют определить адекватный метод психотерапевтического воздействия.

ВЫВОДЫ

1. С позиций доказательной медицины на основе междисциплинарного подхода определены клинические, психоэмоциональные и социальные факторы, приводящие к формированию и развитию дезадаптации у пациентов с ЮРА, на основе чего осуществлено теоретическое обоснование необходимости комплексного медико-психологического сопровождения данного контингента, что позволит улучшить соматическое и психическое состояние, а также будет способствовать повышению уровня СФ и КЖ детей.

2. Полученные результаты исследования являются информативными и указывают на целесообразность применения, наряду с фармакотерапией и физиотерапевтическими мероприятиями для основного заболевания, психотерапевтических интервенций, направленных на достижение максимально возможной в каждом конкретном случае клинической и психосоциальной компенсации. Наиболее приемлемой и эффективной формой психотерапевтического вмешательства в рамках комплексного медико-психологического сопровождения больных ЮРА (с учетом возможности интеграции данного метода в систему традиционной терапии, а также ее способности оказывать терапевтическое воздействие на трёх уровнях: биологическом, психологическом и социальном) является групповая арт-терапия с использованием тематического подхода, что позволит

вовлекать в работу большее число пациентов, задействовать дополнительные факторы лечебно-коррекционного воздействия, работать с проблемами больных, которые не могут быть решены с помощью других методов психотерапии. Также применение арт-терапевтических техник является актуальным в силу того факта, что важнейшими факторами лечебно-коррекционного воздействия в арт-терапии выступают творческая деятельность, психотерапевтические отношения, обратная связь пациента и специалиста, что способствует высвобождению личностных ресурсов, задействованию механизмов личностной саморегуляции, нормализации самооценки, повышению уверенности в себе, выработке конструктивных способов преодоления стрессовых ситуаций и навыков полноценного общения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каладзе М.М. Стан гормонального та імунного статусу у дітей з ювенільним ревматоїдним артритом на етапі санаторно-курортної реабілітації / М.М. Каладзе, О.М. Соболева, Н.М. Скоромна // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2010. – № 4. – С. 56.
2. Каладзе Н.Н. Влияние санаторно-курортного лечения с применением пелоидотерапии на адаптационные возможности больных ювенильным ревматоидным артритом / Н.Н. Каладзе, Н.Н. Скоромная // Вестник физиотерапии и курортологии. – 2010. – № 1. – С. 28-30.
3. Каладзе Н.Н. Динамика показателей артериального давления у больных ЮРА на этапе реабилитации / Н.Н. Каладзе, Л.А. Кутузова, Л.А. Семеренко // Вестник физиотерапии и курортологии. – 2009. – № 4. – С. 38-42.
4. Каладзе Н.Н. Состояние гормональной регуляции у больных ювенильным ревматоидным артритом / Н.Н. Каладзе, Н.Н. Скоромная, Е.М. Соболева // Здоровье ребёнка. – 2010. – № 3. – С. 31-37.
5. Бойко Я.Є. Сучасне лікування ювенільного ревматоїдного артрити: ера біологічної терапії / Я.Є. Бойко // Дитячий лікар. – 2012. – № 1-2. – С. 14-24.
6. Гармаш О.И. Влияние санаторно-курортного лечения с применением грязевых аппликаций на уровень провоспалительных цитокинов у детей с ювенильным ревматоидным артритом / О.И. Гармаш, Л.Л. Алиев, Ю.Г. Тихончук // Вестник физиотерапии и курортологии. – 2011. – № 4. – С. 103-105.
7. Алексеева Е.И. Ювенильный артрит: возможности медикаментозного и немедикаментозного лечения на современном этапе. Часть 2. Алгоритм биологической терапии юношеского артрита / Е.И. Алексеева, Т.М. Бзарова // Лечащий врач. Алгоритм биологической терапии юношеского артрита – 2011. – № 9. – С. 60-66.
8. Бурно М. Е. Терапия творческим самовыражением: учеб. пособие по психотерапии / М. Е. Бурно. – М.: Академ. проект, 2006. – 429 с.