

**тема: МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С
СИНДРОМОМ ЖЖЕНИЯ ПОЛОСТИ РТА**

14.01.14 - стоматология

19.00.04 - медицинская психология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва – 2014

Работа выполнена на кафедре нервных болезней НОЧУ ДПО Медицинского
стоматологического института

Научный руководитель

Заслуженный деятель науки РФ
доктор медицинских наук, профессор
Пузин Михаил Никифорович

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук,
профессор

Ведущая организация:

Защита состоится “ ____ ” _____ 2014 года в _____ часов на заседании
диссертационного совета Д.208.120.01 при Институте повышения квалификации
Федерального Медико-Биологического Агентства (125371, г. Москва, Волоколамское
шоссе, 91)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Института повышения
квалификации

Федерального медико-биологического агентства (125371, г. Москва,
Волоколамское шоссе, 91)

Автореферат разослан “ ____ ” _____ 2014 года

Ученый секретарь диссертационного совета

доктор медицинских наук

профессор

КИПАРИСОВА Е.С.

1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

ВВЕДЕНИЕ

Синдром жжения полости рта (СЖПР) является изнуряющим болевым расстройством в полости рта в отсутствии органического поражения слизистой. Считается, что от СЖПР страдают 3 – 5 % взрослого населения (Barthiw T.P., Rynn B.R., 1994).

Обычные проявления СЖПР включают болезненное чувство жжения во рту, часто связанное с дисгевзией и ксеростомией, вопреки нормальному слюноотделению. Как правило, симптомы менее выражены утром, ухудшаются в течение дня, и затухают ночью. Кроме того, СЖПР является важным клиническим нарушением, прямо и косвенно влияющим на качество жизни и налагающим ощутимо тяжелое бремя на пациента.

Принято различать две клинические формы СЖПР: «первичную», или идиопатическую, для которой не могут быть установлены органические причины; и «вторичную», возникающую из местных/системных патологических условий (Svensson et al., 1993).

Этиология СЖПР в значительной степени полифакториальна. Развитие патологического процесса может быть связано с желудочно-кишечными, мочеполовыми, психиатрическими, неврологическими расстройствами. Однако, никаких органических нарушений со стороны слизистой полости рта не обнаруживается (Пузин М.Н. и др., 1999). К СЖПР имеют предрасположенность женщины около- и постменопаузного возраста. Клиническая диагностика основывается на тщательном изучении истории болезни, физическом обследовании и лабораторных анализах.

Среди множества концепций возникновения СЖПР популярно представление рассматривающее жжение в полости рта как проявление проблем центральной нервной системы и психоэмоционального состояния (Матвеев В. Ф. и соавт, 1988). Настоящая теория подтверждается большей эффективностью терапевтических программ, включающих в себя психофармакотерапию (ПФТ) (Борисова Э.Г., 1993) и психотерапию (Humphris GM, Longman LP, Field EA., 1996).

Лечение больных с СЖПР трудоемкий процесс, направленный на лечение основного заболевания, включающая симптоматические мероприятия и коррекцию психоэмоционального состояния. В качестве лекарственных средств используется альфа-липовая кислота, капсаицин, транквиизаторы и антидепрессанты. Несмотря на широкий спектр препаратов, применяемый для лечения, эффективность терапии остается не

высокой. И если краткосрочные наблюдения обнадеживают, то долгосрочные прогнозы крайне неутешительны.

Психотерапевтические методы все шире включаются в комплексное лечение больных с СЖПР. В качестве основных методик чаще других применяется аутотренинг, гипнотерапия, тренинг на основе биологической обратной связи и когнитивно-поведенческая психотерапия (Скуридин П.И. и др., 2010). Значимо повысить эффективность лечения больных с СЖПР удастся с помощью терапии на основе биологической обратной связи (Николаенко Е. В. И соавт, 2009). Бергдал с соавт. (1999) установил, что когнитивная терапия у пациентов с СЖПР приводит к снижению интенсивности боли, однако, до настоящего времени возможности психотерапии при данной патологии изучены явно недостаточно.

Таким образом, СЖПР остается серьезной медицинской проблемой, которая налагает тяжелое бремя на пациента и систему здравоохранения, требует поиска эффективных методов диагностики и лечения.

Цель исследования. Научное обоснование возможности включения психотерапевтических методов в лечение больных с синдромом жжения полости рта.

Задачи исследования.

1. Оценить эффективность психорелаксационной терапии у больных с синдромом жжения полости рта
2. Оценить эффективность когнитивной гипнотерапии у больных с синдромом жжения полости рта
3. Оценить эффективность групповой когнитивно-поведенческой психотерапии у больных с синдромом жжения полости рта.
4. Сравнить эффективность исследуемых психотерапевтических методов у больных с синдромом жжения полости рта.
5. Выделить предикторы эффективности исследуемых психотерапевтических методов у больных с синдромом жжения полости рта.

Научная новизна.

В результате исследования получены новые данные о эффективности психорелаксационной терапии, когнитивной гипнотерапии и групповой когнитивно-поведенческой терапии у больных с синдромом жжения полости рта. Установлено, что уменьшение интенсивности жжения на фоне проведения психотерапии происходит

параллельно с улучшением психоэмоционального состояния и повышением качества жизни больных.

Доказано, что применение как психорелаксационной терапии, так и когнитивной гипнотерапии у больных с синдромом жжения полости рта повышает эффективность лечения, по сравнению с проведением только психотерапии, способствуя большему снижению интенсивности жжения и нормализации психоэмоционального состояния. Причем, психорелаксационная терапия обеспечивает наибольший терапевтический эффект у пациентов с синдромом жжения в полости рта в отсутствие выраженных депрессивно-ипохондрических переживаний и при низком уровне критичности к своему состоянию, когнитивная гипнотерапия имеет преимущество в тех случаях, когда в структуре клинических проявлений синдрома жжения полости рта большую роль играют тревожно-депрессивные переживания, критически оцениваемые самим пациентом.

Впервые у больных с синдромом жжения полости рта изучена эффективность специально разработанной групповой когнитивно-поведенческой терапии. В ходе исследования выделены предикторы эффективности групповой когнитивно-поведенческой терапии у больных с синдромом жжения полости рта. Обнаружено, что проведение групповой когнитивно-поведенческой терапии обеспечивает терапевтический результат сравнимый с индивидуальной когнитивной гипнотерапией. Вместе с тем, групповая терапия представляется более предпочтительной, поскольку она экономичнее и перспективнее в отношении сохранения результатов терапии.

Практическая значимость исследования заключается в научном доказательстве эффективности психорелаксационной терапии, когнитивной гипнотерапии и групповой когнитивно-поведенческой терапии у больных с синдромом жжения полости рта.

В результате исследования выявлены предикторы эффективности вышеуказанных психотерапевтических методов при синдроме жжения полости рта и на их основе разработаны показания для включения психорелаксационной терапии, когнитивной гипнотерапии и групповой когнитивно-поведенческой терапии в комплексное лечение больных с синдромом жжения полости рта. У пациентов с синдромом жжения полости рта в отсутствие выраженных депрессивно-ипохондрических переживаний и при низком уровне критичности к своему состоянию предпочтение следует отдавать психорелаксационной терапии, а при высоком уровне тревожно-депрессивных переживаний когнитивной гипнотерапии. Результаты групповой терапии сохраняются на протяжении полугода.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Включение психорелаксационной терапии и когнитивной гипнотерапии в лечение больных с синдромом жжения полости рта приводит к более выраженному уменьшению интенсивности болевых ощущений и редукции тревожно-депрессивных переживаний, нежели изолированное использование психотропных средств.

2. Психорелаксационная терапия обеспечивает наибольший терапевтический эффект у пациентов с синдромом жжения в полости рта в отсутствие выраженных депрессивно-ипохондрических переживаний и при низком уровне критичности к своему состоянию.

3. Когнитивная гипнотерапия имеет преимущество в тех случаях, когда в структуре клинических проявлений синдрома жжения полости рта большую роль играют значительно выраженные тревожно-депрессивные переживания, критически оцениваемые самим пациентом.

4. Проведение групповой когнитивно-поведенческой терапии обеспечивает терапевтический результат сравнимый с индивидуальной когнитивной гипнотерапией. Вместе с тем, групповая терапия представляется более предпочтительной, поскольку она экономичнее и перспективнее в отношении сохранения результатов терапии.

Апробация работы

Апробация диссертационной работы состоялась 14 апреля 2014 года на заседании кафедры нервных болезней и нейростоматологии ФГБУ «Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства».

Внедрение работы

Результаты диссертационной работы внедрены в практику **стоматологической клиники г. Москвы** и в лечебно-педагогический процесс кафедры нервных болезней и нейростоматологии ФГБУ «Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства».

По материалам диссертации опубликовано 2 печатные работы, в рецензируемых научных журналах, рекомендованных ВАК Минобрнауки России для публикации материалов диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук.

Разработанные практические рекомендации могут быть использованы во всех звеньях практического здравоохранения.

Структура и объем диссертации

Диссертационная работа изложена на 107 страницах машинописного текста и состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Иллюстративный материал содержит 16 таблиц и 21 рисунок. Список литературы включает 128 источников, из которых 90 на иностранном языке.

2. СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал, методы исследования и терапии

Для решения поставленных задач в исследование включено 86 больных с синдромом жжения полости рта (СЖПР), находящихся на лечении у врача-стоматолога. Клиническая картина у обследованных больных была представлена субъективными симптомами в виде жалоб на жгучие боли в полости рта различной локализации и интенсивности, тревоги, плохого настроения, нарушения сна, раздражительности, озабоченности состоянием своего здоровья.

Средний возраст обследованных составил $54,2 \pm 12,1$ лет. Длительность заболевания $4,9 \pm 2,2$ лет. Из них мужчин 21 (24,5 %), женщин 65 (75,5 %), что отражает количество больных с СЖПР того или другого пола в популяции.

При обследовании больных оценивался стоматологический и психологический статусы. Стоматологическое обследование заключалось в комплексном определении жалоб и подробного изучения анамнеза пациента, визуального и пальпаторного методов исследования. Выраженность интенсивности жжения оценивалась с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), основанной на субъективной оценке пациентом своих болевых ощущений и предназначенной для количественной регистрации интенсивности жжения: отсутствие болевых ощущений (0 баллов), невыносимая боль (100 баллов) (Scrimshaw S.V., Maher C., 2001).

Оценка психоэмоционального состояния проводилась на основе клинической шкалы (КШ), разработанной для стандартизированной оценки психического статуса больных (Александровский Ю.А., 2007). При обследовании, по единым критериям содержания и степени выраженности психопатологических синдромов (тревога, обсессивно-фобический, ипохондрический, неврастенический, депрессивный, истерический) определялся психопатологический профиль больного. Психологическое обследование включало в себя тесты: обследование включало в себя тесты: сокращенный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ) (Собчик Л.Н., 1998), шкала депрессии Бека (Beck A.T., Steer R.A., 1989), шкала тревоги Спилбергера (Spielberger C. D., 1970), Качество жизни (КЖ) больных оценивалось с помощью шкалы Nottingham

Health Profile (NHP), позволяющей проводить количественную оценку качества жизни (Hunt S., et al., 1981).

Всем больным проведено трехкратное обследование: до начала лечения (в анамнезе – отсутствие психотерапии либо психофармакотерапии в течение как минимум 30 дней до начала исследования); после проведения курса терапии и спустя 6 месяцев.

После первичного обследования все пациенты методом случайного отбора были разделены на 4 группы. 1-я группа состояла из 22 пациента, в комплексном лечении которых была включена групповая когнитивно-поведенческая психотерапия (ГрКПТ), 2-я группа – 19 пациентов когнитивная гипнотерапия (КГТ), 3-я группа – 24 больных, которым назначалась психорелаксационная терапия (ПРТ), 4-я группа – 21 больной получавших только психотропные препараты (ПФТ).

До начала лечения больные терапевтических групп были сопоставимы по возрасту, уровню образования, характеру и интенсивности жалоб, состоянию полости рта, психологическим характеристикам (Таблица № 1).

Таблица № 1. Распределение больных с СЖПР в терапевтических группах по возрасту, длительности заболевания, интенсивности жжения и психологическим характеристикам

Группы Характеристики	ПРТ (n 24)	КГТ (n 19)	ГрКПт (n 22)	ПФТ (n 21)
Средний возраст	48,6±4,92	47,9±4,52	46,9±4,63	47,2±4,655
Длительность заболевания, лет	4,9±1,72	4,4±1,32	4,2±1,58	4,1±1,84
Среднее образование	5	4	8	9
Среднеспециальное образование	12	10	9	8
Высшее образование	7	5	5	4
Шкала депрессии Бека	18±2,52	20±2,42	18±1,93	19±1,63
Личностная тревога	47±3,24	54±3,30	48±2,42	48±2,42
Реактивная тревога	59±4,31	56±4,02	57±3,92	57±3,92

Методы лечения

Психорелаксационная терапия (ПРТ) (Лобзин В.С., 1986) Использовались первые два упражнения аутотренинга (АТ) по Шульцу – вызывание чувства тяжести (расслабление скелетной мускулатуры) и тепла (расслабление гладкой мускулатуры стенок сосудов конечностей). Занятия проводились три раза в неделю в группах по 3-5 человек, курс лечения состоял из 16-22 занятий по 40-50 мин. Кроме занятий с психотерапевтом рекомендовалось ежедневно самостоятельно заниматься релаксацией по 10-15 мин. Длительность курса лечения во всех группах составляла 90 дней.

Когнитивная гипнотерапия (КГТ) (Е.Т. Dowd et al., 1993) проводилась индивидуально в два этапа. На первом этапе осуществлялась работа, направленная на выявление негативных мыслей и иррациональных убеждений, формулирование конструктивных представлений. На втором на основе полученных сведений составлялся текст для гипнотического внушения. Общее количество сеансов 14–16, продолжительностью 50 минут и частотой 2 раза в неделю.

Групповая когнитивно-поведенческая терапия (ГрКПТ) (Beck J.S., 1995; МакМаллин Р., 2001) проводилась в формате малых групп. Психотерапевт и стоматолог работали вместе. Пациентам предоставлялась информация о природе и течении СЖПР, биологическом и поведенческом видении СЖПР, взаимосвязи между чувством жжения и психофизиологическими аспектами стресса, об основах физиологии боли (с акцентом на хроническую боль), и введении в когнитивные и поведенческие стратегии управления болью и стрессом. После получения данной информации пациенты принимали участие в групповой дискуссии, где они обсуждали свой опыт совладания с хронической болью. Общее количество групповых встреч 12, продолжительностью 1,5 часа и частотой 1 раз в неделю.

Психофармакотерапия (ПФТ) проводилась всем пациентам. Использовались основные группы психотропных средств: транквилизаторы, антидепрессанты и нейролептики. (Таблица №. 2).

Критерием улучшения состояния было снижение выраженности болевого синдрома по ВАШ на 30 % и более, при обследовании после курса лечения, по сравнению с фоновым обследованием до лечения. Больных соответствующих этому критерию относили к группе респондеров, не соответствующих – нонреспондеров.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета статистических программ SPSS 10.0.

Таблица № 2. Дозы психотропных средств у больных с синдромом жжения полости рта

Психотропное средство	Суточная доза (мг)
Феназепам	0,5 – 1,0
Альпрозолам	0,5 – 0,75
Амитриптилин	75 – 100
Анафранил	100 – 125
Пароксетин	20 – 40
Сертралин	50 – 150
Трифтазин	10 – 15
Сероквель	50 – 150

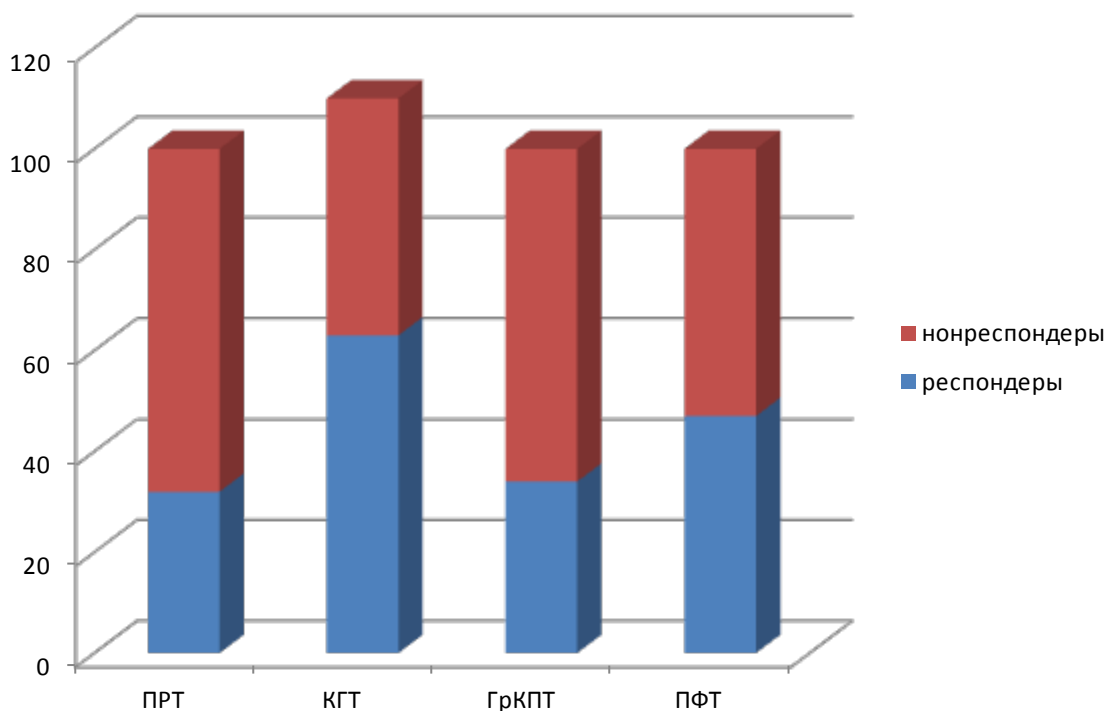
3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Исследование результатов проведения психотерапии у больных с СЖПР осуществлялось по двум аспектам: оценка общей эффективности по сравнению с результатами проведения только ПФТ и выявление структуры изменений психоэмоционального состояния.

Оценка общей эффективности курса психотерапии производилась на основе подсчета удельного веса респондеров, т.е. пациентов, состояние которых заметно улучшилось в результате присоединения того или иного психотерапевтического метода к ПФТ, в сравнении с количеством респондеров в группе ПФТ.

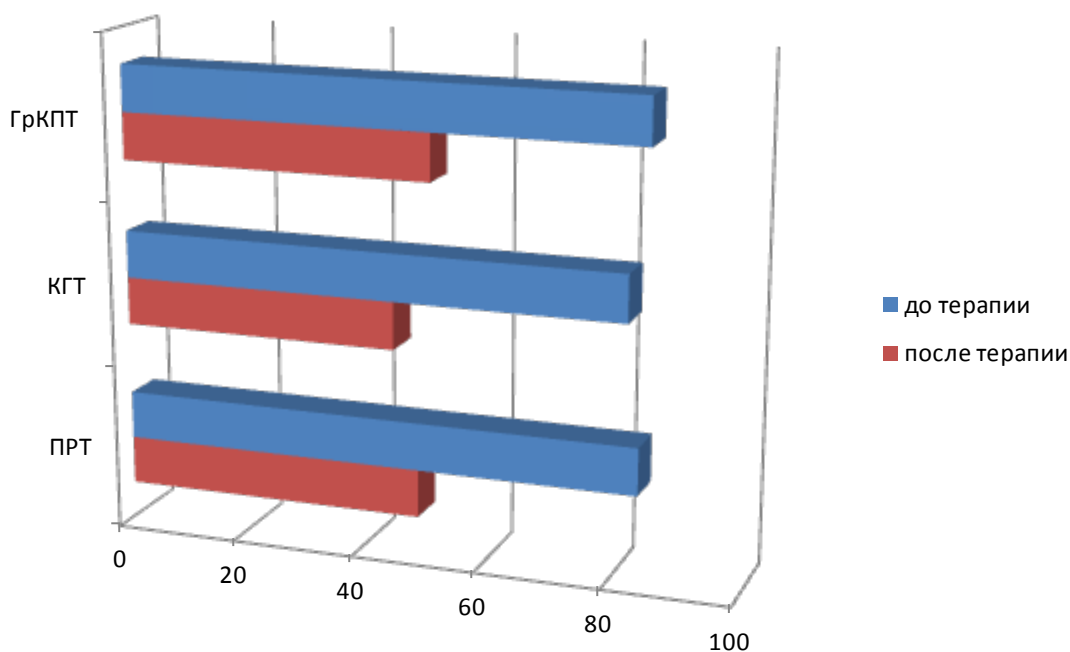
В результате настоящего исследования установлено, что количество респондеров в группах с психотерапией превышало их количество в группе с психофармакотерапией. Так в группе ПРТ их было 61,1 %, в группе 63,1 %, а в группе ГрКПТ 54,5 %, а в группе с ПФТ только 47,6 % (рисунок № 1). Причем количество респондеров в психотерапевтических группах различалось не значительно и достоверно ($p < 0,05$) отличалось лишь в группе КГТ. Исходя из этих данных, возможно предположить, что КГТ позволяет добиться наибольшей общей эффективности при лечении больных с СЖПР.

Рисунок № 1. Удельный вес респондеров и нонреспондеров в терапевтических группах больных с СЖПР



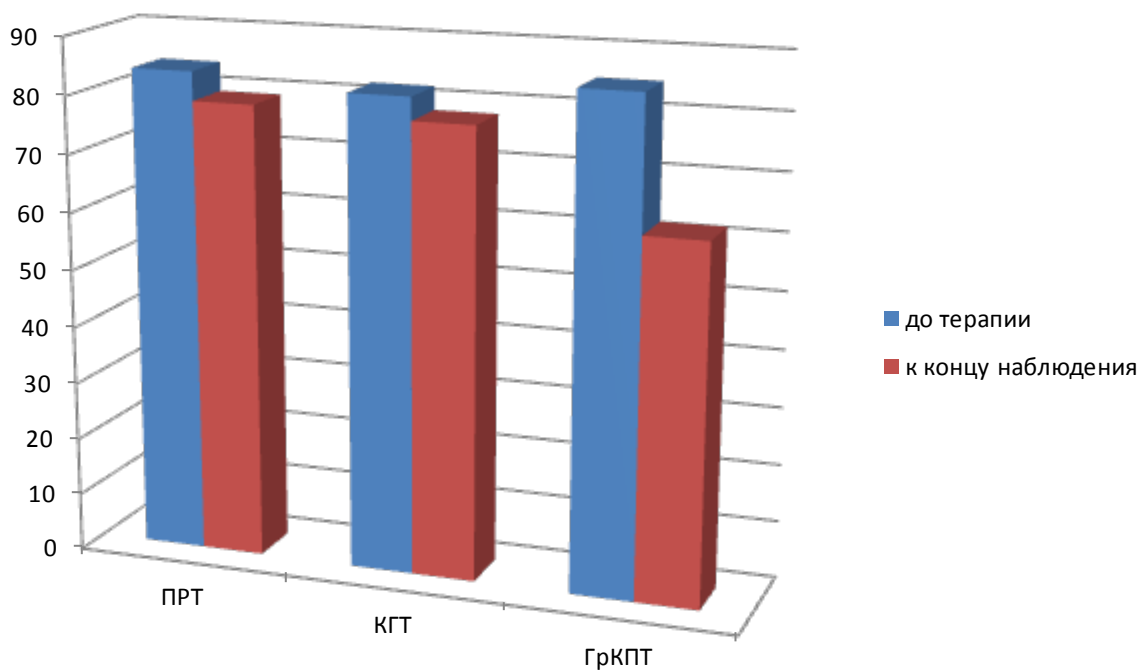
Анализ влияния различных психотерапевтических методов на снижение интенсивности жжения у больных с СЖПР выявил незначительное преимущество КГТ к концу курса лечения (Рисунок № 2).

Рисунок № 2. Динамика показателей ВАШ у больных с СЖПР в терапевтических группах после курса терапии



Однако, к концу наблюдения (через 6 месяцев) наибольшее снижение интенсивности жжения, оцениваемое по ВАШ зафиксировано в группе ГрКПТ (Рисунок № 3), что убедительно свидетельствует о преимуществе групповой терапии в плане сохранности достигнутых результатов.

Рисунок № 3. Динамика показателей ВАШ у больных с СЖПР в терапевтических группах к концу наблюдения



Сопоставление статистически значимых сдвигов показателей на фоне психорелаксационной терапии, когнитивной гипнотерапии и групповой когнитивно-поведенческой терапии позволило установить, что структура изменений в терапевтических группах в целом сходна. Результатом применения всех психотерапевтических методик стало значительное улучшение психоэмоционального состояния, а именно редукция тревожной и депрессивной симптоматики у больных с СЖПР (Таблица № 3).

При этом ПРТ оказывается более эффективной в отношении редукции тревоги, тогда как КГТ демонстрирует более позитивное воздействие не только на тревожную симптоматику, но и депрессивно-ипохондрические переживания. Групповая когнитивно-поведенческая терапия, в свою очередь, способствует уменьшению выраженности ипохондрических и тревожно-депрессивных переживаний, а также способствует усилению оптимистичности и активности.

Таблица № 3. Динамика показателей в группах с психорелаксационной терапией, когнитивной гипнотерапией и групповой когнитивно-поведенческой терапией у больных с СЖПР

группа	ПРТ		КГТ		ГрКПТ	
	Z	ур-нь значимос ти	Z	ур-нь значимос ти	Z	ур-нь значимос ти
тревожный синдром	-2,82a	0,003	-3,02a	0,003	-2,45a	0,011
ипохондрический синдром	-3,727a	0,000	-2,23a	0,025	-3,88a	0,593
неврастенический синдром	-2,619a	0,000	-3,48a	0,015	-3,69a	0,012
депрессивный синдром	-2,91a	0,000	-3,85a	0,004	-3,91a	0,030
ипохондрия СМИЛ	-4,27a	0,000	-1,84a	0,05	-4,7a	0,396
депрессия СМИЛ	-4,34a	0,000	-2,56a	0,011	-4,24a	0,045

а. Используются положительные ранги.

Таблица № 3 (продолжение) Динамика показателей в группах с психорелаксационной терапией, когнитивной гипнотерапией и групповой когнитивно-поведенческой терапией у больных с СЖПР

группа	ПРТ		КГТ		ГрКПТ	
истерия СМИЛ	-1,45a	0,011	-1,535a	0,593	-2,57a	0,001
личностная тревога	-1,76a	0,202	-2,003a	0,045	-2,76a	0,015
реактивная тревога	-2,75a	0,038	-3,16a	0,001	-2,75a	0,004
депрессия по Беку	-2,50a	0,011	-3,91a	0,001	-2,40a	0,065

а. Используются положительные ранги.

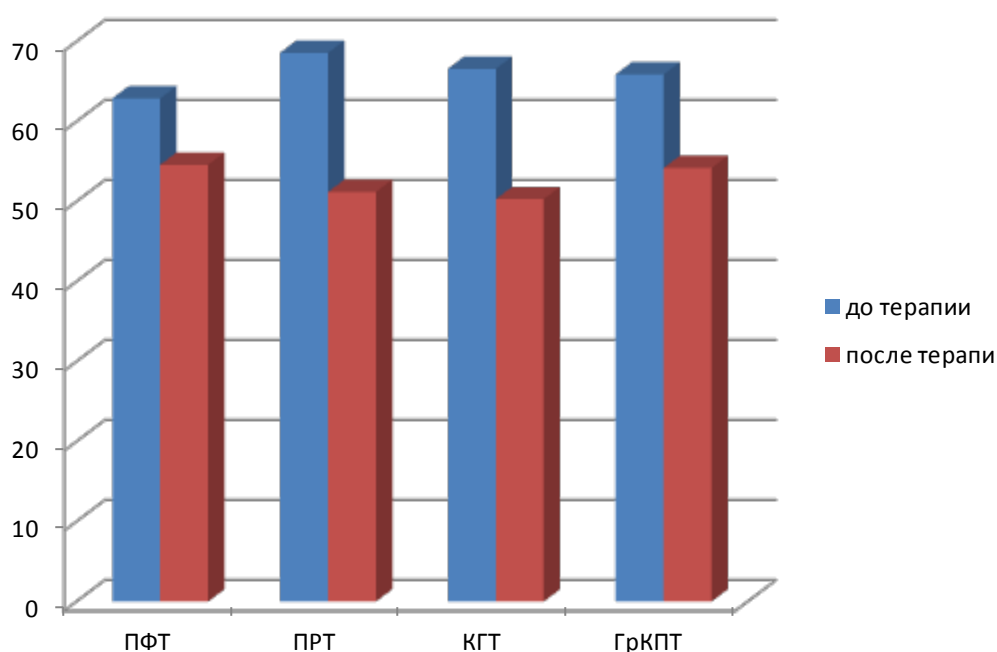
Сравнение динамики показателей качества жизни в терапевтических группах после курса терапии обнаружил достоверно ($p < 0,05$) большее снижение суммарного показателя NHP в результате включения психотерапии в лечение больных с СЖПР (Рисунок № 4), что свидетельствует об улучшении качества жизни после курса терапии.

Для прогнозирования результатов лечения и уточнения показаний к применению психорелаксационной терапии, когнитивной гипнотерапии и групповой когнитивно-поведенческой терапии при СЖПР был проведен анализ предикторов эффективности на основании сопоставления исходных значений психологических показателей у пациентов, продемонстрировавших существенное улучшение состояния по итогам терапии (респондеров) и пациентов, такого улучшения не показавших (нореспондеров).

В результате проведенного исследования удалось выявить предикторы эффективности психорелаксационной терапии, когнитивной гипнотерапии и групповой когнитивно-поведенческой терапии. В частности, проведение психорелаксационной терапии в виде традиционной аутогенной тренировки оказалось эффективным у больных с выраженными тревожными переживаниями и в отсутствии значительно выраженных

ипохондрических расстройств. При подробном анализе показателей после когнитивной гипнотерапии установлено, что данная методика особенно эффективна у больных с истерическими тенденциями и тревожно-депрессивными переживаниями. А назначение групповой когнитивно-поведенческой терапии было более эффективно у страдающих СЖПР с тенденциями к ипохондричности и демонстративности на фоне признаков тревоги.

Рисунок № 4. Динамика суммарного показателя NHP в терапевтических группах у больных с СЖПР



Следовательно, полученные данные дают основания утверждать, что включение психорелаксационной терапии, когнитивной гипнотерапии и групповой когнитивно-поведенческой терапии в комплексное лечение больных с СЖПР демонстрирует высокую общую эффективность по сравнению с использованием только психотропных средств. Демонстрируя сходную с КГТ структуру изменений психоэмоционального состояния пациентов на фоне лечения, ГрКПТ оказывается предпочтительнее в отношении сохранения достигнутых результатов. Кроме того групповая терапия предпочтительнее в виду своей экономичности.

В конечном итоге исследование эффективности психорелаксационной терапии, когнитивной гипнотерапии и групповой когнитивно-поведенческой терапии и предикторов их эффективности у пациентов с СЖПР позволило выявить ряд показаний к назначению той или иной из названных психотерапевтических методик. Так применение

психорелаксационной терапии у больных с СЖПР обеспечивает наибольший терапевтический эффект у пациентов при отсутствии выраженных депрессивно-ипохондрических переживаний и при низком уровне критичности к своему состоянию. Когнитивная гипнотерапия имеет преимущество в тех случаях, когда в структуре клинических проявлений синдрома жжения полости рта большую роль играют тревожно-депрессивные переживания, критически оцениваемые самим пациентом. При этом, проведение групповой когнитивно-поведенческой терапии у больных с СЖПР обеспечивает терапевтический результат сравнимый с индивидуальной когнитивной гипнотерапией. Вместе с тем, групповая терапия представляется более предпочтительной, поскольку она экономичнее и перспективнее в отношении сохранения результатов терапии.

Таким образом, проведенное исследование показало, что использование психорелаксационной терапии, когнитивной гипнотерапии и групповой когнитивно-поведенческой терапии у больных с синдромом жжения полости рта повышает эффективность терапии. Все исследуемые методы способствуют уменьшению интенсивности болевых ощущений, улучшению психоэмоционального состояния больных и повышению качества жизни у больных с СЖПР. Дифференцированное назначение того или иного метода психотерапии с учетом предикторов его эффективности позволяет добиться максимального результата.

ВЫВОДЫ

1. Результаты исследования позволили провести сравнение эффективности методов психотерапии и разработать показания к применению психорелаксационной терапии, когнитивной гипнотерапии и групповой когнитивно-поведенческой терапии у больных с синдромом жжения полости рта.

2. Применение психорелаксационной терапии у больных с синдромом жжения полости рта повышает эффективность лечения, по сравнению с проведением только психотерапии, способствуя большему снижению интенсивности жжения и нормализации психоэмоционального состояния.

3. Включение когнитивной гипнотерапии в лечение больных с синдромом жжения полости рта приводит к более выраженному уменьшению интенсивности болевых ощущений и редукции тревожно-депрессивных переживаний, нежели изолированное использование психотропных средств.

4. Психорелаксационная терапия обеспечивает наибольший терапевтический эффект у пациентов с синдромом жжения в полости рта в отсутствие выраженных депрессивно-ипохондрических переживаний и при низком уровне критичности к своему состоянию.

5. Когнитивная гипнотерапия имеет преимущество в тех случаях, когда в структуре клинических проявлений синдрома жжения полости рта большую роль играют тревожно-депрессивные переживания, критически оцениваемые самим пациентом.

6. Проведение групповой когнитивно-поведенческой терапии у больных с синдромом жжения полости рта обеспечивает терапевтический результат сравнимый с индивидуальной когнитивной гипнотерапией. Вместе с тем, групповая терапия представляется более предпочтительной, поскольку она экономичнее и перспективнее в отношении сохранения результатов терапии.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Так как на эффективность того или другого метода психотерапии у больных с синдромом жжения полости рта влияют исходные характеристики психоэмоционального состояния больных, то до начала лечения необходимо проводить психодиагностическое обследование, включающее Клиническую шкалу, Шкалу депрессии Бека, Шкалу тревоги Спилбергера и тест СМИЛ.

2. В комплексное лечение, больным с синдромом жжения полости рта при выявлении умеренно выраженных тревожных расстройств целесообразно включать психорелаксационную терапию. Наличие выраженных тревожных и ипохондрических переживаний предполагает проведение когнитивной гипнотерапии.

3. Сохранение достигнутых результатов терапии через 6 месяцев делает применение групповой когнитивно-поведенческой терапии у больных с синдромом жжения полости рта наиболее предпочтительным.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Сравнительная эффективность методов психотерапии у больных с синдромом жжения полости рта // Вестник Медицинского стоматологического института. – № 4(27). – 2013. – С. 30 – 32.
2. Групповая когнитивно-поведенческая психотерапия у пациентов с синдромом жжения полости рта.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВАШ	– Визуальная аналоговая шкала
ГрКПТ	– групповая когнитивно-поведенческая терапия
КП	– когнитивная психотерапия
КЖ	– качество жизни
КШ	– клиническая шкала
КГТ	– когнитивная гипнотерапия
ПРТ	– психорелаксационная терапия
ПФТ	– психофармакотерапия
СЖПР	– синдром жжения полости рта
СИОЗС	– селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
СМИЛ	– сокращенный многофакторный опросник исследования личности
НР	– Ноттингемский профиль здоровья