

УДК 616.89-008:617.7-001.4

UDC 616.89-008:617.7-001.4

ОБЩИЕ НАПРАВЛЕНИЯ И ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ У ЛИЦ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ВСЛЕДСТВИЕ ЧАСТИЧНОЙ ПОТЕРИ ЗРЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

**General direction and differentiation psychotherapeutic approach in patients
with non-psychotic disorders due partially sighted traumatic genesis**

Ts. B. Abdryahimova

Ц. Б. Абдрахимова

Украинский институт социальной, судебной психиатрии и наркологии, Киев, Украина

e-mail: medtrans2@rambler.ru

Ukrainian Research Institute for Social and Forensic Psychiatry and Narcology, Kiev, Ukraine

Реферат. На основе клинико-психопатологического и психодиагностического обследования 200 больных с непсихотическими психическими расстройствами вследствие частичной потери зрения травматического генеза, определены общие направления и дифференцированные подходы к их психотерапии. Доказано, что при работе с больными, в клинической симптоматике которых преобладают тревожные феномены, а среди типов личностного и поведенческого реагирования – эмоционально-дезадапционные паттерны, в начале психотерапевтической работы базовой психотерапевтической стратегией является использование индивидуальных воздействий, основанных на когнитивно-бихевиоральных подходах. Напротив, пациенты с ведущими астеническими и астено-депрессивными психопатологическими феноменами с доминированием когнитивно-деструктивных и агрессивно-конфликтных личностных и поведенческих паттернов, требуют применения групповых психотерапевтических когнитивно-бихевиоральных воздействий. Отдельным направлением психотерапевтической деятельности при этом является обязательная работа с семьей пациента (прежде всего, наиболее близким окружением - матерью или женой), направленная на нормализацию их психического состояния, адаптацию к новым условиям жизни с учетом изменений социальной и семейной активности пациента и активизацию ресурсных адаптивных возможностей семьи. В дальнейшем, при включении вспомогательных психотерапевтических техник (также дифференцированных в зависимости от клинических, психологических и нейрофизиологических особенностей обследованных), обязательным является присоединение элементов семейной психотерапии. Необходимым психотерапевтическим фоном является проведение психообразовательных мероприятий, что должно быть реализовано для всех участников психотерапевтического процесса.

Ключевые слова: частичная потеря зрения травматического генеза, непсихотическое психическое расстройство, психотерапия.

Summary. GENERAL DIRECTION AND DIFFERENTIATION PSYCHOTHERAPEUTIC APPROACH IN PATIENTS WITH NON-PSYCHOTIC DISORDERS DUE PARTIALLY SIGHTED TRAUMATIC GENESIS. Ts. B. Abdryahimova (Ukrainian Research Institute for Social and Forensic Psychiatry and Narcology, Kiev, Ukraine). On the base of clinical and psychopathological and psycho diagnostic examination of 200 patients with non-psychotic mental disorders due to partial loss of vision of traumatic origin, general trends and differentiated approaches to psychotherapy of the contingent under study have been developed. It has been revealed that the use of individual influences based on cognitive-behavioral approaches should be the leading psychotherapeutic strategy at the beginning of the work with the patients with prevailing anxiety phenomena and emotional maladjustment of

personal and behavioral responses. On the contrary, the patients with prevailing asthenic and asthenodepressive psychopathological phenomena and dominating cognitive-and-destructive and aggressive-and-conflict personal and behavioral patterns require the use of group psychotherapeutic cognitive-behavioral experiences. An obligatory work with the patient's family (first of all with his/her nearest surrounding – mother or wife) is a special direction of psychotherapeutic activity. It should be directed to the recovery of their mental state, adaptation to the new living conditions, accounting changes in social and family activity of the patient and activation of adaptive resource possibilities of the family itself.

In the following, when auxiliary psychotherapeutic techniques (also differentiated according to clinical, neurophysiologic and psychological characteristics of the patients) are included, an accession of family psychotherapy is a must. Psycho education is a necessary psychotherapeutic background. It should be realized for all participants of psychotherapeutic process.

Key words: partial loss of traumatic origin, no psychotic mental disorders, psychotherapy.

Потеря зрения во взрослом возрасте, даже частичная, влечет за собой изменение привычного образа жизни, невозможности выполнения сложившихся годами ролей, что становится причиной разрушения привычного жизненного стереотипа, которая, как известно, провоцирует развитие дезадаптивных психических состояний, в частности, непсихотических психических расстройств (НПР) [1], имеющих собственную патогенетическую и клиническую специфику [2], что обычно не учитывается при лечении данного контингента.

С целью разработки общих направлений и дифференцированных подходов к психотерапии лиц с НПР вследствие частичной потери зрения травматического генеза (ЧПЗТГ), при условии информированного согласия с соблюдением принципов биоэтики и деонтологии, путем случайного выбора в период после офтальмологического вмешательства и определения объема и прогноза относительно потери зрения, нами проведено скрининговое обследование 600 человек (мужчин) ЧВЗТГ. У всех пациентов были зафиксированы проявления острой стрессовой реакции.

Через период от месяца до трех после выписки из стационара, при прохождении МСЭК, было осуществлено углубленное клинко-психопатологическое обследование пациентов, на основе результатов которого были сформированы две группы исследования: основная (ОГ) - 200 больных, у которых после травматического события, вызвавшего частичную потерю зрения, диагностированы НПР, и группа сравнения (ГС) - 200 человек, психическое состояние которых отвечало «условной норме».

Критерием не включения в исследование были: отсутствие информированного согласия; наличие в анамнезе психических и поведенческих расстройств или психотических расстройств на момент обследования; наличие выраженных соматических заболеваний, течение которых может повлиять на психическое состояние пациента.

Нозологическая структура диагностированных НПР была представлена психическими и поведенческими расстройствами кластера F43 - реакция на

стресс и адаптационные расстройства, среди которых доминировала смешанная тревожно-депрессивная реакция F43.22 (97 человек, 48,5% ОГ), примерно у трети пациентов были установлены пролонгированная депрессивная реакция F43.21 (44 человека, 22% ОГ) адаптационные расстройства с преобладанием нарушения других эмоций F43.23 (29 человек, 14,5% ОГ), у 23 (11,5%) больных выявлено посттравматическое стрессовое расстройство F43.1, а у 7 (3,5%) пациентов - адаптационное расстройство со смешанным возбуждением эмоций и поведения F43.25.

Синдромологическая структура НПР вследствие ЧПЗТГ, была следующей.

Тревожно-депрессивные состояния. У пациентов с преобладанием тревожно-депрессивных проявлений (61 человек, 30,5%) тревожные реакции формировались на фоне выраженного депрессивного компонента. Аффективно-тревожные нарушения наблюдались у пациентов с начала потери зрения. Имели место жалобы на беспокойство, ситуативно обусловленную тревогу (за близких людей, собственное будущее и т.д.), чувство приближающихся неприятностей, плохое настроение, психоэмоциональное напряжение, отсутствие аппетита. На фоне выраженной гипотимии у пациентов наблюдались опасения по поводу соматического здоровья, а также тревожные опасения относительно социального аспекта жизни - взаимоотношений между ними и окружающими людьми. При этом, как правило, они исходили из таких ложных предпосылок: а) «окружающие люди плохие, жестокие, им нельзя доверять»; б) «я плохой, неполноценный, никому не нужный человек»; в) «ситуация настолько драматична, что у нее нет выхода и можно ожидать лишь одни неприятности».

Тревожно-фобическая симптоматика разной степени выраженности диагностирована у 36 (18%) пациентов. Они характеризовались мнительностью, подозревали в себя наличие других заболеваний, были фиксированы на свое зрение и здоровье, с особым вниманием относились к своему лечению, приема препаратов. У пациентов проявлялась ипохондрическая симптоматика. Некоторые пациенты предъявляли жалобы на сердцебиение, предполагали наличие аритмии. Больные искали внимания врача, наблюдалось нарушение сна.

У пациентов с *астено-депрессивными* проявлениями (44 человека, 22%) наблюдалось снижение настроения, нарушения сна и аппетита. В структуре депрессивного аффекта существенное место занимали астенические жалобы, часто с выраженными дисфорическими вспышками, раздражительной слабостью, слезливостью, сентиментальностью. Пациенты много времени проводили в постели, считали свою жизнь бессмысленной, себя называли инвалидами. Появлялась быстрая утомляемость,

раздражительность, плаксивость. У пациентов нарушался сон, снижался аппетит. Астено-депрессивный симптомокомплекс проявлялся в виде жалоб на плохое, подавленное настроение, снижение работоспособности, быструю утомляемость. Все эти симптомы отмечались наряду с нарушениями сна, вегетативными расстройствами, нередко на фоне частой головной боли.

Проявления *астено-ипохондрического* симптомокомплекса у 30 (15%) больных сочетались с нарушениями сна и отражали влияние психотравмирующей ситуации, отмечалась фрустрация по поводу неудач или психологических проблем в профессиональной деятельности и личной жизни. Такие пациенты предъявляли жалобы на общую слабость, плохое самочувствие и настроение, снижение работоспособности, ухудшение памяти и низкий уровень концентрации внимания, которые обычно сочетались, наряду с повышенной заботой о своем здоровье, с массой жалоб соматического характера при почти полном отсутствии объективных признаков тяжелого соматического заболевания.

Обсессивно-фобический симптомокомплекс наблюдался у 29 (14,5%) пациентов, характеризовался навязчивыми фобиями и истерическими проявлениями в виде истерического тремора ($10,5 \pm 3,1\%$, и $13,3 \pm 3,4\%$) ($p \leq 0,05$).

В контексте определения направлений психотерапии лиц с НПР результате ЧПЗТГ, особым является принятие того факта, что следствием влияния коморбидности двух болезней (ЧПЗТГ и НПР) на личность является развитие социальной дезадаптации и формирования определенной картины адаптации / дезадаптации больного в социальной ситуации их развития. В данных условиях, в разбалансированной психической деятельности больного при взаимодействии с окружающей средой значимым является лишь то, что рассматривается ним как наиболее существенное в русле актуальной установки и переживаний. Больные признают только свое понимание окружающего мира, своего состояния и отношения к нему окружающих. Важной составляющей при разработке мер помощи является понимание личностного фона пациента, а именно, изучение его личностных свойств, которые могут приводить к изменению (ухудшению) уровня его жизнедеятельности в обществе (рис. 1).

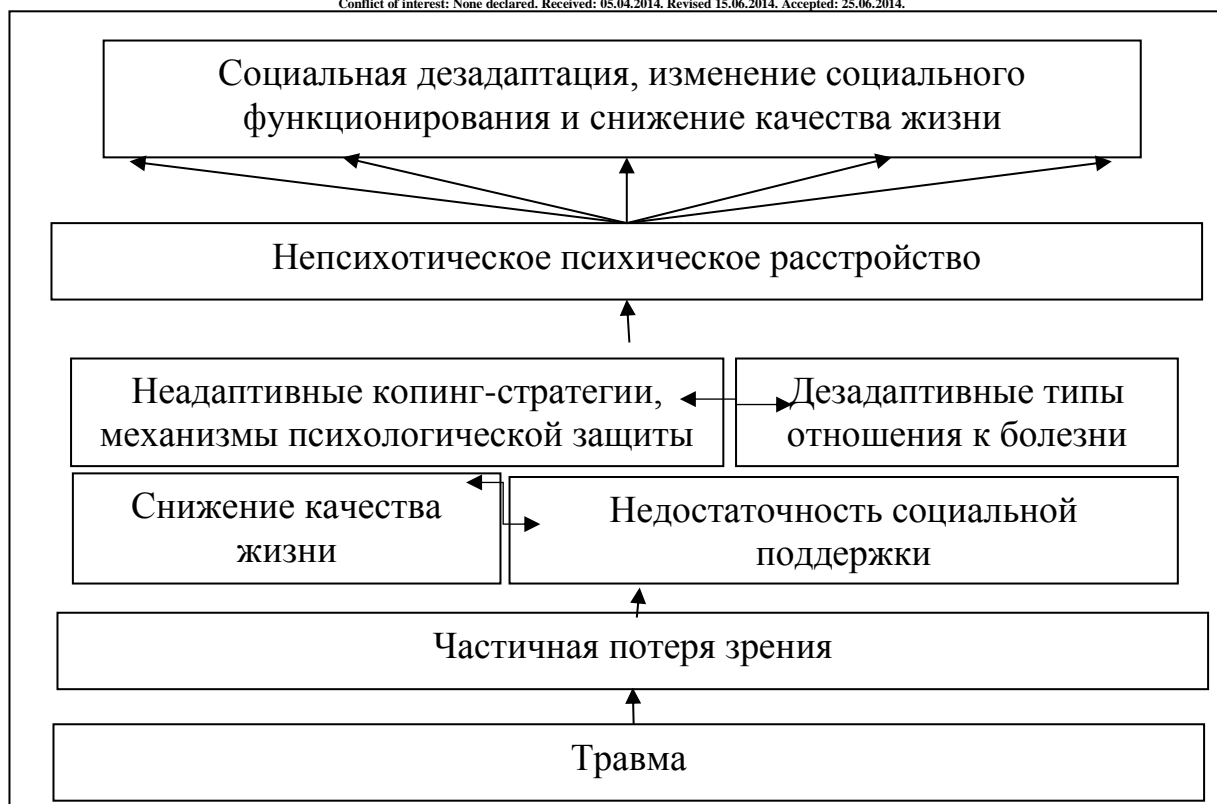


Рис. 1. Причинно-следственная связь частичной потери зрения и личностного реагирования в генезе развития НПР и социальной дезадаптации пациентов.

Предыдущими исследованиями установлено, что у лиц с ЧПЗТГ имеет место снижение физического компонента здоровья и качества жизни, независимо от наличия или отсутствия НПР и уровня их социальной поддержки; у лиц с НПР результате ЧПЗТГ, по сравнению с лицами ГС, показатели психического компонента здоровья значительно хуже, и коррелируют с недостаточностью социальной поддержки. Наличие негативных интенсивных переживаний (осознание изменений в психической деятельности) само по себе выступает фактором дистресса, в том числе, способствует тому, что на фоне последствий ЧПЗТГ и психоэмоционального перенапряжения, ситуация в целом воспринимается личностью как более сложная и неблагоприятная [3].

К тому же, лица ОГ характеризуются низкой фрустрационной толерантностью, неадаптивным отношением к болезни с регрессивным видом защитного реагирования с преобладанием проявлений интрапсихической дезадаптации (тревожного, ипохондрического и неврастенического типов отношения к болезни) [4]. У лиц с НПР результате ЧПЗТГ имеет место напряжение неадаптивных МПЗ «отрицание»,

«регрессия», «проекция» и превалирование неадаптивных копинг-стратегий по всем модальностям преодолевающего поведения, среди которых доминирующую роль имеют эмоциональный неадаптивный копинг, присущий 82% пациентам, далее - когнитивный (70,5% человек) и поведенческий (51% больных), что свидетельствует о негативной роли его искажений в генезе НПР у этих больных. В отличие от пациентов с НПР, лица с ЧПЗТГ без НПР демонстрируют преимущество адаптивных МПЗ и копинга, которые в данном случае становятся превентивными факторами развития НПР [5, 6].

На основании анализа и обобщения полученных результатов, нами типологизированы стратегии преодоления, присущие обследованным пациентам [7]. Для лиц ГС характерными оказались следующие типы конструктивного поведения: когнитивно-стимулирующий (40,5%), который характеризовался направленностью на преодоление стрессовой ситуации путем ее когнитивного анализа и выбора пути ее возможного решения; поведенчески-деятельностный (36%), главным признаком которого была направленность на самостоятельную деятельность в решении проблем со стремлением полагаться на себя и отказом от помощи окружающих; эмоционально-решительный (23,5%), при котором выбор пациентами конструктивных стратегий преодоления осуществлялся вследствие чувства вины перед близкими за свою «слабость», опасения быть обузой для окружающих и стремлением доказать близким собственную состоятельность.

У пациентов ОГ с неконструктивным поведением нами выделены такие его типы: когнитивно-деструктивный (23,5%), при котором когнитивная переработка информации индивидуумом приводила к осознанию им своей несостоятельности и беспомощности, что становилось основой развития внутриличностного невротического конфликта; агрессивно-конфликтный (32,5%), при котором пациенты чувствовали обиду на несправедливость судьбы, гнев и агрессию к окружающим, возлагая на них ответственность за то, что с ними произошло, что сопровождалось отказом от приспособления к новым условиям существования с выраженными проявлениями конфликтного поведения; эмоционально-дезадаптивный (44%), который характеризовался импульсивностью и амплитудой негативных эмоционально-поведенческих реакций от демонстрации активной деятельности с выраженными негативными эмоциональными переживаниями, до полной бездеятельности и спонтанного желания устранить от решения любых проблем.

Полученные данные позволяют сделать вывод о наличии неиспользованного адаптивного ресурса у пациентов ОГ, на активизацию

которого должны быть направлены психотерапевтические воздействия в комплексном лечении данной категории пациентов.

Прежде всего, психотерапия должна быть направлена на: а) нормализацию психического состояния пациента; б) изменение социальных паттернов поведения пациента (особенно при наличии осложнений, которые значительно ограничивают социальное функционирование) - перестройку социальных ожиданий от себя; в) формирование навыков использования существующих социальных паттернов поведения пациента за счет приспособления условий, в которых они применяются - адаптация к социальной среде; г) гармонизацию отношений в окружающей среде, прежде всего, семейного взаимодействия.

Учитывая установленные закономерности возникновения и развития НПР вследствие ЧПЗТГ, психотерапия должна включать воздействия на все модальности личностного и поведенческого реагирования пациента, а также, обязательно, привлекать к работе семью больного (рис. 2).

Однако, определенные нами общие направления психотерапевтического воздействия требуют методической адаптации с учетом разницы клинической специфики и типов личностного и поведенческого реагирования, подтвержденных нейрофизиологическими коррелятами изменения паттернов вызванной электрической активности мозга (установление достоверных корреляционных связей между показателями слуховых вызванных потенциалов и выраженности ведущего клинического феномена НПР) [8]. Достоверно доказано, что у пациентов с доминирующими астеническими проявлениями в структуре НПР (астено-депрессивным и астено-ипохондрическим симптомокомплексами) преобладают когнитивно-деструктивные или агрессивно-конфликтные стратегии, а при выраженности тревожных или обсессивных клинико-психопатологических феноменов - эмоционально-дезадаптивные копинг-стратегии [9].

Имеющиеся различия стали основой при разработке критериев дифференциации психотерапевтических воздействий и распределении пациентов на группы по содержательному наполнению психотерапевтических вмешательств, с точки зрения коморбидности клинической симптоматики, психологических особенностей, обуславливающих проблемы в социальном функционировании, а также «чувствительности» контингента к различным психотерапевтическим техникам (рис. 3).



Рис. 2. Общие подходы к психотерапии пациентов с НПР вследствие ЧПЗТГ

Таким образом, при работе с больными, в клинической симптоматике которых превалируют тревожные феномены, а среди типов личностного и поведенческого реагирования - эмоционально-дезадапционные паттерны, в начале психотерапевтической работы базовой психотерапевтической стратегией является использование индивидуальных воздействий, основанных на когнитивно-бихевиоральных подходах (КБТ). Напротив, пациенты с ведущими астеническими и астено-депрессивными психопатологическими феноменами с доминированием когнитивно-деструктивных и агрессивных-конфликтных личностных и поведенческих паттернов, требуют применения групповых психотерапевтических когнитивно-бихевиоральных воздействий.

Отдельным направлением психотерапевтического вмешательства при этом является обязательная работа с семьей пациента (прежде всего, наиболее близким окружением - матерью или женой), направленная на нормализацию их психического состояния, адаптацию к новым условиям жизни с учетом изменений социальной и семейной активности пациента и активизацию ресурсных адаптивных возможностей семьи.

В дальнейшем, при включении вспомогательных психотерапевтических техник (также дифференцированных в зависимости от клинических, психологических и нейрофизиологических особенностей обследованных), обязательным является присоединение элементов семейной психотерапии.

Необходимым психотерапевтическим фоном является воплощение психообразовательных мероприятий, которые должны проводиться для всех участников психотерапевтического процесса.

В заключение, в случае необходимости и желания пациента, психотерапевтическое сопровождение может осуществляться перманентно, пока в этом есть необходимость у пациента.

Независимо от выявленной специфики, общими особенностями психотерапии являются следующие:

1. индивидуальный объем и продолжительность - определяются выраженностью психопатологических проявлений и степенью необходимой активации адаптивных ресурсов;
2. последовательность действий - «от более простых к более сложным»;
3. не только терапевтическая, но и психопрофилактическая направленность мероприятий.



Рис. 3. Алгоритм дифференциации психотерапевтических подходов и техник при работе с больными НПР результате ЧПЗТГ

Учет указанных особенностей при разработке психотерапевтических мероприятий в комплексном лечении лиц с НПР вследствие ЧПЗТГ по сравнению с обычными мерами, доказало эффективность предложенного дифференцированного подхода.

Литература

1. Роль факторов психической травматизации в структуре невротогенеза невротических расстройств / Н. А. Марута [и др.] // Материалы I Съезда (с международным участием) Республиканского общественного объединения «Ассоциация специалистов, работающих в сфере психического здоровья», 5-6 июня 2013 год, г. Алматы, Казахстан. – С. 256 - 257.
2. Абдряхімова Ц. Б. Порівняльний аналіз наявності і вираженості основних клініко-психопатологічних феноменів непсихотичних психічних розладів у осіб зі втратою зору травматичного генезу за даними суб'єктивної і об'єктивної оцінки / Ц. Б. Абдряхімова // Український вісник психоневрології. – 2013. - № 1. – С. 34 – 39.
3. Абдряхімова Ц. Б. Щодо взаємозв'язку між якістю життя та рівнем соціальної підтримки в генезі непсихотичних психічних розладів у осіб з частковою втратою зору травматичного походження / Ц. Б. Абдряхімова // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – 2013. – № 2 (24). – С. 50 – 57.
4. Абдряхімова Ц. Б. Тип ставлення до хвороби в генезі непсихотичних психічних розладів у осіб з частковою втратою зору травматичного генезу / Ц. Б. Абдряхімова // Психічне здоров'я. – 2013. – № 2 (39). – С. 93 – 98.
5. Абдряхімова Ц. Б. Механізми психологічного захисту у осіб з непсихотичними психічними розладами внаслідок часткової втрати зору травматичного генезу / Ц. Б. Абдряхімова // Психічне здоров'я. – 2013. – № 1 (38). – С. 82 – 85.
6. Абдряхімова Ц. Б. Роль копінг-поведінки в розвитку непсихотичних психічних розладів у осіб з частковою втратою зору травматичного генезу / Ц. Б. Абдряхімова // Український вісник психоневрології. – 2013. – № 2. – С. 68 – 72.
7. Abdryahimova Ts. Types of strategies for coping with traumatic genesis by patients with partial loss of visual perception in the context of nonpsychotic mental disorders / Ts. Abdryahimova // Архів психіатрії. – 2014. – Т. 20, № 1 (76). – С. 103 – 107.
8. Чабан О. С. Связанные с событием потенциалы мозга у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами вследствие частичной потери зрения травматического генеза / О. С. Чабан, Ц. Б. Абдряхимова, А. Г. Снегирь, Б. Б. Ивнев // Міжнародний неврологічний журнал. – 2014. – № 5 (67). – С. 87 – 92.
9. Абдряхімова Ц. Б. Взаимосвязь клинико-психопатологических проявлений непсихотических психических расстройств и стратегий преодоления у лиц с частичной потерей зрения травматического генеза / Ц. Б. Абдряхимова // Український вісник психоневрології. – 2014. – вип. 1 (78). – С. 54 – 57.

References

1. Role of the Factors of Psychic Traumatization in the Structure of Neurogenesis of Traumatic Disorders / N. A. Marata, et al. // Materials of the Ist Congress of the Republican Public Association of the Specialists Dealing with Mental Health, 5 -6 June, 2013, Alma Ata, Quazaqstan. – P. 256 – 257 (Rus.).
2. Abdryakhimova Ts. B. Comparative Analysis of the Presence and Expression of the Leading Clinical-and-Psychopathological Phenomena of Non-Psychotic Mental Disorders in the Persons with the Loss of Vision of Traumatic genesis by the Data of Subjective and Objective Estimation / Ts. B. Abdryakhimova // Ukrainian Herald for Psychoneurology. – 2013. - № 1. – P. 34 – 39 (Ukr.).
3. Abdryakhimova Ts. B. About Interrelation between Quality of Life and Level of Social Support in the Genesis of Non-Psychotic Mental Disorders in the Persons with a Partial Loss of Vision of Traumatic Origin // Herald for Psychiatry and Psychopharmacotherapy. – 2013. – № 2 (24). – P. 50 – 57. (Ukr.).
4. Abdryakhimova Ts. B. Type of Attitude to the Disease in the Genesis of Non-Psychotic Disorders in the Persons with a Partical Loss of Vision of Traumatic Origin // Metal Health. – 2013. – № 2 (39). – P. 93 – 98. (Ukr.).
5. Abdryakhimova Ts. B. Mechanism of Psychological Protection in the Persons with Non-Psychotic Mental Disorders because of Partial Loss of Vision of Traumatic Origin // Mental Health. – 2013. – № 1 (38). – P. 82 – 85 (Ukr.).
6. Abdryakhimova Ts. B. Role of Coping – Behavior in the Development of Non-Psychotic Disorders in the Persons with a Partial Loss of Vision of Traumatic Genesis // Ukrainian Herald for Psychoneurology. – 2013. – № 2. – P. 68 – 72 (Ukr.).
7. Abdryahimova Ts. Types of strategies for coping with traumatic genesis by patients with partial loss of visual perception in the context of nonpsychotic mental disorders / Ts. Abdryahimova // Архів психіатрії. – 2014. – Т. 20, № 1 (76). – С. 103 – 107.
8. Chaban O. S. Connected with an Event Brain Potentials in the Patients with Non-Psychotic Mental Disorders Due to Partial Loss of Vision of Traumatic Origin / O. S. Chaban, et al. // International J for Neurology. – 2014. – № 5 (67). – P. 87 – 92. (Rus.).
9. Abdryakhimova Ts. B. Interrelation of Clinical and Psychopathological Symptoms of Non-Psychotic Psychic Disorders and Strategies of Their Coping in the Persons with Partial Loss of Vision of Traumatic Genesis // Ukr. Herald for Psycho Neurology. – 2014. – Iss. 1 (78). – P. 54 – 57 (Rus.).