

КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ОРГАНІЧНИХ АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДІВ

Харківський національний медичний університет

Проведено комплексне обстеження 60 пацієнтів із метою клініко-психопатологічної характеристики органічних афективних розладів внаслідок соматичних, ендокринних захворювань інфекційного, травматичного або судинного генезу і розробки принципів їх профілактики та реабілітації хворих. Розроблено патогенетично обґрунтовану комплексну систему психотерапевтичної допомоги при органічних афективних розладах у хворих на цю патологію.

Ключові слова: органічні афективні розлади, клінічні особливості, психотерапевтична корекція.

Відповідно до результатів статистичних досліджень останніми роками в структурі психічної захворюваності відзначається зростання тривожних та афективних розладів органічної природи, що патогенетично пов'язано з дисфункцією мозку внаслідок первинного церебрального захворювання, системного захворювання, що вторинно пошкоджує мозок, ендокринних розладів, інших соматичних патологій [1–3].

Одне з важливих місць у клініці органічних розладів займають тривожні та афективні порушення, що нерідко набувають хронічного перебігу, заважають трудовій діяльності, провокують соціальну, внутрішньородинну, інтра- та інтерперсональну комунікацію, викликаючи стани подовженої дезадаптації з невиключеною подальшою інвалідацією хворих. Ці порушення стають перешкодою до повноцінного відновлення здоров'я пацієнта, незважаючи на досягнуту лікуванням основного захворювання ремісію, знижують прихильність до лікування та якість життя хворих [4, 5].

Згідно з МКХ-10 кваліфікація цих розладів у розділі F06 підтримується такими чинниками: наявність хвороби, пошкодження чи дисфункції головного мозку або системного фізичного захворювання; взаємозв'язок у часі (тижні, місяці) між розвитком основного захворювання і початком розвитку психічного порушення; одужання від психічного розладу після усунення або вилікування основного захворювання; відсутність припустимих даних про іншу причину психічного порушення [6–8].

Мета дослідження — розробка методології психотерапевтичної корекції органічних афективних розладів.

Проведено комплексне обстеження 60 хворих (36 чоловіків і 24 жінки) у віці 18–45 років із встановленими діагнозами згідно з МКХ-10 — органічні афективні розлади (F06.3) та тривожний розлад органічної природи (F06.4), які виникли на тлі резидуально-органічної патології

травматичного, інфекційного, ендокринного або судинного генезу. Пацієнти перебували на обстеженні й лікуванні в Харківській обласній клінічній психіатричній лікарні № 3, Інституті неврології, психіатрії та наркології НАМН України, а також на амбулаторному лікуванні та диспансерному обліку в Міському психоневрологічному диспансері № 3 із 2011 р. по 2013 р.

Отримані в ході клініко-анамнестичного і клініко-психопатологічного аналізу дані дали змогу систематизувати афективні розлади в обстежених хворих за етіопатогенетичним чинником: психогенні (30,7% обстежених), сполучені (35,7%), спричинені впливом фармакологічних препаратів (22,3%) і нозогенні (спровоковані самим захворюванням) (11,3%) ($p < 0,05$).

Афективні розлади були обумовлені здебільшого резидуально-органічною патологією сполученого генезу.

1. Психогенні афективні розлади виникали як реакція на наявність захворювання (43,1±4,2% випадків), як зазнання обмежень (здебільшого в способі життя та професії), що накладає на хворого захворювання (57,8±6,2%), як результат ставлення до нього найближчого оточення (49,7±7,3%). Для пацієнтів характерні: дратівливість (58,3±4,4% випадків), вибухи невмотивованого гніву (42,4±3,3%), різного роду страхи (21,3±2,5%), нав'язливі думки (20,3±4,2%), занепокоєння (25,3±4,1%), тривога (20,9±3,2%), депресія (22,6±3,4%), внутрішня напруга з неможливістю розслабитися (18,5±6,2%), демонстративність поведінки (15,6±5,1%), уразливість (12,1±2,2%).

2. Сполучені розлади розвивалися внаслідок поєданого впливу екзогенних і ендогенних чинників і виявлялися у формі тривожно-депресивної симптоматики (59,3±4,8% випадків), афективних реакцій (42,5±3,1%), дисфорій (25,3±2,5%).

3. Розлади, спричинені впливом фармакологічних препаратів. Афективні порушення виникали як наслідок побічної дії фармакотерапії

(гормонів щитоподібної залози, протиастматичних препаратів, кортикостероїдів, антидепресантів): у результаті передозування ($39,6 \pm 1,9\%$ випадків), внаслідок специфічного побічного ефекту діючої речовини ($51,4 \pm 2,4\%$).

4. Нозогенні афективні розлади були обумовлені базовим патологічним процесом і виявлялися у вигляді непсихотичних депресій із тужливо-злісним афектом ($61,3 \pm 2,8\%$ випадків), тривожністю ($51,8 \pm 4,6\%$), афектом туги ($36,1 \pm 3,8\%$), внутрішнім напруженням ($44,3 \pm 2,3\%$), неможливістю розслабитися ($40,1 \pm 2,9\%$), розладом сну ($32,9 \pm 3,8\%$), апатією ($17,9 \pm 6,2\%$), гіпоманіями ($10,2 \pm 3,5\%$). Інтенсивність вираженості цих розладів залежала від перебігу, тривалості, частоти загострень основного захворювання, терапевтичної резистентності.

Поглиблений аналіз результатів клініко-психопатологічного і психодіагностичного досліджень дозволив виділити такі клінічні варіанти непсихотичних афективних розладів у хворих: депресії ($39,6 \pm 2,6\%$ обстежених), афективні реакції ($24,3 \pm 3,1\%$), дисфорії ($24,2 \pm 4,5\%$) і обсесивно-фобічні розлади ($16,9 \pm 2,7\%$).

Тужливі депресії було діагностовано у $46,7\%$ обстежених. Вони відрізнялися перевагою тужливого афекту зі стійким зниженням настрою, дратівливістю. Хворі відзначали душевний дискомфорт, важкість у грудях, що виникали на тлі фізичного нездужання (головний біль, кардіалгії) і супроводжувалися моторним занепокоєнням, рідше — адинамією. Адинамічні депресії відзначалися у $29,4\%$ хворих і перебігали на тлі зниженої активності (пацієнти багато часу перебували в ліжку, із важкістю виконували нескладні функції по самообслуговуванню). Поширеність іпохондричних депресій становила $14,2\%$ випадків, які супроводжувались іпохондрично забарвленими фобіями, сенестопатіями з інтракраніальною локалізацією. Тривожні депресії виявлялися у $8,9\%$ хворих і характеризувалися невмотивованим занепокоєнням, страхами, тривогою, побоюваннями. Депресії з деперсоналізаційними порушеннями виникали рідко ($0,8\%$ хворих) і виявлялися домінуванням у клінічній картині відчуттів зміненості сприйняття власного тіла, навколишнього середовища, часу. Зазначені переживання, на відміну від істинних пароксизмів деперсоналізації, характеризувалися збереженням свідомості з повним орієнтуванням і мали фрагментарний характер.

Афективні реакції є короточасними спалахами дратівливості ($69,3 \pm 4,6\%$), тривоги ($53,6 \pm 4,1\%$), незадоволеності ($47,8 \pm 3,4\%$), що виникали у відповідь на ті чи інші психотравмуючі чинники. На відміну від дисфорій, що також іноді провокуються психогенними чинниками, афективні реакції мали безпосередній причинно-наслідковий

зв'язок із психогенними моментами і поза ними не траплялися ($37,8\%$ жінок і $62,2\%$ чоловіків).

Дисфорії перебігали у формі короточасних епізодів. В їх структурі нерідко формувалися протестні реакції ($43,6 \pm 4,2\%$ випадків), переважали астеноіпохондричні прояви ($57,1 \pm 3,3\%$), дратівливість ($67,2 \pm 3,8\%$), афект злості ($39,2 \pm 4,1\%$), спостерігалися агресивні дії ($12,3 \pm 2,9\%$).

Обсесивно-фобічні розлади включали пароксизмальні тривожні стани ($54,2 \pm 4,1\%$ пацієнтів) із симптомами кардіофобії ($24,9 \pm 6,1\%$), агорафобії ($31,5 \pm 3,2\%$), соціофобії ($35,4 \pm 6,3\%$), у ряді випадків спостерігалися нав'язливі дії, думки ($48,2 \pm 4,6\%$).

Гіпоманіакальні стани характеризувалися неадекватно підвищеним настроєм, прагненням до активних дій, зменшенням потреби у відпочинку ($13,7 \pm 3,5\%$ випадків, $p < 0,05$).

Результати клініко-психопатологічного і психодіагностичного досліджень показали, що для обстежених хворих найбільш типовими є такі особистісні риси: низька комунікативність, замкнутість, тривожні думки, схильність до драматизації, негативної оцінки подій і фактів, іпохондричний фон настрою, невпевненість у собі, егоцентризм, неврівноваженість, дратівливість, уразливість ($p < 0,05$).

Найбільш адекватною для реабілітації та відновлення особистісного і соціального статусу хворих опосередковано через особистість є психотерапія, у роботі було використано комплекси психотерапевтичних методів. Проведений аналіз ефективності різних модифікацій психотерапевтичних методів довів, що для обстежених хворих оптимальним є використання таких методик: раціональна психотерапія, яка спрямована на зміцнення віри хворого в успіх лікування, потенціювання і закріплення ефекту біологічної терапії, зміну тривожної і депресивної установки (показник ефективності становив $89,9 \pm 2,2\%$). Сімейна психотерапія за Т. М. Мішиною була спрямована на нормалізацію внутрішньосімейних відносин з урахуванням індивідуально-особистісних особливостей членів родини і характеристик хвороби одного з них (ефективність — $81,3 \pm 2,2\%$). Групова психотерапія була спрямована на аналіз проблем пацієнта, одержання емоційної підтримки і регенерацію особистісної активності. Групова психотерапія в модифікації Н. К. Ліпгарт, В. С. Подкоритова була ефективною у хворих із депресивними ($87,3 \pm 2,9\%$ випадків) і обсесивно-фобічними ($91,2 \pm 3,6\%$) розладами, у модифікації А. Адлера — у хворих з афективними реакціями ($64,5 \pm 2,8\%$) і дисфоріями ($56,8 \pm 2,5\%$). Аутогенне тренування було спрямоване на розвиток і посилення процесів саморегуляції, активацію захисних психологічних механізмів. Ця методика

у модифікації М. С. Лебединського, Т. Л. Бортник виявилася найбільш ефективною при депресіях ($76,2 \pm 3,8\%$ випадків) та обсесивно-фобічних розладах ($69,8 \pm 4,2\%$), у модифікації А. Т. Філатова — при дисфоріях ($49,2 \pm 4,3\%$) і афективних реакціях ($51,4 \pm 5,2\%$). Особистісно-орієнтована психотерапія Б. Д. Карвасарського, Г. Л. Інсуріної, В. А. Ташликова передбачала формування адекватної самосвідомості, нормалізацію системи емоційного реагування та давала позитивний результат у хворих з афективними реакціями ($69,4 \pm 3,2\%$ випадків) і обсесивно-фобічними розладами ($54,7 \pm 2,6\%$). Позитивна психотерапія (за Н. Пезешкіан) була спрямована на позитивну інтерпретацію проблем пацієнта і давала ефект тільки у хворих із депресивними розладами ($65,8 \pm 3,3\%$ випадків). Відволікаюча психотерапія за В. М. Бехтеревим, що присвячена відволіканню уваги від нав'язливих думок, зміцненню волі і формуванню нових «асоціацій», була ефективною тільки у хворих з обсесивно-фобічними розладами ($56,8 \pm 2,9\%$ випадків). Арттерапія (М. Е. Бурно) проводилася з метою художньої сублимації пацієнтом своїх переживань, його самоактуалізації і самовираження, давала позитивний результат у хворих із депресивними розладами ($68,7 \pm 4,3\%$ випадків), при афективних реакціях ($55,7 \pm 3,6\%$), дисфоріях ($49,1 \pm 2,5\%$), обсесивно-фобічних розладах ($69,1 \pm 3,9\%$). Соціотерапія за М. М. Кабановим включала різного роду допомогу і взаємодопомогу, активізацію спілкування, перебудову кола контактів, засвоєння соціальних правил, вимог і критеріїв, зміну ступеня необхідної соціальної активності та виявилася високоефективною у всіх хворих ($97,1 \pm 4,1\%$ випадків). Амбулаторна психотерапія за Б. Д. Карвасарським була спрямована на закріплення отриманих у стаціонарі результатів, розв'язання конфліктних ситуацій. Продовжувалося здійснення заходів, що стимулюють особистісний зріст, поширюють соціальну активність хворих. Позитивний ефект амбулаторної психотерапії зареєстрований при депресивних розладах — у $86,7 \pm 2,8\%$ випадків, афективних реакціях — у $76,4 \pm 3,7\%$, дисфоріях — у $69,1 \pm 2,9\%$, обсесивно-фобічних розладах — у $84,2 \pm 4,1\%$.

Проведене трирічне катамнестичне дослідження довело високу ефективність застосованих

психотерапевтичних комплексів у $86,5\%$ хворих. Визначалася чітка позитивна динаміка, психопатологічна симптоматика редукувалася, відзначена активація соціального функціонування, а також можливість подолання ситуацій, які раніше викликали емоційний дискомфорт. Амбулаторно пройшли повторні курси розробленого комплексу психотерапевтичних заходів у зв'язку з додатковими психотравмуючими обставинами $13,5\%$ хворих. Як довели результати дослідження, використані заходи становлять єдиний реабілітаційний комплекс, застосування якого на клінічно диференційованій основі є вирішальною передумовою досягнення ефективного соціального і трудового відновлення хворих з органічними тривожними та афективними розладами.

Список літератури

1. *Аведисова А. С.* Тревожные расстройства / **А. С. Аведисова** // Александровский Ю. А. Психические расстройства в общей медицинской практике и их лечение.— М: ГЭОТАР-МЕД, 2004.— С. 66–73.
2. *Астапова В. М.* Тревога и тревожность / **В. М. Астапова**.— СПб.: Питер, 2001.— С. 5–6.
3. *Fricchione G.* Generalized anxiety disorder / **G. Fricchione** // New Engl. J. Med.— 2004.— № 351 (7).— P. 675–682.
4. *Левада О. А.* Пациент с депрессией и симптомами тревоги: вопросы дифференциальной диагностики и терапии / **О. А. Левада** // НейроNews.— 2010.— № 2 (21).— С. 21–27.
5. A prospective naturalistic study of 326 panicagorafobic patients treated with antidepressants / **C. Toni** // *Pharmacopsychiatry*.— 2000.— Vol. 33 (4).— P. 121–131.
6. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні (інформаційно-аналітичний огляд за 2000–2009 рр.).— Київ; Харків, 2010.— 160 с.
7. What characteristics of primary anxiety disorders predict subsequent major depressive disorder? / **A. Bittner, R. D. Goodwin, H. U. Wittchen [et al.]** // *Clin. Psychiatry*.— 2004.— № 65 (5).— P. 618–626.
8. *Rouillon F.* Depression comorbid with anxiety or medical illness: The role of paroxetine / **F. Rouillon** // *Int. J. Psychiatr. Clin. Practice*.— 2001.— Vol. 5.— P. 3–10.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ОРГАНИЧЕСКИХ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

И. Н. СРЕЛЬНИКОВА

Проведено комплексное обследование 60 пациентов с целью клинико-психопатологической характеристики органических аффективных расстройств вследствие соматических, эндокринных заболеваний инфекционного, травматического или сосудистого генеза и разработки принципов

их профилактики и реабилитации больных. Разработана патогенетически обоснованная комплексная система психотерапевтической помощи при органических аффективных расстройствах у больных этой патологией.

Ключевые слова: органические аффективные расстройства, клинические особенности, психотерапевтическая коррекция.

COMPLEX APPROACH TO PSYCHOTHERAPEUTIC CORRECTION OF ORGANIC AFFECTIVE DISORDERS

I. N. STRELNIKOVA

A complex examination of 60 patients was performed with the purpose to do clinical psychopathological characteristic of organic affective disorders due to somatic and endocrine diseases of traumatic, endocrine and vascular origin and work out principles of their prevention and rehabilitation. The pathogenically substantiated complex system of psychotherapeutic correction of organic affective disorders in patients with this pathology was developed.

Key words: organic affective disorders, clinical features, psychotherapeutic correction.

Надійшла 21.04.2014