

## ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЕ СОМАТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ

КПЗ «Областная клиническая больница —  
Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф», Харьков

**Изучены нарушения психической сферы у больных с острыми состояниями соматического профиля на основании клинико-психопатологического и психодиагностического исследований для разработки психотерапевтических программ их сопровождения. У большинства соматических пациентов в структуре острых состояний развиваются нарушения психики в виде нозогенных реакций психической дезадаптации. Основными принципами построения психокоррекционной программы были системность, этапность и последовательность психокоррекционных мероприятий.**

**Ключевые слова:** острые соматические состояния, нарушения психики, дезадаптация.

В последние десятилетия в Украине, как и в мире в целом, наблюдается увеличение соматических заболеваний, в этиопатогенезе которых существенную роль играют психогенные факторы: приступы стенокардии при ишемической болезни сердца (ИБС), инфаркт миокарда (ИМ), гипертонические кризы у больных артериальной гипертензией (АГ), мозговые инсульты (МИ) и транзиторные ишемические атаки (ТИА). Это касается и других острых состояний терапевтического профиля различной системно-органной принадлежности. В то же время в определенных работах указывается на недостаточное изучение вопросов медико-психологического сопровождения этой категории больных и психотерапевтической коррекции имеющихся у них нарушений психической сферы [1–5]. Нерешенными остаются также вопросы психосоциальной реабилитации этих больных с применением психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий.

Цель исследования — изучить нарушения психической сферы у больных с острыми состояниями соматического профиля на основании результатов клинико-психопатологического и психодиагностического исследования для разработки психотерапевтических программ их сопровождения.

Было обследовано 315 больных в возрасте от 22 до 70 лет, перенесших острые состояния терапевтического профиля. Согласно нозологической принадлежности соматических заболеваний пациенты были распределены на пять групп: 1-ю составили 68 больных с ИБС, стенокардией; 2-ю — 58 больных с ИБС и ИМ; 3-ю — 57 больных с ТИА; 4-ю — 67 больных с МИ; 5-ю — 65 больных язвенной болезнью (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки. Были использованы клинико-психопатологический, психодиагностический, статистический методы.

Клинико-психопатологическое исследование позволило выявить у больных с острыми состояниями соматического профиля разные нарушения психической сферы (различия достигали статистической значимости —  $p < 0,001$ ).

У 47 (14,92±2,01 %) больных психопатологическая симптоматика была незначительно выражена и представлена преимущественно астеническим спектром проявлений и имела непосредственную связь с основным соматическим заболеванием. Такие состояния расценивались нами как соматогенно обусловленные астенические состояния (САС).

У 52 (16,51±2,09 %) больных психопатологические нарушения соответствовали критериям рубрики МКБ-10 F43.2 — расстройства адаптации и определялись нами как нозогенные невротические реакции (ННР).

У большинства (68,57±2,62 %) обследованных психические нарушения достигали синдромального уровня, имели четкую связь с обострением соматического заболевания (которое выступало в качестве психогенного фактора) и расценивались нами в качестве нозогенных реакций психической дезадаптации (НРПД).

Нами был проведен анализ распределения нарушений психики различной степени выраженности в исследуемых группах больных (таблица).

Согласно полученным данным наиболее часто САС встречались у пациентов со стенокардией (22,06±5,03 %), однако статистической значимости они достигали лишь по сравнению с группой больных ЯБ (6,15±2,98 %,  $p < 0,01$ ). Реже всего САС наблюдалось у больных ЯБ (различия с 1-й и 4-й группами соответственно  $p < 0,01$  и  $p < 0,05$ ).

Реакция на болезнь в виде ННР была присуща пациентам с ИМ (25,86±5,75 %), что значимо чаще, чем у больных стенокардией и ИМ (соот-

**Распределение нарушений психики  
у больных различной нозологической принадлежности**

| Группа<br>больных | САС     |            | НРПД    |            | ННР     |            |
|-------------------|---------|------------|---------|------------|---------|------------|
|                   | абс. ч. | P±s %      | абс. ч. | P±s %      | абс. ч. | P±s %      |
| 1-я, n = 68       | 15      | 22,06±5,03 | 46      | 67,65±5,67 | 7       | 10,29±3,68 |
| 2-я, n = 58       | 6       | 10,34±4,00 | 37      | 63,79±6,31 | 15      | 25,86±5,75 |
| 3-я, n = 57       | 10      | 17,54±5,04 | 34      | 59,65±6,50 | 13      | 22,81±5,56 |
| 4-я, n = 67       | 12      | 17,91±4,68 | 49      | 73,13±5,42 | 6       | 8,96±3,49  |
| 5-я, n = 65       | 4       | 6,15±2,98  | 50      | 76,92±5,23 | 11      | 16,92±4,65 |
| Всего, n = 315    | 47      | 14,92±2,01 | 216     | 68,57±2,62 | 52      | 16,51±2,09 |

ветственно 10,29±3,68 и 8,96±3,49%, в обоих случаях  $p < 0,05$ ).

НРПД встречались у большинства обследованных всех клинических групп, от 59,65±6,50% у больных с ТИА до 76,92±5,23% у пациентов с ЯБ. Статистической значимости различия достигали лишь между 3-й и 5-й группами больных ( $p < 0,05$ ).

Во всех клинических группах преобладали больные с НРПД. При этом соотношение между количеством пациентов с САС и ННР было различным: среди больных со стенокардией и ИМ доля лиц с САС превышала аналогичный показатель у пациентов с ННР; среди больных с ИМ, ТИА и ЯБ доля лиц с ННР превышала таковую в группе пациентов САС. Статистической значимости различия достигали лишь в группе больных с ИМ ( $p < 0,05$ ).

Данные психопатологического и патопсихологического обследования были использованы при разработке патогенетически обоснованной системы медико-психологической коррекции состояний психической дезадаптации у больных с острыми состояниями терапевтического профиля.

Главными принципами построения психокоррекционной программы были системность, этапность и последовательность психокоррекционных мероприятий. Программа начиналась в стационаре с последующим продолжением на амбулаторном этапе. Применялся интегративный подход с включением элементов когнитивно-поведенческой психотерапии (КПТ), рациональной психотерапии, аутогенной тренировки, индивидуальной и групповой личностно-ориентированной психотерапии, семейной психотерапии.

Нами использовалась модификация КПТ, разработанная Aaron Beck, которая является кратковременной структурированной терапией. Теоретической основой КПТ стало представление о том, что аффективные и соматовегетативные изменения и другие, связанные с ними, — последствия когнитивных дисфункций.

Цели терапии — достичь редукции патологической симптоматики, идентифицировать и про-

верить негативные познания, развивать альтернативные и более гибкие схемы расширения, регулировать новые когнитивные способности.

КПТ проводилась 2–4 раза в неделю, общей длительностью 4 нед. В каждом ее сеансе устанавливалась текущая тематика, давалось домашнее задание и проводилось обучение новым навыкам. КПТ реализовалась по трем направлениям: дидактическое, когнитивное и поведенческое.

Дидактический компонент включал объяснение больному когнитивной триады и ошибочной логики. Проводилось обсуждение с больным, формулировались гипотеза генеза патологических проявлений и проверялась в процессе терапии. Разъяснялась связь между эмоциональными нарушениями и мышлением, аффектом и поведением так же, как логическое обоснование всех направлений лечения.

Когнитивный компонент предусматривал создание автоматических мыслей, тестирование автоматических мыслей, идентификацию дезадаптивных положений, лежащих в основе нарушений, и проверку обоснованности дезадаптивных положений.

Бихевиоральный компонент охватывал создание схем деятельности, преодоление ангедонии, постепенное усложнение задания, обучение самоуважению и методам отвлечения.

Групповая терапия проводилась в форме открытых групп. Основным методом была групповая дискуссия, включавшая три главные ориентации — интеракционную, биографическую и тематическую.

В процессе психотерапевтического воздействия нами выделялось три этапа. Основными задачами первого этапа, состоявшего из 1–2 индивидуальных и 2–3 групповых занятий, являлись: установление эмоционального контакта с врачом и участниками психотерапевтической группы; формирование доверия к врачу, адекватного отношения к психотерапии; дезактуализация острой невротической симптоматики.

На втором этапе, состоявшем из 1–2 индивидуальных и 4–6 групповых занятий, решались

такие основные задачи: достижение положительной динамики эмоционального состояния больного; осознание им связи факторов и проявлений невротических расстройств с особенностями своей личности и поведения, конфликтами, нерешенными эмоциональными проблемами; коррекция масштаба переживания болезни, ее социальной значимости; перестройка личности больного, системы его отношений, реадaptация в макро- и микросоциальной среде.

Третий этап включал 2–3 групповых и 1–2 индивидуальных занятия, его основной задачей было закрепление достигнутого терапевтического результата, навыков психической саморегуляции, скорректированной системы жизненных целей, ценностей, своего «Я» и окружающей среды. Психотерапевтическая работа с больными на этом этапе осуществлялась прежде всего путем доработки приемов аутогенной тренировки, усвоения и закрепления навыков эмоционального и поведенческого реагирования, рациональной психотерапии.

Была определена эффективность разработанной нами психокоррекционной программы, в качестве критериев использовались динамика

клинических проявлений, субъективная оценка уровня тревожности. По результатам исследования установлено, что значительное улучшение достигнуто у 68 % больных, отсутствие значимой позитивной динамики — у 8 %.

#### Список литературы

1. Клиническая психология: учебник; под ред. Б. Д. Карвасарского.— СПб.: Питер, 2010.— 864 с.
2. Михайлов Б. В. Психотерапия в общесоматической медицине: клин. руководство / Б. В. Михайлов, А. И. Сердюк, В. А. Федосеева.— Харьков: Прапор, 2002.— 108 с.
3. Депрессивные расстройства в общемедицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога / Р. Г. Органов, Г. В. Погосова, С. А. Шальнова [и др.] // Кардиология.— 2005.— № 8.— С. 38–44.
4. Смулевич А. Б. Психокardiология / А. Б. Смулевич, А. Л. Сыркин.— М.: МИА, 2005.— 778 с.
5. Heart and mind: relationship between cardiovascular and psychiatric conditions / S. U. Shah, A. White, S. White, W. A. Littler // Postgrad. Med. J.— 2004.— Vol. 80.— P. 683–689.

### ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ ПСИХІЧНОЇ СФЕРИ У ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ГОСТРІ СОМАТИЧНІ СТАНИ

Б. С. ФЕДАК

**Вивчено порушення психічної сфери у хворих із гострими станами соматичного профілю на підставі клініко-психопатологічного та психодіагностичного досліджень для розробки психотерапевтичних програм їх супроводу. У більшості соматичних пацієнтів у структурі гострих станів розвиваються порушення психіки у вигляді нозогенних реакцій психічної дезадаптації. Основними принципами побудови психокорекційної програми були системність, етапність і послідовність психокорекційних заходів.**

*Ключові слова: гострі соматичні стани, порушення психіки, дезадаптація.*

### PSYCHOTHERAPEUTIC CORRECTION OF MENTAL SPHERE DISORDERS IN PATIENTS WITH ACUTE SOMATIC CONDITIONS

B. S. FEDAK

**Mental disorders were investigated in patients with acute conditions of somatic profile based on clinical psychopathological and psychodiagnostic research with the purpose to develop psychotherapeutic programs for their management. The obtained data indicates that the majority of somatic patients develop mental disorders (nosogenic reactions of mental deadaptation) in the structure of acute conditions. The basic principles of psychocorrection programs formation were systematic, stage-by-stage approach and sequence of psychocorrection measures.**

*Key words: acute somatic conditions, mental disorders, deadaptation.*

*Поступила 09.10.2014*