

УДК 616.89-008:617.7-001.4

Ц. Б. Абдрахімова

**ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ
НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И СТРАТЕГИЙ ПРЕОДОЛЕНИЯ
У ЛИЦ С ЧАСТИЧНОЙ ПОТЕРЕЙ ЗРЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА**

Ц. Б. Абдрахімова

**ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ
І СТРАТЕГІЙ ПОДОЛАННЯ В ОСІБ З ЧАСТКОВОЮ ВТРАТОЮ ЗОРУ ТРАВМАТИЧНОГО ҐЕНЕЗУ**

Ts. B. Abdriakhimova

**CLINICAL RELATIONSHIP PSYCHOPATHOLOGY NONPSYCHOTIC MENTAL DISORDERS
AND STRATEGIES FOR OVERCOMING PATIENTS PARTIALLY SIGHTED TRAUMATIC GENESIS**

На основе клинико-психопатологического и психодиагностического обследования 400 больных с частичной потерей зрения травматического генеза (ЧПЗТГ) исследованы особенности их психической сферы и стратегий преодоления. Установлено, что у лиц с непсихотическими психическими расстройствами (НПР) вследствие ЧПЗТГ имеет место превалирование неконструктивных стратегий преодоления, а именно, когнитивно-деструктивного, агрессивно-конфликтного и эмоционально-дезадаптивного типов, что свидетельствует об их негативной роли в генезе НПР у этих больных. В отличие от пациентов с НПР, лица с ЧПЗТГ без НПР демонстрировали преобладание конструктивных стратегий преодоления в виде когнитивно-стимулирующего, поведенчески-деятельностного и эмоционально-решительного типов, которые в данном случае становятся дефензивным механизмом, препятствующим развитию НПР. Полученные данные позволяют сделать вывод о наличии неиспользованного адаптивного ресурса преодоления у пациентов с НПР, на активизацию которого должны быть направлены психотерапевтические воздействия в комплексном лечении данной категории пациентов.

Ключевые слова: частичная потеря зрения травматического генеза, непсихотические психические расстройства, стратегии преодоления

На основі клініко-психопатологічного та психодіагностичного обстеження 400 хворих з частковою втратою зору травматичного генезу (ЧПЗТГ) досліджено особливості їх психічної сфери та стратегій подолання. Встановлено, що у осіб з непсихотичними психічними розладами (НПР) внаслідок ЧПЗТГ має місце превалювання неконструктивних стратегій подолання, а саме, когнітивно-деструктивного, агресивно-конфліктного і емоційно-дезадаптивного типів, що свідчить про їхню негативну роль в генезі НПР у цих хворих. На відміну від пацієнтів з НПР, особи з ЧПЗТГ без НПР демонструють переважання конструктивних стратегій подолання у вигляді когнітивно-стимулюючого, поведінково-діяльнісного та емоційно-рішучого типів, які в даному випадку стають дефензивним механізмом, що перешкоджає розвитку НПР. Отримані дані дозволяють зробити висновок про наявність невикористаного адаптивного ресурсу подолання у пацієнтів з НПР, на активізацію якого повинні бути спрямовані психотерапевтичні дії в комплексному лікуванні даної категорії пацієнтів.

Ключові слова: часткова втрата зору травматичного генезу, непсихотичні психічні розлади, стратегії подолання

On the basis of clinical psychopathology and psycho-diagnostic survey 400 patients with partial loss of traumatic origin (PLTO) investigated the characteristics of their coping strategies. Found that patients with non-psychotic mental disorders (NMD) due PLTO holds the prevalence of non-constructive coping strategies, namely, cognitive-destructive, aggressive and emotional conflict types, reflecting their negative role in the genesis of the NMD in these patients. In contrast to patients with NMD, people with no PLTO NMD demonstrated the predominance of constructive coping strategies in the form of cognitive stimulation, behaviorally and emotionally-activity determined types, which in this case are defensive mechanism that prevents the development of NMD. The findings lead to the conclusion that there unused adaptive resource overcome in patients with NMD, to revitalize which should be directed therapeutic effects in treatment of these patients.

Key words: partial vision loss traumatic, nonpsychotic mental disorders, coping strategies

По определению Всемирной организации здравоохранения, под глубоким нарушением зрения понимается постоянное или временное нарушение зрительных функций, продолжающееся значительный период времени и ограничивающий способность человека выполнять один или несколько основных видов деятельности, что может привести к ухудшению экономических и социальных условий его жизни [1].

Частичная потеря зрения травматического генеза (ЧПЗТГ) во взрослом возрасте сопровождается глубокими эмоциональными и социальными последствиями, влияющими не только на психофизиологическое состояние самого индивида, но и на его взаимодействие с семьей и обществом. Наличие ЧПЗТГ ограничивает жизненные перспективы человека (получение желаемого образования, вопросы трудоустройства, создания

семьи и т. д.). Результатом таких ограничений нередко становятся острые стрессовые реакции, сопровождаемые негативными переживаниями, формированием личностных установок на инвалидность и, в конечном итоге, развитием непсихотических психических расстройств (НПР) [2, 3].

С целью изучения особенностей проявления НПР у лиц с ЧПЗТГ и выявления роли стратегий преодоления в их генезе, на 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 с ЧПЗТГ. У всех пациентов были зафиксированы проявления острой стрессовой реакции.

В течение от одного до трех месяцев после выписки из стационара, при прохождении пациентами МСЭК,

нами було проведено углубленне клініко-психопатологічне обстеження пацієнтів, в результаті якого були сформовані дві групи дослідження: основна (ОГ) — 200 больних, у яких після травматичного події, викликаного частинною втратою зору, було діагностовано НПР, і група порівняння (ГС) — 200 осіб, психічне стан яких відповідає так званій «умовній нормі».

Критерієм виключення в дослідження були: відсутність інформованого згоди, наявність в анамнезі психічних і поведінкових розладів, наявність виражених соматичних захворювань, перебіг яких може впливати на психічне стан пацієнта.

Клініко-психопатологічне дослідження проводилося шляхом углубленого клінічного стандартизованого інтерв'ю з використанням діагностичних критеріїв МКБ-10. Суб'єктивну оцінку наявності клініко-психопатологічних проявів здійснювали з допомогою опитувальника депресії А. Т. Бека [4], шкали самооцінки тривоги Д. Шихана [5] і методики діагностики самооцінки Ч. Д. Спілбергера і Ю. Л. Ханина [6]. Вивчення об'єктивних проявів психопатологічної симптоматики здійснювали з використанням клінічних рейтингових шкал депресії і тривоги Гамільтона HDRS і HARS [7].

Нозологічна структура діагностованих НПР була представлена психічними і поведінковими розладами кластера F 43 — «реакція на стрес і адаптаційні розлади», серед яких домінувала змішана тривожно-депресивна реакція F 43.22 (97 осіб, 48,5 % ОГ), приблизно у третіх пацієнтів були встановлені пролонгована депресивна реакція F 43.21 (44 осіб, 22 % ОГ), адаптаційні розлади з переважаючим порушенням інших емоцій F 43.23 (29 осіб, 14,5 % ОГ), у 23 (11,5 %) больних виявлено посттравматичне стресове розлад F 43.1, а у 7 (3,5 %) пацієнтів — адаптаційне розлад з змішаним порушенням емоцій і поведінки F 43.25.

З допомогою аналізу об'єктивної вираженості психопатологічної симптоматики НПР у осіб з ЧПЗТГ встановлено, що як депресивні, так і тривожні прояви мали місце у осіб як ОГ, так і ГС. Однак у обстежених ГС виявлено окрему симптоматику, не складаючи виражену клінічну картину психічного розладу і маючи незначительну ступінь вираженості. Між тим, у пацієнтів ОГ діагностовано наявність депресивної і тривожної симптоматики з вираженістю на рівні малого (72,5 %) або важкого (11,5 %) депресивного епізоду, а також тривожного стану (56,0 %) або тривожного розладу (32,5 %).

Встановлено, що для осіб з НПР були характерними суб'єктивно і об'єктивно значимі депресивні прояви, в першу чергу, когнітивно-афективної і соматичної сфер, а також висока «динамічно-стабільна» патологічна тривога з негативним дрейфом реактивної тривожності в сторону збільшення, на фоні наявності патологічної основи

у вигляді переважаючого високого рівня особистісної тривожності. Серед респондентів ГС, навпаки, по їх суб'єктивній оцінці, прояви депресії або відсутності, або мали легку ступінь вираженості, а наявні окремі депресивні симптоми характеризували процес адаптації особистості до травми, боротьбу «прийняття — неприйняття» нового, іншого стану здоров'я і життєдіяльності з обмеженими функціональними можливостями.

На основі аналізу і обобщення отриманих результатів нами виділено синдромологічну структуру НПР внаслідок ЧПЗТГ.

У пацієнтів з переважаючим тривожно-депресивних проявів (61 особа, 30,5 %) тривожні реакції формувалися на фоні вираженого депресивного компонента. Афективно-тривожні порушення спостерігалися у пацієнтів з початку втрати зору. Мали місце скарги на тривожність, ситуаційно обумовлену тривогу (за близьких людей, майбутнє і т. д.), почуття наближення неприємностей, погане настрій, психоемоційне напруження, відсутність апетиту. На фоні вираженої гіпотимії у пацієнтів спостерігалися побоювання щодо соматичного здоров'я, а також тривожні побоювання стосовно соціального аспекту життя — взаємостосунків між ними і оточуючими людьми. При цьому, як правило, вони походили з ложних передпосылок в трьох напрямках: а) «оточуючі люди погані, жорстокі, їм не можна довіряти», б) «я поганий, некомпетентний, нікому не потрібний людина», в) «ситуація настільки драматична, що виходу немає і можна очікувати лише однієї неприємності».

Тривожно-фобічна симптоматика різної ступеню вираженості діагностована у 36 (18 %) пацієнтів. Вони характеризувалися недовірливістю, підозревали в собі наявність інших захворювань, були фіксовані на своєму зорі і здоров'ї, з особливим увагою відносилися до свого лікування. У пацієнтів проявлялася іпохондрична симптоматика. Деякі пацієнти пред'являли скарги на серцебиття, передбачали наявність аритмії. Великі вимагали уваги лікаря, спостерігалося порушення сну.

У пацієнтів з астено-депресивними проявами (44 особи, 22 %) спостерігалося зниження настрою, порушення сну і апетиту. В структурі депресивного афекту важливе місце мали астеничні скарги, часто з вираженими дисфорическими вибухами, подразливою слабкістю, сльозливістю, сентиментальністю. Пацієнти багато часу проводили в ліжку, вважали свою життя безглуздою, себе називали інвалідами. Появлялася швидка втомлюваність, подразливість, плаксивість. У пацієнтів порушувалася сон, знижувалася апетит. Астено-депресивний синдром проявлявся у вигляді скарг на пригнічене настрій, зниження працездатності, швидку втомлюваність. Всі ці симптоми відзначалися поряд з порушеннями сну, вегетативними розладами, нерідко на фоні частого головного болю.

Прояви астено-іпохондричного синдрому у 30 (15 %) больних поєднувалися з порушеннями сну

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 отсутствии объективных признаков тяжелого соматического заболевания.

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

Расценивая возникновение НПР как срыв компенсаторно-адаптационных механизмов, мы провели сравнительное изучение особенностей стратегий преодоления у пациентов обеих групп.

Согласно современным научным взглядам, стратегия преодоления в настоящее время трактуется как поведение, позволяющее субъекту посредством осознанных действий способами, адекватными личностным особенностям и ситуации, справиться со стрессом или тяжелой жизненной ситуацией. Это — сознательное поведение, направленное на активное взаимодействие с ситуацией с изменением ее (если ситуация поддается контролю), или приспособлением к ней (если ситуация не поддается контролю). Отсутствие адекватных стратегий преодоления обуславливает неблагоприятные последствия для производительности, здоровья и благополучия индивида [8, 9].

Стратегии преодоления исследовали с использованием методики психологической диагностики копинг-поведения Э. Хейма [10], после чего, на основе обобщения и качественного и количественного анализа результатов клинико-психопатологического и психодиагностического исследований, они были типологизированы в аспекте развития НПР у данного контингента.

Таким образом, нами установлено, что для лиц ГС характерными оказались следующие типы конструктивного преодоления:

— когнитивно-стимулирующий (40,5 %), характеризующийся направленностью на преодоление стрессовой ситуации на основе 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 был обусловлен чувством вины перед близкими за свою «слабость», боязнью быть обузой для окружающих и стремлением доказать близким собственную состоятельность.

Для пациентов ОГ были характерны следующие типы неконструктивных поведенческих стратегий:

— 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 произошедшее с ними, 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 устранения от решения каких-либо проблем.

Внутригрупповой корреляционный анализ позволил установить, что когнитивно-деструктивный тип преодоления был характерен для 18 % пациентов с тревожно-депрессивной, 19,4 % — с тревожно-фобической, 27,5 % — с астено-депрессивной и 56,7 % — с астено-ипохондрической симптоматикой. Агрессивно-конфликтное реагирование выявлено у 27,9 % больных с тревожно-депрессивными, 2,8 % — с тревожно-фобическими, 65,9 % — астено-депрессивными, 36,7 % — астено-ипохондрическими и 24,1 % — с обсессивно-фобическими проявлениями. Эмоционально-дезадаптивные стратегии преодоления выявлены у 54,1 % больных с тревожно-депрессивным, 77,8 % — с тревожно-фобическим, 6,8 % и 6,7 % — с астено-депрессивным и астено-ипохондрическим, соответственно, 75,9 % — с обсессивно-фобическим синдромом.

Можно отметить, что у пациентов с доминирующими астеническими проявлениями в структуре НПР преобладали когнитивно-деструктивные или агрессивно-конфликтные стратегии, а при выраженности тревожных или обсессивных клинико-психопатологических феноменов — эмоционально-дезадаптивные копинг-стратегии.

Таким образом, установлено, что у лиц с НПР в результате ЧПЗТГ имеет место превалирование неконструктивных стратегий преодоления, а именно, когнитивно-деструктивного, агрессивно-конфликтного и эмоционально-дезадаптивного типов, что свидетельствует об их негативной роли в генезе НПР у этих больных. В отличие от пациентов с НПР, лица с ЧПЗТГ без НПР демонстрировали преимущество конструктивных стратегий преодоления в виде когнитивно-стимулирующего, поведенчески-деятельностного и эмоционально-решительного типов, которые в данном случае служили дефензивным механизмом развития НПР. Полученные данные позволяют сделать вывод о наличии неиспользованного адаптивного ресурса преодоления у пациентов ОГ, на активизацию которого должны быть направлены психотерапевтические воздействия, что было учтено нами при разработке системы комплексного лечения данного контингента пациентов.

Список литературы

1. Иванова Е. А. Психологические факторы преодоления жизненных трудностей инвалидами по зрению : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. психол. наук : спец. 19.00.10 / Иванова Екатерина Александровна; Учреждение Российской академии образования «Институт коррекционной педагогики». — М., 2010. — 22 с.
2. Vision-Specific Distress and Depressive Symptoms in People with Vision Impairment / G. Rees, H. W. Tee, M. Marella [et al.] // Invest. Ophthalmol. Vis. Sci. — June 2010. — Vol. 51. — № 6. — P. 2891—2896.
3. Роль факторов психической травматизации в структуре неврозогенеза 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.
4. An Inventory for Measuring Depression / A. T. Beck, C. H. Ward, M. Mendelson, J. Mock // Archives of General Psychiatry. — 1961. — Vol. 4, June. — P. 8—18.
5. Sheehan D. V. The classification of phobic disorders / D. V. Sheehan, K. H. Sheehan // Int. J. Psychiat. Med. — 1983. — Vol. 12. — P. 243—266.
6. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика: методики и тесты / Райгородский Д. Я. // Самара : Бахрах, 2002. — 668 с.
7. Подкорытов В. С. Депрессии (Современная терапия) / В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка. — Харьков: Торнадо, 2003. — 350 с.
8. Абдриямова Ц. Б. Роль копінг-поведінки в розвитку не-психотичних психічних розладів у осіб з частковою втратою зору травматичного генезу / Ц. Б. Абдриямова // Український вісник психоневрології. — 2013. — Т. 21, вип. 2 (75). — С. 68—72.
9. Залуцкий И. Л. Проблема копинг-поведения в работах отечественных и зарубежных исследователей / И. Л. Залуцкий, Л. М. Махнач // Онкологический журнал. — 2009. — Т. 3, № 3 (11). — С. 81 — 87.
10. Карвасарский Б. Д. Клиническая психология : учебник для вузов. 4-е изд. / Б. Д. Карвасарский. — СПб. : Питер, 2011. — 864 с.

Надійшла до редакції 18.12.2013 р.

АБДРЯХИМОВА Цира Борисовна, кандидат медичинських наук, докторант Українського науково-дослідницького інституту соціальної, судової психіатрії та наркології Міністерства охорони здоров'я України, г. Київ; e-mail: omo.inpn@mail.ru

ABDRIAKHIMOVA Tsira Borysivna, MD, PhD, Competitor for Doctor of Science degree of the Ukrainian scientific-research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Narcology of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv; e-mail: omo.inpn@mail.ru