

Н. В. Криванкова
**ПСИХОДЕФЕНЗИВНІ ФЕНОМЕНИ, МЕХАНІЗМИ ТА БАР'ЄРИ
 У ХВОРИХ НА ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ ОРГАНІЧНОГО ҐЕНЕЗУ
 ЯК ЧИННИКИ ДИСКОМПЛАЄНТНОСТІ**

Н. В. Криванкова
**Психодефензивные феномены, механизмы и барьеры у больных
 с тревожно-депрессивными расстройствами органического генеза как факторы дисконплаентности**

N. V. Kryvankova
**Psychodefensive phenomena, mechanisms and barriers in patients with organic anxiety-depressive disorders
 as a dyscompliance factors**

З метою виявити спектр та проаналізувати активність психодефензивних феноменів, механізмів та бар'єрів у хворих на органічні тривожно-депресивні розлади на базі КУ «Обласна клінічна психіатрична лікарня» ЗОР проведено обстеження 102 хворих з використанням клініко-анамнестичного, клініко-психопатологічного, клініко-психофеноменологічного та статистичного методів дослідження. За результатами дослідження було розроблено систему феноменних проб для квантифікації активності психодефензивних феноменів, механізмів та бар'єрів у хворих на тривожно-депресивні розлади органічного ґенезу, також встановлено активність досліджених психічних феноменів та підбрано психокорекційні впливи за відповідними механізмами: комунікативне уникання ($1,56 \pm 0,02$), ірраціональне емоційне відторгнення ($1,48 \pm 0,06$), когнітивно-аналітичне несприйняття ($2,05 \pm 0,11$), дезатентивна рефрактерність ($2,13 \pm 0,06$), афектогенна девербалізація ($1,24 \pm 0,08$), надкритична передиспозиція ($2,31 \pm 0,17$), десентенційно-мотиваційний ($1,86 \pm 0,09$).

Ключові слова: тривожно-депресивні розлади, органічна психопатологія, тривога, депресія, психофеноменологія

С целью выявить спектр и проанализировать активность психодефензивных феноменов, механизмов и барьеров у больных с органическими тревожно-депрессивными расстройствами на базе КУ «Областная клиническая психиатрическая больница» ЗОС проведено обследование 102 больных с использованием клинико-анамнестического, клинико-психопатологического, клинико-психофеноменологического и статистического методов исследования. По результатам исследования была разработана система феноменных проб для квантификации активности психодефензивных феноменов, механизмов и барьеров у больных с тревожно-депрессивными расстройствами органического генеза, также установлена активность исследованных психических феноменов и подобраны психокоррекционные воздействия в соответствии с механизмами: коммуникативное избегание ($1,56 \pm 0,02$), рациональное эмоциональное отторжение ($1,48 \pm 0,06$), когнитивно-аналитическое неприятие ($2,05 \pm 0,11$), дезатентивная рефрактерность ($2,13 \pm 0,06$), аффектогенная девербаллизация ($1,24 \pm 0,08$), сверхкритическая предиспозиция ($2,31 \pm 0,17$), десентенцион-мотивационный ($1,86 \pm 0,09$).

Ключевые слова: тревожно-депрессивные расстройства, органическая психопатология, тревога, депрессия, психофеноменология

In order to identify the spectrum and analyze the activity of its mechanisms and barriers in patients with organic anxiety-depressive disorders 102 patients of "Zaporizhzhia Regional Clinical Psychiatric Hospital" were surveyed with clinical-anamnestic, clinical-psychopathological, clinical-psychophenomenologic and statistical research methods. The study has developed a system of psychophenomenon tests for activity of psychodefensive phenomena, mechanisms and barriers quantification in patients with organic anxiety-depressive disorders, also activity of investigated psychic phenomena was found and psychocorrectional exposure were matched impact according to the next mechanisms: communicative avoidance ($1,56 \pm 0,02$), rational emotional rejection ($1,48 \pm 0,06$), cognitive-analytic rejection ($2,05 \pm 0,11$), dysatentive refractory ($2,13 \pm 0,06$), affectogenic deverbality ($1,24 \pm 0,08$), supercritical predisposition ($2,31 \pm 0,17$) desentensive-motivational ($1,86 \pm 0,09$).

Keywords: anxiety-depressive disorder, organic psychopathology, anxiety, depression, psychophenomenologic

Різноманіття клінічних форм психічних розладів внаслідок органічного ураження головного мозку визначає нагальну потребу комплексного та мультидисциплінарного підходу до їх діагностики та терапії [2, 12]. Значна поширеність несприхотичних афективних розладів серед хворих, що перенесли гостре порушення мозкового кровообігу чи черепно-мозкову травму, визначає ці стани у межах психіатричного та психотерапевтичного діагнозу [2, 14].

Особливого значення набувають хворі з органічними тривожно-депресивними розладами (ОТДР), оскільки саме для цього контингенту специфічними є значне зниження якості життя, ускладнення встановлення ефективного терапевтичного альянсу та високий ризик виникнення суїцидальних тенденцій [4, 8]. Вивченню питань типології цього розладу з визначенням основних його клінічних варіантів та їх семіотики присвячено багато досліджень. Однак, ці роботи не дають завершеного уявлення щодо механізмів комплаєнтності та дисконплаєнтності хворих на ОТДР [3, 10, 13].

Невиконання лікарських призначень чи порушення режиму прийому фармакотерапевтичних засобів спри-

чиняє у хворих з органічним ураженням головного мозку тяжкі побічні реакції, що погіршують перебіг захворювання, формують негативну інтрапсихічну переднастанову пацієнта щодо лікувальних заходів та утворюють передиспонуєчий фон для екзацерації розладів тривожно-депресивного спектра («порочне коло» психопатогенезу ОТДР) [1, 5, 9].

Підвищення прихильності до фармакотерапії серед хворих на ОТДР можливе шляхом розроблення та впровадження комплаєнс-орієнтованої системи психокорекції та психопрофілактики екзацерацій зазначених розладів, що, так само потребує визначення чинників та механізмів дисконплаєнтності, специфічних для досліджуваного контингенту, у психофеноменологічному аспекті [5, 6].

Рівень комплаєнтності хворих на ОТДР визначається активністю психічних бар'єрів, психопатологічних конструктів, що є відображенням патологічно зміненого модусу особистісного реагування [7, 11]. Зокрема, виявлення та систематизація зазначених феноменів формує підґрунтя для побудови системи психокорекції та психопрофілактики екзацерацій тривожно-депресивної семіотики серед хворих на ОТДР.

Мета — виявити спектр та проаналізувати активність психодезензивних феноменів, механізмів та бар'єрів у хворих на органічні тривожно-депресивні розлади.

З дотриманням принципів біоетики та деонтології протягом 2014—2016 рр. на базі КУ «Обласна клінічна психіатрична лікарня» ЗОР було проведено обстеження 102 хворих (ОГ) із діагнозами, що відповідають рубриці F06 МКХ-10 «Психічні розлади, спричинені ураженням чи дисфункцією головного мозку та соматичними захворюваннями», за критерієм домінування у клінічній картині феноменів тривожно-депресивного спектра.

У процесі дослідження були використані клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, клініко-психофеноменологічний (В. В. Чугунов, 2016), статистичний методи.

У результаті клініко-психофеноменологічного дослідження було встановлено активність психічних феноменів, що формують дезензивні бар'єри у хворих на ОТДР, за відповідними механізмами, а саме:

1) комунікативне уникання: хворий через наявність патологічно зміненого афекту, що включає інтенсивні тривожні хвилювання, не сприймає терапевтичних висловлювань та формулювань лікаря через фіксованість інтроспективного фокусу уваги на афективно насичених патологічних ідеаторних формаціях (патологічна зосередженість уваги на контенті тривожного характеру);

2) ірраціональне емоційне відторгнення: хворий відмовляється від рецепції терапевтичних висловлювань та формулювань лікаря через їх суб'єктивну неприйнятність у контексті наявності патологічних афективних та ідеаторних формацій (нігілістичні, надцінні ідеї самозвинувачення, самоприниження);

3) когнітивно-аналітичне несприйняття: хворий не сприймає терапевтичних висловлювань та форму-

лювань лікаря через те, що вони включаються у процес критичного аналізу, логіка якого патологічно змінена феноменами тривожного та депресивного кіл (зниження швидкості асоціацій, зміна асоціативних паттернів, афектогенне зниження когнітивно-мнестичних функцій);

4) дезатентивна рефрактерність: хворий не сприймає терапевтичних висловлювань та формулювань лікаря через специфічну диспрозекцію (патологічну фіксацію уваги на контенті тривожних хвилювань та депресивних ідей);

5) афектогенна девербалізація: хворий не сприймає терапевтичних висловлювань та формулювань лікаря через афективно детерміновану зміну асоціативних паттернів (інтеріоризація семантичного компонента психокорекції відбувається опосередковано через патологічно змінені механізми імплементації до структур внутрішньої мови);

6) надкритична предиспозиція: хворий не сприймає терапевтичних висловлювань та формулювань лікаря через нігілістичне аранжування ідеаторного супроводу тривоги та депресії;

7) десентенційно-мотиваційний: хворий не сприймає терапевтичних висловлювань та формулювань лікаря через патологічні мотиваційні феномени, детерміновані тривогою та депресією (втрата мотивації, патологічне зниження особистісної цінності), наявність патологічних ідеаторних формацій (самозвинувачення, самоприниження, нігілістичні ідеї).

За допомогою спеціальних функціональних феноменних проб (табл. 1) було виявлено та квантифіковано інтрапсихічну активність комплексу захисних психічних феноменів, механізмів та бар'єрів, і підібрано відповідні психокорекційні впливи за сформованими принципами (табл. 2).

Таблиця 1. Перелік функціональних феноменних проб для визначення активності психодезензивних феноменів, механізмів та бар'єрів

Проба	Дефензивні феномени, механізми, бар'єри	Квантифікація
Вигадування короткої розповіді (пацієнту пропонується послідовно змінити дійову особу, обставини та основний зміст)	дезатентивна рефрактерність	0 — пацієнт сприймає умови виконання проби з першого разу; 1 — пацієнт виконує пробу після одноразового повторення умов її виконання лікарем; 2 — пацієнт виконує пробу лише після багаторазового повторення умов її виконання; 3 — пацієнт не може виконати пробу через неможливість сприйняття умов її виконання
	десентенційно-мотиваційний	0 — пацієнт повністю виконує пробу без додаткової стимуляції з боку лікаря; 1 — пацієнт повністю виконує пробу після наполягання лікаря; 2 — пацієнт неповністю виконує пробу після наполягання лікаря; 3 — пацієнт відмовляється від виконання проби, аргументуючи це суб'єктивною відсутністю потреби у її проведенні
Пацієнту пропонується дати інтерпретації сюжетних картинок або фотографій (стимульний матеріал) та описати емоційні переживання, що вони викликають: радість, задоволення, сум, тривога, страх. Після цього пацієнту пропонується розповісти про схожі переживання зі свого життєвого досвіду	комунікативне уникання	0 — пацієнт правильно інтерпретує картинки з різним емоційним наповненням та наводить приклади з власного життєвого досвіду; 1 — пацієнт правильно інтерпретує картинки з радісним (позитивним) емоційним наповненням, але відмовляється розповідати про схожі переживання з власного життєвого досвіду; 2 — пацієнт інтерпретує картинку у контексті власних тривожних переживань; 3 — пацієнт відмовляється інтерпретувати зміст сюжетних картинок через значне тривожне напруження
	ірраціональне емоційне відторгнення	0 — пацієнт виконує пробу без додаткової стимуляції з боку лікаря та правильно інтерпретує запропонований матеріал; 1 — пацієнт виконує пробу без додаткової стимуляції з боку лікаря та демонструє наявність афективно насичених реакцій при інтерпретації та розповіді; 2 — пацієнт виконує запропоновану пробу після наполягання лікаря та демонструє афективно насичені реакції при інтерпретації та розповіді; 3 — пацієнт відмовляється від виконання проби, через значну насиченість афективних переживань

Проба	Дефензивні феномени, механізми, бар'єри	Квантифікація
Пацієнту пропонується запам'ятати семантичну формулу індивідуального змісту; наприкінці сеансу пропонується відтворити її дослівно	когнітивно-аналітичне несприйняття	0 — пацієнт вказує на логічне узгодження запропонованої формули, наводить належну аргументацію, відтворює її з незначними структурними помилками; 1 — пацієнт вказує на логічне узгодження запропонованої формули без належної аргументації, відтворює її з незначними структурними помилками; 2 — пацієнт вказує на наявність логічного неузгодження формули та докладно його аргументує, відтворює її зі значними помилками; 3 — пацієнт посилається на змістовне та контекстуальне несприйняття формули та відмовляється її відтворювати, наводячи загальну аргументацію
Використання стандартної раціональної психотерапії	афектогенна девербалізація	0 — пацієнт повторює вербальні конструкції лікаря без помилок та зі збереженням структури; 1 — пацієнт повторює вербальні конструкції лікаря з окремими порушеннями структури; 2 — пацієнт повторює вербальні конструкції лікаря з безліччю помилок, через насиченість афективних переживань; 3 — пацієнт не в змозі повторити вербальні конструкції лікаря, через значну насиченість афективних переживань
	надкритична предиспозиція	0 — пацієнт демонструє зацікавленість у виконанні проби, активно підтримує діалог з лікарем; 1 — пацієнт демонструє мімічні та пантомімічні паттерни скептичного ставлення до проби; 2 — протягом виконання проби пацієнт демонструє скептичне ставлення через критичну ремарку; 3 — пацієнт відмовляється від виконання проби, через безпеліційну впевненість у її неефективності, наводить загальні аргументи

Таблиця 2. Співвідношення дефензивних феноменів, механізмів, бар'єрів та психокорекційних впливів

Дефензивні феномени, механізми, бар'єри	Середній показник в ОГ ($M \pm m$)	Предиспозиційна терапія	Психокорекційні заходи та техніки	Хронологічний період терапії
комунікативне уникання	1,56 ± 0,02	зниження інтенсивності афективного компонента	сугестивні впливи з виснаженням прозектичного компонента (СПК)	ініціальний (1—3 сеанси по 45 хвилин)
ірраціональне емоційне відторгнення	1,48 ± 0,06		зоо-, музико- й арттерапія (Арт), сімейна психокорекція (СП), терапія творчим самовираженням (ТТС)	постініціальний (4—5 сеансів по 45 хвилин)
когнітивно-аналітичне несприйняття	2,05 ± 0,11	+ корекція когнітивних розладів	раціональна психокорекція з усвідомленням цінності психологічної підтримки (РП)	базисний (5—9 сеансів по 45 хвилин)
дезатентивна рефрактерність	2,13 ± 0,06	тривала комунікація із залученням фокусу уваги, що передуює психокорекційному втручанню	когнітивно-поведінкова психокорекція, спрямована на формування навичок фіксації уваги (КПП)	постініціальний (4—5 сеансів по 45 хвилин)
афектогенна девербалізація	1,24 ± 0,08	зниження інтенсивності афективного компонента + тривала комунікація, що передуює психокорекційному втручанню	нейролінгвістичний тренінг, спрямований на розвиток навичок рецепції та формації (НЛТ)	ініціальний (1—3 сеанси по 45 хвилин)
надкритична предиспозиція	2,31 ± 0,17	тривала комунікація, спрямована на раціоналізацію нозогнозії	раціональна психокорекція (РП); гіпносугестивні методики (ГСМ)	постініціальний (4—5 сеансів по 45 хвилин)
десентенційно-мотиваційний	1,86 ± 0,09	комунікація із залученням членів сім'ї	сімейна психокорекція (СП)	фінальний (10—12 сеансів по 45 хвилин)

Результати проведених досліджень дозволяють зробити такі висновки.

Розроблено систему феноменних проб для квантифікації активності психодефензивних феноменів, механізмів та бар'єрів у хворих на тривожно-депресивні розлади органічного ґенезу.

Встановлено активність психічних феноменів, що формують дефензивні бар'єри у хворих на ОТДР

та підбрано психокорекційні впливи за відповідними механізмами: комунікативне уникання ($1,56 \pm 0,02$), ірраціональне емоційне відторгнення ($1,48 \pm 0,06$), когнітивно-аналітичне несприйняття ($2,05 \pm 0,11$), дезатентивна рефрактерність ($2,13 \pm 0,06$), афектогенна девербалізація ($1,24 \pm 0,08$), надкритична предиспозиція ($2,31 \pm 0,17$), десентенційно-мотиваційний механізм ($1,86 \pm 0,09$).

Список літератури

1. Ахмедова Д. А., Хакимова С. З., Джурабекова А. Т. Особенности постинсультной депрессии в раннем и позднем восстановительном периодах // *Инновационная наука*. 2015. № 6—2. С. 224—227.

2. Бурчинский С. Г. Депрессивные расстройства в неврологической практике: возможности ноотропов нового поколения // *Здоров'я України*. 2009. № 15—16 (220—221). С. 46—47.

3. Дубенко А. Е., Коростий В. И. Депрессия и деменция: коморбидность, дифференциальная диагностика и тактика ведения пациентов // *НейроNews*. 2016. № 2. С. 22—27.

4. Коростий В. И. Когнитивная психотерапия в лечении тревожных и депрессивных расстройств у молодых лиц с психосоматическими заболеваниями // *Медицинская психология*. 2011. Т. 6, № 3 (23). С. 19—22.

5. Психотерапія неспихотичних психічних розладів тривожно-депресивного спектра (когнітивно-реверсивний підхід) / М. В. Маркова, С. А. Бахтіярова, В. В. Бабич [та ін.] // *Журнал психиатрии и медицинской психологии*. 2008. № 2 (19). С. 25—31.

6. Михайлов Б. В., Чорна Т. С. Комплекс психотерапевтичних закладів у лікуванні тривожних розладів // *Довженківські читання: Проблема прихильності хворих наркологічного профілю до терапії. Потреба в лікуванні і лікування за потребою: матер. наук.-практ. конф. з міжнародн. участю*. Харків, 2014. С. 173—174.

7. Путилина М. В., Федин А. И. Постинсультная депрессия, возможности терапии у больных в остром периоде инсульта // *Нервные болезни*. 2005. № 1. С. 6—9.

8. Терегулова Д. Р., Кутлубаев М. А., Ахмадеева Л. Р. Депрессия в неврологической практике (на примере болевых синдромов и инсульта) // *Вестник современной клинической медицины*. 2015. № 3. С. 32—36.

9. Cerebrovascular diseases and depression: epidemiology, mechanisms and treatment / F. Göthe, D. Enache, L. O. Wahlund [et al.] // *Panminerva medica*. 2012. № 54 (3). P. 161—170.

10. Kapfhammer H. P. Coexistent depressive and anxiety disorders in neurological diseases: from a perspective of multimorbidity // *Der Nervenarzt*. 2014. № 85 (4). P. 437—444.

11. Predictors of anxiety after stroke: a systematic review of observational studies / L. Menlove, E. Crayton, I. Kneebone [et al.] // *Journal of stroke and cerebrovascular diseases*. 2015. № 24 (6). P. 89—93.

12. Psychiatric disorders in patients suffering from an acute cerebrovascular accident or traumatic injury, and their effects on rehabilitation: an observational study / R. Meroni, E. Beghi, M. Beghi [et al.] // *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*. 2013. № 49 (1). P. 31—39.

13. Schöttke H., Giabbiconi C. M. Post-stroke depression and post-stroke anxiety: prevalence and predictors // *International Psychogeriatrics Journal*. 2015. № 27 (11). P. 54—61.

14. Zgaljardic D. J. Psychiatric Disease and Post-Acute Traumatic Brain Injury / D. J. Zgaljardic, G. S. Seale, L. A. Schaefer [et al.] // *Journal of neurotrauma*. 2015. № 32 (23). P. 1911—1925.

Надійшла до редакції 21.03.2017 р.

КРИВАНКОВА Наталія Віталіївна, старший лаборант кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології і сексології Запорізького державного медичного університету Міністерства охорони здоров'я України, м. Запоріжжя, Україна; e-mail: n.voskoboynik2014@yandex.ua

KRYVANKOVA Nataliia, Senior Assistant of Department of psychiatry, psychotherapy, general and medical psychology, sexology and addiction of Zaporizhzhia State Medical University of Ministry of Health of Ukraine, Zaporizhzhia, Ukraine; e-mail: n.voskoboynik2014@yandex.ua