

---

**Б. С. Федак,**

КПОЗ «Областная клиническая больница – Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф», Харьков, Украина.

**B. S. Fedak,**

Regional clinical hospital – Center of emergency medical care and disaster medicine, Kharkov, Ukraine.

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

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

**PSYCHOTHERAPEUTIC CORRECTION OF MENTAL SPHERE DISTURBANCES  
AMONG PATIENTS WITH ACUTE MEDICAL CONDITIONS**

УДК 616.08 – 039

Статья поступила в редакцию 25.03.2015

---

**Резюме**

Целью исследования было изучение нарушений психической сферы у больных с острыми состояниями соматического профиля на основании клинико-психопатологического и психодиагностического исследования для разработки психотерапевтических программ их сопровождения. Полученные данные свидетельствуют о том, что у соматических больных в структуре острых состояний в большинстве случаев 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.*

**Резюме**

Метою дослідження було вивчення порушень психічної сфери хворих з гострими станами соматичного профілю на підставі клініко-психопатологічного та психодіагностичного дослідження для розробки психотерапевтичних програм їх супроводу. Отримані дані свідчать, що у соматичних хворих в структурі гострих станів у більшості випадків 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.*

**Resume**

The aim of the study was to investigate psychiatric disturbances among patients with acute conditions of somatic profile based on clinical psychopathological and psychodiagnostic research to develop the psychotherapeutic programs for their support. The obtained data indicates that among

---

somatic patients in the structure of acute conditions in most cases mental disturbances were developed as nosogenic reactions of psychological maladjustment. The basic principles of psychocorrectional programs formation have been systematic, stage-by-stage approach and sequence of psychocorrectional measures.

**Keywords**

*acute somatics conditions, mental disorders, maladjustment.*

---

В последние десятилетия в Украине, как и в мире в целом, наблюдается рост соматических заболеваний, в этиопатогенезе которых существенную роль играют психогенные факторы, такие как 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 тоже время, в определённых работах указывается на недостаточное изучение вопросов медико-психологического сопровождения этой категории больных и психотерапевтической коррекции имеющихся у них нарушений психической сферы [1 – 5]. Незапрещёнными являются также вопросы психосоциальной реабилитации этих больных с применением психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий.

**Цель исследования** – изучение нарушений психической сферы у больных с острыми состояниями соматического профиля на основании клинко-психопатологического и психодиагностического исследования для разработки психотерапевтических программ их сопровождения.

**Материал и методы исследования.**

Всего обследовано 315 больных, перенесших острые состояния терапевтического профиля в возрасте от 22 до 70 лет. Согласно нозологической принадлежности соматических заболеваний больные были распределены на 5 групп: 1-ю группу составили 68 больных с ишемической болезнью сердца, стенокардия; 2-ю – 58 больных с ишемической болезнью сердца, инфаркт миокарда (ИМ); 3-ю – 57 больных с транзиторными ишемическими атаками (ТИА); 4-ю – 67 больных с мозговым инсультом (МИ); 5-ю – 65 больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки (ЯБ).

Использовались клинко-психопатологический, психодиагностический, статистический методы.

**Результаты исследования.**

Клинко-психопатологическое исследование позволило выявить у больных с острыми состояниями соматического профиля различные нарушения психической сферы.

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

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

У большинства обследованных нами больных (68,57 ± 2,62%) 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).

Полученные данные свидетельствуют о том, что у соматических больных в структуре острых состояний в большинстве случаев развиваются нарушения психики в виде нозогенных реакций психической дезадаптации (68,57 ± 2,62%). Значимо реже встречаются соматогенно-обусловленный астенический симптомокомплекс (14,92 ± 2,01%) и нозогенные невротические реакции (16,51 ± 2,09%). В обоих случаях различия достигали статистической значимости ( $p < 0,001$ ).

Нами был проведен анализ распределения нарушений психики различной степени выраженности в исследуемых группах больных (табл. 1).

**Таб. 1.** Распределение нарушений психики у больных различной нозологической принадлежности

Группы больных	САС		НРПД		ННР	
	абс	P%±s%	абс	P%±s%	абс	P%±s%
1-я группа (n=68)	15	22,06±5,03	46	67,65±5,67	7	10,29±3,68
2-я группа (n=58)	6	10,34±4,00	37	63,79±6,31	15	25,86±5,75
3-я группа (n=57)	10	17,54±5,04	34	59,65±6,50	13	22,81±5,56
4-я группа (n=67)	12	17,91±4,68	49	73,13±5,42	6	8,96±3,49
5-я группа (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

Согласно полученным данным, наиболее часто САС встречался у больных стенокардией (22,06 ± 5,03%), однако статистической значимости достигали лишь сравнения с группой больных ЯБ (6,15 ± 2,98%,  $p < 0,01$ ). Реже всего САС наблюдался 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 чаще всего была присуща больным с ИМ (25,86 ± 5,75%), что было значимо чаще, чем у больных стенокардией и МИ (соответственно 10,29 ± 3,68% и 8,96 ± 3,49%, в обоих случаях  $p < 0,05$ ).

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

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

Данные психопатологического и патопсихологического обследования послужили основанием для разработки патогенетически обоснованной системы медико-психологической коррекции состояний психической дезадаптации у больных с острыми состояниями терапевтического профиля.

Основными принципами построения психокоррекционной программы были системность, этапность и последовательность психокоррекционных мероприятий. Программа начиналась на стационарном этапе с последующим продолжением на амбулаторном этапе. Применялся интегративный подход с включением элементов когнитивно-поведенческой терапии (КБТ), рациональной психотерапии, АТ, индивидуальной и групповой личностно-ориентированной психотерапии, семейной психотерапии.

Использовалась модификация КБТ, разработанная Aaron Beck, которая представляет собой кратковременную структурированную терапию. Теоретической основой КБТ является представление о том, что аффективные и соматовегетативные изменения и другие, связанные с ними, являются последствием когнитивных дисфункций.

Цели терапии – достигнуть редукции патологической симптоматики, идентифицировать и проверить негативные познания, развивать альтернативные и более гибкие схемы расширения, регулировать новые когнитивные способности.

КБТ проводилась 2 – 4 раза в неделю, общей длительностью – 4 недели.

---

В каждом сеансе КБТ устанавливалась текущая тематика в начале каждого сеанса, давалось домашнее задание, и проводилось обучение новым навыкам. КБТ реализовалось по трем направлениям: дидактическое, когнитивное и поведенческое.

Дидактический компонент включал объяснение больному когнитивной триады и ошибочной логики. Проводилось обсуждение с больным, формулировка гипотезы генеза патологических проявлений, и проверка её в процессе терапии. Проводилось разъяснение связи между эмоциональными нарушениями и мышлением, аффектом и поведением, так же как логическое обоснование всех направлений лечения.

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

Бихевиоральный компонент включал 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 3 главные ориентации - интеракционную, биографическую и тематическую.

В процессе психотерапевтического воздействия нами выделялось три этапа.

Первый этап состоял из 1 – 2 индивидуальных и 2 – 3 групповых занятий. Основными задачами его являлись: установление эмоционального контакта с врачом и с участниками психотерапевтической группы; формирование доверия к врачу, адекватного отношения к психотерапии; дезактуализация острой невротической симптоматики.

Второй этап состоял из 1 – 2 индивидуальных и 4 – 6 групповых занятий. Основными задачами этого этапа являлись: 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. Основными задачами его являлись 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 АТ, усвоения и закрепления навыков эмоционального и поведенческого реагирования, рациональной психотерапии.

Была проведена оценка эффективности, разработанной нами психокоррекционной программы. В качестве критериев использовались: динамика клинических проявлений, субъективная оценка уровня тревожности. По результатам оценки установлено, что значительное улучшение достигнуто у 68% больных, отсутствие значимой позитивной динамики – у 8% больных.

---

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Клиническая психология: учебник / Под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2010. – 864 с.
2. Михайлов Б. В. Психотерапия в общесоматической медицине: клин. рук. / Б. В. Михайлов, А. И. Сердюк, В. А. Федосеев. – Х.: Прапор, 2002. – 108 с.
3. Депрессивные расстройства в общемедицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога / Р. Г. Оганов Г. В. Погосова, С. А. Шальнова [и др.] // Кардиология – 2005. – №8. – С. 38 – 44.
4. Смулевич А. Б. Психокордиология / 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 [et al.] // Postgrad. Med. J. – 2004. – Vol. 80. – P. 683 – 689.