

УДК: 616.895.1-085.851

*В.В. Волобуев***ЗНАЧИМОСТЬ КРАТКОСРОЧНОГО ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ОРГАНИЧЕСКИХ ТРЕВОЖЕ И ДЕПРЕССИИ В СТРУКТУРЕ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПОСТРАДАВШИХ ВСЛЕДСТВИЕ ТЕХНОГЕННЫХ АВАРИЙ И КАТАСТРОФ**

ОКПНБ-медико-психологический центр, г.Донецк

Ключевые слова: органическая симптоматика, непсихотические психические расстройства, пострадавшие вследствие техногенных аварий и катастроф, краткосрочный психотерапевтический процесс.

В клинической картине непсихотических психических расстройств у пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф довольно часто имеет место органическая симптоматика, вызванная токсическим воздействием различных факторов. В работах, выполненных в 20—50-е годы XX столетия [1,2,4] достаточно полно описаны возможные психические расстройства, возникающие при воздействии ртути, тетраэтилсвинца, марганца, других химических веществ на головной мозг пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф. Эти работы способствовали дальнейшему развитию общепсихопатологических представлений об экзогенных и эндогенных механизмах развития психических нарушений [1,2,4].

Пострадавшие вследствие техногенных аварий и катастроф испытывают одновременно воздействие как острой внезапной психотравмирующей ситуации (например, при взрывах на шахтах), так и токсических факторов - на физическое состояние. В последствии это может проявляться при формировании органических психических расстройств. Согласно современным стандартам и клиническим протоколам лечения [5,6], психотерапия является одним из методов терапии органических психических расстройств, в том числе, и у пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф.

При проведении психотерапии в общем комплексе медико-психологических психотерапевтических мероприятий существенное значение имеет период пребывания пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф с непсихотическими психическими расстройствами в стационаре. Несомненное психотерапевтическое значение для больного приобретает сам факт установления у него определенного заболевания после тщательно проведенного обследования. Основными задачами психотерапии на данном этапе являются

убеждение пациента в больших компенсаторных возможностях нервной систем, психики, активизация личности в направлении преодоления болезненных нарушений и приспособления к условиям жизни. С этой целью могут быть использованы, помимо рациональной психотерапии, и другие формы психотерапии, в том числе, и глубинные. Большое значение имеет психотерапия в группе, особенно в форме “лечебной перспективы”. Применение этой методики целесообразно, так как установление диагноза органического психического заболевания, может пугать пациентов. Необходимо дать им возможность убедиться в перспективности проводимой терапии. Для этого в группу приглашают пациентов со сходными болезненными нарушениями, закончивших лечение с благоприятными результатами, хорошей социальной и трудовой реадaptацией после него [7,8,9].

Одной из основных целей использования психотерапии в комплексном лечении больных с органическими психическими заболеваниями является устранение невротического компонента, обусловленного реакцией личности на болезнь. У некоторых пациентов усиление симптоматики органических психических расстройств связано с патологической реакцией пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф на невротические и психические нарушения и вызывает изменение их личностных особенностей в сторону тревожной мнительности, ипохондричности и т.д. Клиника органических психических расстройств при этом, может дополняться сенестопатическими проявлениями. Эти ощущения больные переживают особенно остро и тяжело, и у них появляется убежденность в реальности жизненной катастрофы, которая может возникнуть в любой момент вопреки заверениям врача. Нередко пациенты полностью углубляются в переживания,

связанные с пугающими телесными ощущениями, сосредотачивают на них все внимание и оказываются выключенными из обычного круга семейных и социальных проблем.

Реакцией на описанные выше расстройства, как правило, являются невротические страхи «сойти с ума», «быть обузой близким». Отмечаемая многими авторами ипохондрическая настроенность больных с указанными заболеваниями сопровождается стойкой фиксацией на своих ощущениях, чрезмерной заботой о своем здоровье [3,4]. При лечении больных с невротической фиксацией органических нарушений существенное значение имеет косвенная психотерапия, в частности, в виде психотерапевтического опосредования и потенцирования различных видов биологической терапии. Это дает возможность постепенно усилить психотерапевтический альянс с целью применения более глубоких форм психотерапии.

Важную роль психотерапия приобретает в комплексном лечении больных, у которых затяжное, длительное течение органического психического заболевания, способствует возникновению более сложных психогений, выявляющихся лишь при глубоком изучении истории развития больного и формирования его отношений с окружающей действительностью. При деструктивных поражениях болезненно измененный мозговой субстрат характеризуется снижением сопротивляемости и выносливости, поэтому ситуация, незначительная для здоровой нервной системы, является в этих условиях декомпенсирующей. Подобные пациенты, будучи, в основном, «органиками», склонны к рецидивам заболевания и декомпенсации по психогенному пути и хорошо восстанавливаются при разрешении ситуации с помощью психотерапии. При органических психических расстройствах со значительно выраженными органическими нарушениями психотерапию желательно проводить в стационаре, где для этого имеются благоприятные условия (длительный и постоянный контакт врача с больным, что необходимо для систематической индивидуальной психотерапии, возможность проводить групповую психотерапию и различные виды так называемой социотерапии). Психотерапевтическое значение имеет сам факт поступления пострадавшего с органическим психическим расстройством в стационар для тщательного об-

следования, а также лечебная атмосфера отделения или клиники. После выписки должна проводиться интервальная психотерапия, которая в тяжелых случаях длится в течение нескольких месяцев, а иногда и лет [4,7].

Во врачебной практике нередко встречаются пострадавшие вследствие техногенных аварий и катастроф с органическими психическими расстройствами, в отношении которых даже длительное, многолетнее лечение оказывается недостаточно эффективным. При клинико-психологическом изучении таких пациентов выявляются невротическая и ипохондрическая реакция и фиксация основных болезненных симптомов. Только тщательное выяснение истории жизни больного, особенностей его личности позволяет понять содержание данной фиксации и выявить те психогенные факторы, которые ее обуславливают. Одним из основных и наиболее адекватных методов восстановительного лечения в этих случаях является психотерапия в ее различных формах и, прежде всего, в виде аналитически ориентированной психотерапии [7,8,9].

Основные симптомы, с которыми в первую очередь приходится сталкиваться при проведении краткосрочной психотерапии в случае сочетанного влияния факторов аварии (например, при отравлении угарным газом, травмах головного мозга при взрывах на угольных шахтах), являются головокружение, головная боль, повышенная утомляемость, раздражительность, трудности сосредоточения внимания при выполнении умственных задач, нарушения памяти, бессонница, снижение толерантности к стрессу и эмоциональным нагрузкам, которые возникают в структуре тревожных и депрессивных расстройств.

Поэтому, целью данного исследования явилось изучение влияния индивидуального краткосрочного психотерапевтического процесса на органические тревогу и депрессию при непсихотических органических психических расстройствах у пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф.

В соответствии с поставленной целью, основными задачами исследования явились изучение изменений основных проявлений в виде тревоги и депрессии при непсихотических органических психических расстройствах у пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф до и после проведения краткосрочной психотерапии.

Материалы и методы исследования

Пострадавшие вследствие техногенных аварий и катастроф с наличием непсихотического органического психического расстройства соот-

ветственно критериям МКБ-10 (N=50) были отобраны для проведения исследования. Лечение проводилось согласно клиническим протоколам

и стандартам оказания медико-психологической психотерапевтической помощи. Инструментами первичной оценки результата являлись опросники Спилбергера-Ханина и Зунга, опросники Гамильтона (тревоги и депрессии).

Данное исследование выполнялось на базе ОКПНБ-медико-психологического центра г.Донецк. Критерии включения определялись возрастом испытуемых от 30 до 50 лет, наличием первичного

диагноза непсихотического органического психического расстройства. Все пациенты относились к пострадавшим вследствие техногенных аварий и катастроф. Отбор исследуемых проводился случайным методом из числа всех госпитализированных в стационар пациентов данной категории.

Средний возраст изучаемой группы больных (N=50) составил 43,4 года (стандартное отклонение (SD) = 3,3).

Результаты исследования и их обсуждение

При исследовании нами 50 пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф с наличием непсихотических органических психических расстройств установлено, что в клинической картине доминировали симптомы тревоги и депрессии, которые возникали в результате как невозможности справиться

с вытесненными эмоциональными реакциями, так и возрастающего недоверия к окружающему миру. Указанные симптомы у обследованных анализировались с помощью опросников Спилбергера-Ханина и Зунга (таблица 1), и опросников Гамильтона - тревоги и депрессии (таблица 2).

Таблица 1

Оценка тревоги и депрессии по шкалам Спилбергера-Ханина и Зунга у обследованных пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф с наличием непсихотических органических психических расстройств до проведения краткосрочной психотерапии

Тест Спилбергера-Ханина (баллы)				Тест Зунга (баллы)	
Ситуативная тревога		Личностная тревога		Среднее значение	Стандартное отклонение (SD)
Среднее значение	Стандартное отклонение (SD)	Среднее значение	Стандартное отклонение (SD)		
59,3	5,6	58,8	6,4	57,8	2,6

Таблица 2

Оценка тревоги и депрессии по шкале Гамильтона у обследованных пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф с наличием непсихотических органических психических расстройств до проведения краткосрочной индивидуальной психотерапии

Тест Гамильтона (баллы)			
Тревога		Депрессия	
Среднее значение	Стандартное отклонение (SD)	Среднее значение	Стандартное отклонение (SD)
27,3	3,5	23,2	3,2

Как мы видим из таблицы 1, среднее значение уровня ситуативной тревоги на 31,8 % превышает верхнюю границу умеренного уровня, а личностной тревоги – на 30,7 %. Уровень депрессии по шкале Зунга свидетельствует о наличии невротического уровня депрессии (до 60 баллов), превышая 50 балльный рубеж на 15,6%.

Анализируя результаты таблицы 2 можно отметить, что уровень тревоги по шкале Гамильтона, находясь в диапазоне выраженного тревож-

ного состояния, превышает верхнюю границу диапазона значений, соответствующих отсутствию тревоги в 3,4 раза. При этом, показатель уровня депрессии по шкале Гамильтона свидетельствует об умеренной депрессии и превышает верхнюю границу диапазона уровня «без депрессии» в 2 раза.

Результаты изменения тревожной и депрессивной симптоматики после проведения краткосрочной психотерапии представлены в таблице №3.

Результат оценки тревоги и депрессии по шкалам Спилбергера-Ханина и Зунга у пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф с наличием непсихотического органического психического расстройства после проведения краткосрочной психотерапии

Проведенное лечение	Тест СПИЛБЕРГЕРА-Ханина (баллы)				Тест Зунга (баллы)	
	Ситуативная тревога		Личностная тревога		Среднее значение	Стандартное отклонение (SD)
	Среднее значение	Стандартное отклонение (SD)	Среднее значение	Стандартное отклонение (SD)		
Краткосрочная психотерапия в комплексе медико-психологического психотерапевтического лечения	42,6	5,8	43,1	2,8	46,8	2,1

Оценка тревоги и депрессии по шкале Гамильтона у обследованных пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф с наличием непсихотических органических психических расстройств после проведения краткосрочной психотерапии

Тест Гамильтона (баллы)			
Тревога		Депрессия	
Среднее значение	Стандартное отклонение (SD)	Среднее значение	Стандартное отклонение (SD)
14,2	4,1	13,1	1,2

При сравнении результатов оценки тревоги и депрессии до и после лечения у обследованных выявлено наличие недостоверного ($p > 0,05$) снижения тревоги и депрессии, при их оценке тестами Спилбергера-Ханина и Зунга, и достоверное ($p < 0,05$) снижение - при использовании тестов тревоги и депрессии Гамильтона (которые в большей степени являются клиническими и, с нашей точки зрения, более соответствуют клиническим данным, получаемым при исследовании психического состояния пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф с непсихотическими психическими расстройствами).

Таким образом, можно говорить об эффективности краткосрочных индивидуальных психотерапевтических мероприятий при органических тревоге и депрессии как значимых проявлениях непсихотических психических расстройств у пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф. Выстраивание психотерапевтической тактики с учетом наличия психоорганической симптоматики при непсихотических психических расстройствах у пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф является важной составляющей в стабилизации психического состояния пациентов.

Выводы:

1. Создание психотерапевтического альянса при работе с пострадавшими вследствие техногенных аварий и катастроф, страдающих непсихотическими органическими психическими расстройствами требует дифференцированного подхода с учетом наличия психоорганической симптоматики.

2. Декомпенсация психоорганической симптоматики у пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф с непсихотическими органическими психическими расстройствами приводит к формированию сложных тревожных и депрессивных проявлений, которые затрудняют применение классических психотерапевтических техник.

3. Активизация психотерапевтических отношений при краткосрочной психотерапии способствует эффективному снижению таких проявлений непсихотических органических психических расстройств, как тревога и депрессия.

4. Результаты данного исследования позволяют предположить, что более эффективными методами психотерапевтической работы с обследованным контингентом пациентов могут быть индивидуально- и аналитически ориентированные формы психотерапии.

ЗНАЧУЩІСТЬ КОРОТКОСТРОКОВОГО ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОЦЕСУ ПРИ ОРГАНІЧНІЙ ТРИВОЗІ І ДЕПРЕСІЇ В СТРУКТУРІ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК ТЕХНОГЕННИХ АВАРІЙ І КАТАСТРОФ

ОКПНЛ-медико-психологічний центр, м. Донецьк

У статті аналізувався вплив короткострокового психотерапевтичного процесу на органічні тривогу і депресію при непсихотичних органічних розладах у постраждалих внаслідок техногенних аварій і катастроф. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 3 (30). — С.67-71).

V.V. Volobuyev

THE IMPORTANCE OF SHORT-TERM PSYCHOTHERAPEUTIC PROCESS IN ORGANIC ANXIETY AND DEPRESSION IN THE STRUCTURE OF NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS OF THE VICTIMS OF TECHNOGENIC DISASTERS AND ACCIDENTS

RCPNH - medico-psychological centr, Donetsk

In the article the influence of short-term psychotherapeutic process on organic anxiety and depression in non-psychotic mental disorders of the victims of technogenic disasters and accidents was analyzed. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 3 (30). — P. 67-71).

Литература

1. Александровский Ю.А., Румянцева Г.М., Щукин Б.П. Состояние психической дезадаптации в экстремальных условиях // Журн. невропатологии и психиатрии. — 1989. — №5. — С. 111-117.
2. Андерсен Б., Старк Ф.-М., Гросс Я. Социальный стресс, личность и экзотравмирующие переживания: эмпирическое исследование ближайших реакций. // Социальная и клиническая психиатрия. — 1995. — Т. 8, № 2. — С. 6-14.
3. Бухановский А.О., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е. Общая психопатология. — Ростов-на-Дону: Изд-во ЛРНЦ "Феникс", 1998. — 416 с.
4. Карвасарский Б.Д. «Психотерапевтическая энциклопедия». — С.-Пб.: Питер, 2000. — С. 287-324.
5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України №59 від 05.02.2007 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю „Психіатрія”».
6. Наказ МОЗ України №226 від 07.27 1998р. «Тимчасові галузеві уніфіковані стандарти медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України».
7. Фрейд З. Тревога, торможение, симптом // Психология бессознательного: Сб. Произведений. — М.: Просвещение, 1990. — С.274-296.
8. Crits-Christoph P., Connolly Gibbons M.B., Narducci J., Schamberger M., Gallop R.: Interpersonal problems and the outcome of interpersonally oriented psychodynamic treatment of GAD// Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. — 2005. — Vol. 42. — P. 211-224.
9. DiNardo P., Moras K., Barlow D.H., Rapee R.M., Brown T.A.: Reliability of DSM-III-R anxiety disorder categories. using terview Schedule—Revised (ADIS-R) // Arch. Gen. Psychiatry. — 1993. — Vol. 50. — P.251-256.

Поступила в редакцию 18.09.2012