

УДК 616.89:159.96

*Д.М. Болотов***РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ У ЛИЦ, ПЕРЕЖИВШИХ ЭКСТРЕМАЛЬНЫЕ СИТУАЦИИ, И ИХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ**

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

Ключевые слова: расстройства адаптации, экстремальные ситуации, качество жизни, психотерапевтическая коррекция.

Различные экстремальные ситуации, как правило, сопровождаются психогенной травматизацией, которая, в свою очередь, может привести к формированию и развитию различных психических расстройств (депрессивных, панических, тревожно-фобических, обсессивных и др.) [1]. Среди данных расстройств наименее изученными остаются расстройства адаптации (РА).

Под расстройствами адаптации подразумевают эмоциональные (чаще депрессивные) и поведенческие расстройства, которые сочетаются с переживанием дистресса и препятствуют нормальному функционированию пациента. Данные расстройства возникают у него в период адаптации к значительному жизненно-му изменению или стрессовому событию [2].

В соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 их относят к рубрике F43 «Реакция на тяжелый стресс и расстройства адаптации». Ранее подобной рубрики не существовало, и РА рассматривали в рамках различных вариантов психогенных депрессий: невротических, реактивных (Reiss E.), истощения Кильгольца (Kielholz P.) и т.п. [3].

В соответствии с тем, что факт переживания любого экстремального события, как правило, приводит к изменению личностного и социального функционирования, а стало быть, к изменению качества жизни, комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий для данной категории лиц должен в обязательном порядке включать и психотерапевтическую коррекцию.

**Материал и методы исследования**

Данное исследование проводилось на базе Института неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины. Было обследовано 32 человека - 13 мужчин (40,63%) и 19 женщин (59,37%) в возрасте от 18 лет до 50 лет (средний возраст - 34 года), которые были участниками тех или иных экстремальных событий (участие в военных операциях, физическое и сексуальное насилие, угроза оружием и т.д.). Клиническая симптоматика обследуемых, согласно диагностическим критериям МКБ-10, соответствовала диагнозам «Расстройство адаптации. Пролонгированная депрессивная реакция» и «Расстройство адаптации. Смешанная тревожная и депрессивная реакция».

В ходе исследования применялись клинико-психопатологический и психодиагностический методы (опросник депрессивности Бека, Миссисипская шкала, опросника выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R), метод статистической обработки (использовался t-критерий Стьюдента). Обследование проводилось до начала курса психотерапии и по его окончании.

На основании результатов клинического и психодиагностического обследования, нами был сформирован комплекс психотерапевтического воздействия, который предполагал использование техник различной направленности. Применялись когнитивная терапия Бека (включая моделирующие техники и техники самоконтроля), техника прогрессивной мышечной релаксации (ПМР) и отдельные техники телесно-ориентированной терапии [4].

Алгоритм психотерапевтического вмешательства заключался в следующем: когнитивная терапия Бека и моделирующие техники составляли основной терапевтический блок, остальные техники и методы психотерапии были дополняющими. В тех случаях, когда пациент либо испытывал затруднение с вербализацией своих проблем, либо выдвигал на передний план второстепенные жалобы и конфликтные ситуации, некоторые вспомогательные психотерапевтические техники (а именно, ПМР и телесно-ориентированные) на начальном этапе терапевтического процесса использовались как ведущие. Про-

должительность курса психотерапии составляла, как правило, не менее 2 месяцев, с частотой сеансов 2 раза в неделю, продолжительностью 60-90 минут.

Задача терапевта, применяющего когнитивную терапию А. Бека, состояла в том, чтобы сконцентрировать внимание клиента на процессе отбора и интерпретации информации. Ему предлагалось проверить обоснованность сделанных им выводов, а при заключении об их ошибочности заменить их на более адекватные. Выделяли несколько наиболее часто встречаемых типов логических ошибок: сверхгенерализация (сверхобобщение), селективное внимание (избирательность), персонификация, дихотомическое мышление, излишняя

ответственность и «катастрофирование» [4].

Поведенческий тренинг, предполагающий использование моделирующих техник, основывался на феномене научения через наблюдение. Моделирование является высокоэффективной техникой обучения адаптивным вариантам интерперсонального поведения, а в комбинации с подкреплением – результативной методикой обучения новым социальным навыкам [4].

Использование техники прогрессивной мышечной релаксации и элементов телесно-ориентированной терапии было обусловлено наличием в клинической картине больных с РА феномена соматизации негативных эмоциональных переживаний, который, в ряде случаев, выступал «фасадом» данных психических расстройств.

### Результаты исследования и их обсуждение

Представленность различных симптомов в клинической картине расстройств адаптации,

возникших вследствие пережитых экстремальных ситуаций, приведена в таблице 1.

Таблица 1

#### Частота проявлений основных психопатологических симптомов у пациентов с РА

Основные психопатологические симптомы	Частота проявления симптома					
	Все пациенты (n=32)		Мужчины (n=13)		Женщины (n=19)	
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
Снижение настроения	32	100	13	100	19	100
Утрата жизненных интересов и чувства удовольствия	27	84,38	11	84,62	16	84,21
Снижение энергетического потенциала	31	96,88	12	92,31	19	100
Снижение яркости эмоциональных реакций	29	90,63	10	76,92	19	100
Повышенная утомляемость и сниженная активность	22	68,75	6	46,15	16	84,21
Сниженная способность к сосредоточению внимания	25	78,13	8	61,54	17	89,47
Сниженная самооценка и уверенность в себе	20	62,50	5	38,46	15	78,95
Идеи виновности и уничижения	6	18,75	1	7,69	5	26,32
Мрачное видение будущего	13	40,63	4	30,77	9	47,37
Суицидальные мысли	7	21,88	2	15,38	5	26,32
Стремление к изоляции и ограничению контактов	17	53,13	9	69,23	8	42,11
Затрудненное засыпание и частые пробуждения	28	87,50	10	76,92	18	94,74
Резкое снижение аппетита	24	75,00	11	84,62	13	68,42
Сухость во рту	15	46,88	6	46,15	9	47,37
Частые запоры	8	25,00	3	23,08	5	26,32

Как видно из таблицы 1, чаще всего встречались симптомы, которые характеризуют нарушения в эмоциональной сфере: снижение настроения, утрата жизненных интересов и чувства удовольствия, снижение энергетического потенциала и яркости эмоциональных реакций. Кроме того, достаточно выраженными как у мужчин, так и у женщин были изменения поведенческих реакций: стремление к изоляции и ограничению контактов, обусловленные повышенной утомляемостью и сниженной активностью, а также на-

личие суицидальных мыслей. Несколько реже отмечались симптомы, которые в большей степени характеризуют уровень личностного и социального функционирования: сниженная способность к сосредоточению внимания, заниженная самооценка и уверенность в себе, наличие идей виновности и уничижения, мрачное видение будущего. Также статистически значимыми были симптомы, которые отражают соматическую составляющую данных расстройств: затрудненное засыпание и частые пробуждения, рез-

кое снижение аппетита, сухость во рту, частые запоры и т.д.

Клинические варианты расстройств адаптации, установленные на основании изучения их

симптоматики, подтверждались данными, полученными в ходе использования методик психодиагностического обследования. Результаты обработки данных приведены в таблице 2.

Таблица 2

**Результаты психодиагностического обследования до и после психотерапевтического лечения**

Методика	Исследуемый параметр	До лечения	После лечения
<b>Миссисипская шкала</b>	Общий балл $\Sigma$ ср	93,0 $\pm$ 7,93*	68,85 $\pm$ 10,88*
<b>Шкала Бека</b>	Общий балл $\Sigma$ ср	26,42 $\pm$ 4,54*	14,0 $\pm$ 3,69*
<b>Опросник SCL-90-R</b>	Шкала соматизации	1,04 $\pm$ 0,26*	0,55 $\pm$ 0,19*
	Шкала obsессий-компульсий	0,85 $\pm$ 0,30**	0,44 $\pm$ 0,25**
	Шкала межличностной чувствительности	1,12 $\pm$ 1,04*	0,69 $\pm$ 0,66*
	Шкала депрессивности	1,69 $\pm$ 0,47*	0,94 $\pm$ 0,26*
	Шкала общей тревожности	1,94 $\pm$ 0,46*	1,02 $\pm$ 0,20*
	Шкала враждебности	0,73 $\pm$ 0,59**	0,42 $\pm$ 0,45**
	Шкала фобической тревожности	0,52 $\pm$ 0,49 <sup>!</sup>	0,24 $\pm$ 0,28 <sup>!</sup>
	Шкала паранойяльности	0,75 $\pm$ 0,67**	0,54 $\pm$ 0,55**
	Шкала психотизма	0,31 $\pm$ 0,27 <sup>!</sup>	0,21 $\pm$ 0,21 <sup>!</sup>

**Примечание:** \*  $p < 0,01$ ; \*\*  $p < 0,05$ ; !  $p > 0,05$

В группе пациентов с расстройствами адаптации показатель Миссисипской шкалы до лечения у 11 пациентов (34,38%) соответствовал уровню отдельных симптомов посттравматических реакций, у 21 (65,62%) - он был характерен для нормативных значений. После лечения этот показатель только у 3 обследуемых (9,38%) соответствовал уровню отдельных симптомов посттравматических реакций, в остальных случаях (90,62%) не выходил за пределы нормативных значений. Степень депрессивности, измеренная с помощью шкалы Бека, до лечения у всех пациентов (100%) регистрировалась как умеренная. После применения психотерапевтических техник, в конце курса лечения, только у 7 обследуемых (21,88%) уровень депрессивности соответствовал умеренной степени выраженности, у 19 человек (59,38%) регистрировалась легкая степень депрессивности, у остальных 6 пациентов (18,74%) ее значение соответствовало нормативным показателям.

Использование опросника SCL-90-R позволило установить, что ведущими являлись шкалы общей тревожности (1,94 $\pm$ 0,46 до лечения и 1,02 $\pm$ 0,20 после лечения;  $p < 0,01$ ), депрессивности (1,69 $\pm$ 0,47 и 0,94 $\pm$ 0,26 соответственно;  $p < 0,01$ ), соматизации (1,04 $\pm$ 0,26 и 0,55 $\pm$ 0,19;  $p < 0,01$ ) и межличностной чувствительности (1,12 $\pm$ 1,04 и 0,69 $\pm$ 0,66;  $p < 0,05$ ). Показатели шка-

лы паранойяльности (0,75 $\pm$ 0,67 и 0,54 $\pm$ 0,55;  $p < 0,05$ ) и враждебности (0,73 $\pm$ 0,59 и 0,42 $\pm$ 0,45) по своим абсолютным значениям приближались к показателям ведущей группы шкал. Однако разброс значений внутри группы позволяет утверждать, что данная симптоматика не является неотъемлемой частью клинической картины расстройства адаптации.

Таким образом, показателем эффективности выбранной психотерапевтической тактики при лечении лиц, которые испытали воздействие факторов психотравмирующих событий, а также улучшения качества их жизни может служить, в первую очередь, снижение выраженности психопатологической симптоматики. Об этом свидетельствует нормализация показателей, которые в большей степени присущи депрессивным расстройствам (аффективные нарушения в виде сниженного настроения, снижения энергетического потенциала, повышенной утомляемости и сниженной активности и др.). Изменение показателя заниженной самооценки в сторону повышения, расширение социальных контактов, повышение уровня уверенности в себе, уменьшение признаков изолированности свидетельствуют о расширении адаптационных механизмов. Для пациентов с суицидальными мыслями показателем эффективности проведенного лечения являлось уменьшение их частоты и интенсивно-

сти. Критерием результативности проведенного лечения также является снижение выраженности идей виновности и уничижения, мрачного видения будущего, восстановление чувства эмоциональной близости.

Достоверным подтверждением позитивных изменений в клинической картине пациентов и, как следствие, показателем эффективности проводимого лечения являются результаты, полученные с помощью психодиагностических методик обследования. Отмечено существенное снижение показателей Миссисипской шкалы и опросника депрессивности Бека, а также по

шкалам опросника выраженности психопатологической симптоматики - общей тревожности, депрессивности, соматизации и межличностной сенситивности.

Таким образом, применение адекватного комплекса психотерапевтических вмешательств, способствует общему улучшению качества жизни, о чем свидетельствует уменьшение выраженности психопатологической симптоматики, формирование более адаптивных форм поведения у лиц с расстройствами адаптации, которые испытали воздействие факторов различных чрезвычайных событий.

*Д.М. Болотов*

## **РОЗЛАДИ АДАПТАЦІЇ У ОСІБ, ЩО ПЕРЕЖИЛИ ЕКСТРЕМАЛЬНІ ПОДІЇ, ТА ЇХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ**

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України

Розлади адаптації є однією з частих клінічних форм психічних порушень, які виникають в осіб, що пережили різні екстремальні події. Використання адекватного комплексу психотерапевтичних втручань сприяє загальному покращанню якості життя, про що свідчить зменшення виразності психопатологічної симптоматики, формування більш адаптивних форм поведінки, покращання особистісного і соціального функціонування. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 4 (14). — С. 130-133)

*D.M. Bolotov*

## **ADAPTATION'S DISORDERS AT PATIENTS WHO WERE INVOLVED TO EXTREME SITUATIONS AND THEIR PSYCHOCORRECTION**

Institute of neurology, psychiatry and narcology of AMS of Ukraine

Adaptation's disorders are one of the frequent clinical forms of psychical disorders, which were developed at persons who were involved to different extreme situations. Development and appliance of adequate complex of psychotherapy are promoted the common improvement of life's quality, which was shown in reduction of psychopathological symptoms, formation of more adaptive behavior, improvement of the personal and social functioning. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 130-133)

### *Литература*

1. Волошин П.В., Шестопалова Л.Ф., Підкоритов В.С. та ін. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація /Методичні рекомендації. — Харків, 2002. — 47с.  
2. Классификация психических и поведенческих расстройств: Клинические описания и указания по диагностике. — К.: Факт,

1999. — 272с.

3. Подкорытов В.С., Чайка Ю.Ю. Депрессии. Современная терапия: руководство для врачей. — Харьков: Торнадо, 2003. — 352с.

4. Федоров А.П. Когнитивно-поведенческая психотерапия. — СПб: Питер, 2002. — 352с.

Поступила в редакцию 11.05.2004