

УДК 617.753.2:612.821:615.851

Мониторинг психоэмоционального состояния больных миопией после психокоррекции дезадаптивных индивидуально-психологических характеристик

Н. А. Ульянова¹, д-р мед. наук, К. В. Аймедов², д-р мед. наук, профессор,
Н. С. Семенюк, врач

Одесский национальный
медицинский университет

E-mail: ulyanova@ukr.net

Вступ. Характерною особливістю динаміки прогресування міопії є асиметричний темп з наявністю періодів швидкого збільшення передньозаднього розміру ока, і, відповідно, посилення рефракції, які збігаються з періодами інтенсивного росту у дітей та підлітків. Раніше виявлена можлива залежність між психоемоційним станом пацієнтів і прогресуванням захворювання, розроблено методи психокорекції. Однак, відсутні дані щодо ефективності розроблених методів психокорекції дезадаптивних порушень у віддалений період після лікування.

Мета. Оцінити віддалені результати психокорекції дезадаптивних індивідуально-психологічних характеристик у пацієнтів з міопією.

Матеріал і методи. Під наглядом знаходилися 71 студент з міопією, 43 — з еметропією. Для діагностики індивідуально-психологічних особливостей використовувалися: тест Спілбергера-Ханіна, методика «особистісного диференціала», методика діагностики ірраціональних настанов А. Елліса, методика Амірхана для визначення домінуючих копінг-стратегій, тест ЛОБІ, структуроване клінічне діагностичне інтерв'ю. Оцінка психоемоційного стану проводилася в умовах спокою і в умовах екзаменаційного стресу. За даними психодіагностичного дослідження студенти з міопією були розділені на три групи корекції. Лікування проводилося із застосуванням когнітивно-поведінкової терапії, раціонально-емоційної терапії, арт-терапії, фармакотерапії. Повторне діагностичне обстеження і терапія проводилися через рік після попередньої.

Результати. Застосування медико-психологічного корекційного комплексу дозволяло статистично достовірно зменшити кількість психологічних порушень у студентів з міопією. Збільшувалася частота використання активних поведінкових стратегій, спрямованих на самостійне вирішення виникаючих проблем. Досягнуті показники зберігалися протягом року спостереження, впродовж якого збільшувалася кількість пацієнтів з гармонійним типом ставлення до хвороби. Однак через рік після лікування кількість пацієнтів з міопією з високою ситуативною тривожністю, астеничними і афективними проявами психопатологічного синдрому збільшувалася, що вимагало повторного призначення психокорекційної терапії.

Висновки. Застосування запропонованого алгоритму психологічного супроводу хворих з міопією, який передбачає на I етапі проведення діагностики психоемоційного стану хворих з міопією; на II етапі — визначення мішеней і формування груп психокорекційної терапії; на III етапі — диференційоване використання когнітивно-поведінкової терапії, раціонально-емоційного тренінгу, що дозволяє ефективно коригувати психоемоційний стан пацієнтів. Ефективність проведеного лікування і тривалість досягнутого терапевтичного ефекту збільшується при своєчасному застосуванні повторних курсів психотерапії.

Ключевые слова: миопия, индивидуально-психологические особенности, психокоррекция.

Ключові слова: міопія, індивідуально-психологічні особливості, психокорекція.

Введение. В настоящее время ряд авторов описывает влияние психоэмоционального статуса на рефрактогенез глаза ребенка и на развитие миопии, в частности [1]. Отмечено, что большинство здоровых детей в возрасте 15–16 лет с нормальным

резервом аккомодации имеют слабый тип нервной системы по тесту скорости движений правой рукой [2]. В свою очередь, у подростков с быстрым про-

грессированием миопии отмечено преобладание нисходящего (слабого) и промежуточного типов динамики максимального темпа движений кисти, по сравнению с подростками с медленным прогрессированием миопии. Выявленная тенденция может свидетельствовать о низкой лабильности нервной системы у пациентов с быстрым прогрессированием миопии, а, следовательно, о низкой устойчивости к воздействию стрессовых факторов [3].

Оценка психофизиологического статуса на основании изучения окулодинамических параметров зрительных функций позволяет определять индивидуальные особенности нейродинамической работы мозга, в частности по анализу зрительно-пространственной информации, характеризуя различные стратегии деятельности мозга, оценку индивидуальности, стиль эмоционального реагирования и индивидуальное соотношение моторных и сенсорных свойств личности [4]. Увеличение числа миопов среди школьников и студентов обуславливает необходимость изучения психоэмоционального состояния и личностных характеристик пациентов данной категории.

Характерной особенностью динамики прогрессирования миопии является асимметричный темп с наличием периодов быстрого увеличения переднезаднего размера оси глаза, и, соответственно, усиления рефракции, которые совпадают с периодами интенсивного роста у детей и подростков. Ранее выявлена возможная зависимость между психоэмоциональным состоянием пациентов и прогрессированием заболевания, разработаны методы психокоррекции [5, 6]. Однако отсутствуют данные относительно эффективности разработанных методов психокоррекции дезадаптивных нарушений в отдаленный период после лечения.

Цель исследования. Оценить отдаленные результаты психокоррекции дезадаптивных индивидуально-психологических характеристик у пациентов с миопией.

Материал и методы

Под наблюдением находились 71 студент Одесского национального медицинского университета в возрасте от 17 лет до 23 лет с миопией от $-1,0$ до $-10,0^D$; группу контроля составляли 43 студента с эмметропией. Всем проведено стандартное офтальмологическое обследование. Консервативное лечение проводилось на базе университетской клиники № 2 Одесского национального медицинского университета и включало фосфенстимуляцию, электрофорез спазмолитиков, массаж воротниковой зоны. Диагностика психоэмоционального статуса и коррекция его нарушений проводились на кафедре социальной помощи, общей и медицинской психологии Одесского национального медицинского университета.

Клинические наблюдения включали пять последовательных этапов. На первом этапе (диагностическом) после получения информированного согласия исследовали психоэмоциональное состояние студентов в условиях эк-

заменационного стресса. При этом оценивали ситуативную тревожность при помощи теста Спилберга-Ханина [7], личностные характеристики по методике «Личностного дифференциала» [8], диагностировали иррациональные установки по методике А. Эллиса [9], доминирующие копинг-стратегии по методике Амирхана [10], психическое реагирование на соматическое заболевание по тесту ЛЮБИ [11], сформированные дезадаптивные реакции оценивали при помощи структурированного клинического диагностического интервью [12, 13, 14, 15].

На основании полученных результатов формировались группы для проведения психокоррекции (второй этап клинических наблюдений). Для психокоррекции применяли когнитивно-поведенческую терапию, эмотивно-рациональную терапию, арт-терапию, фармакотерапию (табл. 1). Групповые сеансы психокоррекции проходили один раз в неделю в течение четырех месяцев во всех группах наблюдения. У студентов с более выраженными психоэмоциональными нарушениями дополнительно к этому назначали серию индивидуальных встреч с психологом дважды в неделю по 50 минут в течение месяца, при этом применяли когнитивно-поведенческую терапию, элементы арт-терапии. В ряде случаев лечение потребовало введения в схему психокоррекции фармакотерапии (пероральный прием мебекара согласно инструкции к применению) за месяц до и во время экзаменационной сессии.

На третьем этапе для оценки эффективности применения медико-психологического коррекционного комплекса проведено повторное психодиагностическое тестирование во время следующей экзаменационной сессии, после пяти-месячного курса терапии. Результаты проведенных на 1–3 этапах исследований изложены в предыдущих публикациях [5, 6].

На четвертом этапе клинических наблюдений оценивали психоэмоциональное состояние студентов через год после завершения третьего этапа с применением вышеперечисленных методик. По результатам диагностики проводили повторный курс психокоррекционной терапии.

Таблица 1. Мишени и этапы психокоррекционной терапии студентов с миопией

| Группа коррекции | Мишени медико-психологической помощи | Психологические интервенции |
|------------------|---|---|
| I | Повышение ситуативной тревожности Иррациональные установки Дезадаптивные копинг-стратегии | Групповая психотерапия |
| II | Высокий уровень личностной тревожности Низкий уровень стрессоустойчивости Низкая самооценка Неадекватное отношение к болезни | Групповая психотерапия + Индивидуальное психологическое консультирование |
| III | Психопатологические проявления дезадаптации | Групповая психотерапия + Индивидуальное психологическое консультирование + Фармакотерапия |

Таблица 2. Влияние психокоррекции на изменение количества миопов с разным уровнем ситуативной тревожности в условиях стресса — n (%)

| Уровень ситуативной тревожности | До психокоррекции | | После психокоррекции | | Через 1 год после психокоррекции | | Через 1 год после повторной психокоррекции | |
|---------------------------------|-------------------|------|----------------------|------|----------------------------------|------|--|------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Высокий | 23 | 32,4 | 8 * | 11,3 | 12* | 16,9 | 10* | 14,1 |
| Средний | 33 | 46,5 | 30 | 42,2 | 31 | 43,7 | 31 | 43,7 |
| Низкий | 15 | 21,1 | 33* | 46,5 | 28* | 39,4 | 30* | 42,2 |

Примечание. * — $p < 0,05$ по сравнению с показателями до лечения; n — количество больных

На пятом этапе наблюдения оценивали психоэмоциональный статус пациентов с миопией через год после завершения четвертого этапа.

Статистический анализ полученных результатов проводили с помощью непараметрических методов [16].

Результаты и их обсуждение

По данным проведенных ранее исследований, характерными особенностями психоэмоционального статуса у больных миопией является повышенная ситуативная тревожность, преобладание иррациональных установок, низкий и средний уровень самооценки [5], значительное количество пациентов характеризуются тревожным типом отношения к болезни, дезадаптивными проявлениями психопатологического синдрома, неактивными поведенческими копинг-стратегиями [6]. На основании этих данных были разработаны этапы психокоррекционного сопровождения больных миопией и проведена оценка ее эффективности [6].

В последующих клинических наблюдениях оценивали, насколько стойкими оказались результаты проведенной психокоррекции. В результате проведенных исследований выявлено увеличение количества пациентов с повышенной ситуативной тревожностью в условиях экзаменационного стресса на 50,0 % через год после проведенных психокоррекционных мероприятий (табл. 2). Однако их количество статистически достоверно было меньшим, чем до лечения ($p < 0,05$). У всех пациентов с миопией, находившихся под наблюдением, провели повторный курс психокоррекционных мероприятий и оценку психоэмоционального статуса еще спустя один год. Оказалось, что количество больных с повышенной ситуативной тревожностью уменьшилось и их количество статистически достоверно не отличалось от группы после первого психокоррекционного лечения. Полученные данные свидетельствуют о том, что для достижения стойкого эффекта психокоррекционной терапии необходим динамический мониторинг психоэмоционального статуса пациентов с миопией и своевременное назначение повторного курса психокоррекционных мероприятий.

Взаимосвязанными, с нашей точки зрения, оказались показатели уровня ситуативной тревожности и отношения пациентов к болезни. Так, после

психокоррекционных мероприятий наблюдалось уменьшение количества больных с тревожным типом отношения к болезни и увеличение количества больных с гармоническим типом, характеризующимся реальным ее осмыслением и ответственным отношением к лечению. Стоит отметить, что в отличие от ситуативной тревожности, перераспределение пациентов по отношению к болезни оказалось более стабильным. Через год после завершения психокоррекции не отмечалось увеличения количества больных с тревожным типом отношения к болезни (табл. 3), для которого характерны уверенность в неблагоприятном течении заболевания (уверенность в дальнейшем прогрессировании миопии), беспокойство по поводу возможных осложнений, уверенность в неэффективности лечения, неспособности его противодействовать прогрессированию заболевания и постоянный поиск новых способов терапии.

Отмечена тенденция к уменьшению количества больных с ипохондрическим типом отношения к болезни (проявляется чрезмерным сосредоточением на субъективных и других неприятных ощущениях — субъективным ощущением снижения остроты зрения, особенно в периоды интенсивной зрительной нагрузки), стремлением постоянно рассказывать окружающим о симптомах болезни (частые обращения к врачу с целью проверки

Таблица 3. Влияние психокоррекции на распределение пациентов с миопией по типам отношения к болезни — n (%)

| Типы отношения к болезни | До психокоррекции | После психокоррекции | Через 1 год после психокоррекции | Через 1 год после повторной психокоррекции |
|--------------------------|-------------------|----------------------|----------------------------------|--|
| Гармонический | 34 (47,9) | 45 | 50* | 53* |
| Тревожный | 18 (25,4) | 11 | 9 | 6* |
| Ипохондрический | 13 (18,3) | 12 | 11 | 11 |
| Анозогностический | 4 (5,6) | 2 | 1 | 1 |
| Эргопатический | 2 (2,8) | 1 | 0 | 0 |

Примечание. * — $p < 0,05$ по сравнению с показателями до лечения.

остроты зрения); анозогностическим (проявлялся в активном отвержении мыслей о болезни и о ее возможных последствиях, легкомысленным отношением к ней, пренебрежением к советам врачей, отказом от систематического наблюдения за прогрессированием миопии) и эргопатическим (чрезмерно ответственным отношением к болезни и ее лечению, строгим систематическим контролем за прогрессированием заболевания, обусловленным стремлением сохранить качество жизни). Не исключено, что статистически значимое уменьшение количества больных с тревожным типом отношения к болезни, а также тенденция к снижению количества пациентов с ипохондрическим, анозогностическим и эргопатическим типами отношения к болезни связана с использованием пациентами активных копинг-стратегий поведения, что приводит к переосмыслению болезни и появлению большей уверенности в благополучном ее исходе.

Стабильными оказались и изменения превалирующих поведенческих копинг-стратегий, которые использовали пациенты трех групп до и после кор-

рекционного вмешательства. Количество пациентов, использующих активные поведенческие стратегии, направленные на самостоятельное решение проблем, за год наблюдения не изменилось.

Через год после наблюдения у пациентов оценивали также проявления психопатологического синдрома. Обращает на себя внимание отсутствие навязчивых и истерических проявлений психопатологического синдрома. Вместе с тем в течение года после проведенного психокоррекционного лечения вновь увеличивается количество пациентов с эмоциональной лабильностью, раздражительностью, повышенной физической утомляемостью, расстройством глубины и продолжительности сна. Данные нарушения устранялись проведением повторного курса психокоррекционной терапии (табл. 4).

Применение предложенного алгоритма психологического сопровождения больных миопией, который предполагает на I этапе проведение диагностики психоэмоционального состояния больных с миопией (определение самооценки, уровня

Таблица 4. Распределение студентов с миопией и эметропией по наличию проявлений максимально выраженного психопатологического синдрома — n (%)

| Проявления психопатологического синдрома | | Эметропия | Миопия | | | |
|--|--|----------------|-------------------|----------------------|----------------------------------|--|
| | | | До психокоррекции | После психокоррекции | Через 1 год после психокоррекции | Через 1 год после повторной психокоррекции |
| Аффективные | Повышенное настроение | 8 (18,6 %) | 9 (12,7 %) | 10 (14,1 %) | 10 (14,1 %) | 9 (12,7 %) |
| | Эмоциональная лабильность | 4 (9,3 %) | 27* (38,0 %) | 20 (28,2 %) | 29* (40,8 %) | 16 (22,5 %) |
| | Сниженное настроение | 7 (16,3 %) | 21 (29,6 %) | 14 (19,7 %) | 16 (22,5 %) | 12 (16,9 %) |
| | Чувство тревоги | 11 (25,6 %) | 39* (54,9 %) | 29* (40,8 %) | 32* (45,1 %) | 17 (23,9 %) |
| | Чувство страха | 2 (4,7 %) | 11 (15,5 %) | 3 (0,04 %) | 3 (0,04 %) | 1 (0,01 %) |
| Астенические | Раздражительность | 9 (20,9 %) | 32* (45,1 %) | 17 (23,9 %) | 32* (45,1 %) | 18 (25,4 %) |
| | Повышенная физическая утомляемость | 8 (18,6 %) | 38* (53,5 %) | 23 (32,4 %) | 28* (39,4 %) | 21 (29,6 %) |
| | Снижение инициативности, пассивность | 3 (7,0 %) | 26* (36,6 %) | 14 (19,7 %) | 17* (23,9 %) | 10 (14,1 %) |
| | «Усталость не ищущая покоя», нетерпеливость | 2 (4,7 %) | 29* (40,8 %) | 9 (12,7 %) | 11 (15,5 %) | 10 (14,1 %) |
| Вегетативные и психосоматические | Расстройства глубины и продолжительности сна | 7 (16,3 %) | 28* (39,4 %) | 21 (29,6 %) | 28* (39,4 %) | 20 (28,2 %) |
| | Расстройства засыпания | 5 (11,6 %) | 21* (29,6 %) | 4 (0,06 %) | 11 (15,5 %) | 5 (0,07 %) |
| | Повышение артериального давления | 1 (2,3 %) | 3 (4,2 %) | 11 (15,5 %) | 1 (0,01 %) | 0 |
| | Вегетативная боль, в том числе головная | 9 (20,9 %) | 24 (33,8 %) | 17 (23,9 %) | 15 (21,1 %) | 12 (16,9 %) |
| Навязчивые | Фобии | 0 | 2 (2,8 %) | 0 | 0 | 0 |
| Истерические | Истерический тремор | 0 | 1 (1,4 %) | 0 | 0 | 0 |

Примечание. * — $p < 0,05$ по сравнению с контрольной группой (эметропия).

тревожности, типа отношения к болезни, наличия иррациональных установок, копинг-стратегий, проявлений выраженности психопатологического синдрома); на II этапе — определение мишеней и формирование групп психокоррекционной терапии; на III этапе — дифференцированное использование когнитивно-поведенческой терапии,

рационально-эмотивного тренинга позволяет эффективно корригировать психоэмоциональное состояние пациентов. Эффективность проведенного лечения и продолжительность достигнутого терапевтического эффекта увеличивается при своевременном применении повторных курсов психотерапии в соответствии с имеющимися показаниями.

Литература

1. **Кот О. А.** Современное представление об этиологии, патогенезе и лечении спазмов аккомодации (обзор литературы) / О. А. Кот, В. И. Злобина // Таврич. мед.-биол. вестн. — 2011. — Т. 14, ч. 2, № 56. — С. 276–281.
2. Особливості акомодційно-конвергентно-зіничної системи ока і психофізіологічного статусу школярів / Пасечнікова Н. В., Дегтяренко Т. В., Шакір М. Х. [та ін.] // Офтальмол. журн. — 2008. — № 1. — С. 6–11.
3. **Агаева Р. Б.** Близорукость у лиц молодого возраста и подростков в Азербайджанской республике / Р. Б. Агаева // Офтальмология. Восточная Европа. — 2014. — № 2. — С. 48–53.
4. **Дегтяренко Т. В.** Комплексна оцінка психофізіологічного статусу школярів з використанням методу пулілографії / Т. В. Дегтяренко, О. В. Ушан, Н. М. Бушуева // Наука і освіта. — 2004. — № 4–5. — С. 20–23.
5. **Ульянова Н. А.** Інформаційний стрес як фактор впливу на психоемоційний стан хворих на міопію / Н. А. Ульянова, К. В. Аймедов, О. В. Кривоногова // Вісник проблем біології і медицини. — 2014. — № 3. — С. 212–216.
6. **Ульянова Н. А.** Психокоррекция дезадаптивных индивидуально-психологических характеристик больных с миопией / Н. А. Ульянова, К. В. Аймедов, О. В. Кривоногова, Л. В. Венгер // Офтальмология. Восточная Европа. — 2014. — № 4. — С. 21–30.
7. **Миронова Е. Е.** Сборник психологических тестов. Часть I / Миронова Е. Е. — Минск: Женский институт ЭНВИЛА, 2005. — 155 с.
8. **Каменюкин А. Г.** Антистресс-тренинг / А. Г. Каменюкин, Д. В. Ковпак. — СПб.: «Питер», 2008. — 224 с.
9. **Эллис А.** Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии / А. Эллис, У. Драйден. — СПб.: Речь, 2002. — 352 с.
10. **Amirkhan J. H.** Factor analytically driven measure of coping: the strategy indicator / J. H. Amirkhan // J. of Personality and Social Psychology. — 1990. — Vol. 59. — p. 1066–1074.
11. **Кабанов М. М.** Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / М. М. Кабанов, А. Е. Личко, В. М. Смирнов. — Л.: Медицина, 1983. — 312 с.
12. User's guide for SCID-I Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, research version / First M., Gibbon M., Spitzer R., Williams J. — New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute, 2012. — 147 p.
13. **Табачников С. І.** Актуальні проблеми психолого-психіатричної та психотерапевтичної допомоги постраждалим внаслідок техногенних аварій та катастроф / С. І. Табачников // Арх. психіатрії. — 2002. — № 1. — С. 5–8.
14. **Табачников С. І.** Деякі особливості клінічної структури й динаміки психічних розладів у постраждалих внаслідок аварій та катастроф техногенного характеру / С. І. Табачников // Арх. психіатрії. — 2003. — № 2. — С. 11–13.
15. **Табачников С. І.** Значение риск-факторов в формировании пограничных психических расстройств у работников угольной промышленности Украины / С. І. Табачников // Український медичний альманах. — 2004. — Т. 7, № 4. — С. 146–148.
16. **Гланц С.** Медико-биологическая статистика / С. Гланц. — М.: Практика, 1998. — 459 с.

Поступила 25.04.2016