

Возможности интерпретативного феноменологического анализа при диагностике, терапии и реабилитации пациентов с непсихотическими депрессивными расстройствами (на клинической модели бронхиальной астмы)

Н.Д. Семенова^{1,2}, кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник Московского НИИ психиатрии, доцент кафедры клинической психологии;

Е.А. Михайлова², студент;

Т.В. Довженко¹, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник Московского НИИ психиатрии.

¹ Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского Минздрава РФ (107076, г. Москва, ул. Потешная, д.3, к. 10).

² Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова Минздрава РФ, институт клинической психологии и социальной работы (117997, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1).

В работе, представляющей собой малое пилотажное исследование, проанализированы самоотчеты пациентов с бронхиальной астмой по результатам ранее проведенных групповых занятий психосоциальной терапией. Всего изучено 54 самоотчета взрослых больных. Качественный анализ с опорой на метод интерпретативного феноменологического анализа позволил выделить две ключевых темы переживаний болезни: Паника / Страх и Сдерживание / Соккрытие. Опыт пациентов может быть использован при диагностике, терапии и реабилитации пациентов с непсихотическими депрессивными расстройствами, в части внесения соответствующих и важных изменений в психосоциальные вмешательства.

Ключевые слова: непсихотические депрессивные расстройства, бронхиальная астма, психологические факторы (субъективная симптоматология), интерпретативный феноменологический анализ.

The possibilities of interpretative phenomenological analysis in the diagnosis, therapy and rehabilitation of patients with non-psychotic depressive disorders (based on the clinical model of bronchial asthma)

N.D. Semenova^{1,2}, Candidate of Psychological Sciences, Leading researcher at the Moscow Research Institute of Psychiatry, Associate Professor of the Department of Clinical Psychology;

E.A. Mikhaylova², student;

T.V. Dovzhenko¹, MD, Chief Researcher at the Moscow Research Institute of Psychiatry.

¹ Moscow Research Institute of Psychiatry is a branch of the V.P. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology of the Ministry of Health of the Russian Federation (107076, Moscow, Poteshnaya str., 3, room 10).

² Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education N.I. Pirogov Russian National Research Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Institute of Clinical Psychology and Social Work (117997, Moscow, Ostrovityanova str., 1).

The work, a small pilot study, used self-reports from patients with bronchial asthma based on the results of previously conducted group psychosocial therapy sessions. A total of 54 self-reports from adult patients were studied. Qualitative analysis using the method of interpretive phenomenological analysis allowed us to identify two critical themes of illness experiences: Panic / fear and Confinement/concealment. Patients' experiences can be used in the diagnosis, treatment, and rehabilitation of patients with non-psychotic depressive disorders to make appropriate and essential changes in psychosocial interventions.

Keywords: non-psychotic depressive disorders, bronchial asthma, psychological factors (subjective symptomatology), Interpretative Phenomenological Analysis.

Введение. Среди депрессивных расстройств существенно преобладают непсихотические формы, которые могут иметь различную этиопатогенетическую природу и иные различающиеся характеристики [6]. Клиническая модель бронхиальной астмы (БА) хорошо иллюстрирует данный тезис. БА относится к категории заболеваний, в этиопатогенезе которых существенную роль играют психологические факторы и механизмы. Клиницисты говорят о кризисе медикаментозного лечения БА, росте тяжелых гормонозависимых её форм с осложнениями [3, 9, 12]. В определенной степени это связано с тенденцией к назначению гормональных средств больным БА без достаточного учета показаний и противопоказаний: врачи склонны делать выводы о тяжести состояния и назначении кортикостероидов, ориентируясь, подчас, на актуальное психологическое состояние больного, «субъективную симптоматику», нежели на объективную клиническую картину. В других случаях, напротив, врач может полностью игнорировать психологические средовые факторы и субъективный опыт пациента.

Важность психосоциальных факторов в диагностике, терапии и реабилитации больных БА обсуждается в клинических руководствах, включая международные и национальные клинические рекомендации, выделяются уязвимые группы больных и т.п. [5–7]. В перекрестных исследованиях сообщается о положительной связи между астмой и рядом психических расстройств, включая непсихотические депрессивные расстройства [14]. Ретроспективное когортное исследование, охватившее 8841 пациента в возрасте от 18 до 85 лет, ставило целью выяснить, может ли уже существующая болезнь предсказать вероятность возникновения различных типов тревожных и других аффективных расстройств. Было показано, что у пациентов, болезнь которых продолжалась более полугода, наличествовал высокий риск развития панического расстройства, обсессивно-компульсивного расстройства, посттравматического стрессового расстройства, биполярного расстройства, мании и гипомании [14]. Другие авторы приводят основные принципы диагностики непсихотических психических расстройств при БА [4], разрабатывают программы психосоциальной реабилитации в структуре комплексного лечения и реабилитации пациентов [4, 15].

Исследования психологических факторов БА обширны и весьма неоднородны [1, 2]. Тем более интересен описательный обзор влияния психологических дисфункций на БА, сделанный с опорой на электронную базу MEDLINE, EMBASE, CINAHL и Кокрейновскую библиотеку, дополненный ручным поиском библиографии и запросами мнений экспертов, клиницистов и психологов [15]. Влияние психологических факторов на астму классифицируется авторами в соответствии с известным разделением на аффективную, когнитивную и по-

веденческую сферу пациентов. Так, аффективные нарушения могут привести к недостаточному (дефицитарному) контролю болезни, определенным образом модулирующему активность заболевания, — следствием чего является наблюдаемое у больных БА неадаптивное поведение (неадаптивное дыхательное поведение, дисфункциональное дыхание, нарушение координации действий для поддержания должного контроля над заболеванием и т. п.). Понятно, что все три области психологических дисфункций, переплетаясь одна с другой, приводят к образованию «порочного круга» [15]. Перспективным считается развиваемое в последние годы направление исследований [11], позволяющее подойти к пониманию вышеназванных сложных взаимодействий за счет предоставления исследователю многоплановой информации о «субъективной симптоматологии», чувствах и мыслях пациентов, о понимании ими жизни с болезнью, способах коммуникации с врачом и т. п.

Субъективный опыт переживания болезни пациентами с БА очень важен в клиническом контексте. Однако, как и при исследовании внутренней картины болезни (ВКБ) [8], методическая задача здесь чрезвычайно сложна. В противовес традиционным подходам (тесты, опросники), ВКБ чаще исследуют с привлечением психосемантических методик разного типа, модифицированных проективных методик (рисуночных или по типу ТАТ [Тематический апперцептивный тест]), а также различных экспериментальных процедур (например, плацебо-эффект). К данному арсеналу методик относят и интерпретативный феноменологический анализ (ИФА, англ. [IPA]) [10]. «Сырым материалом» ИФА, как и многих качественных исследований, является обыденный язык — в противовес языку цифр как материалу количественных методов. Путь получения этого «сырого материала» — самоотчеты и самоописания пациентов. Имея дело с особым предметным содержанием — субъективным миром больного, исследователь опирается на традиции феноменологии.

Целью эмпирического исследования является изучение опыта переживания болезни больными БА.

Материалы и методы. В работе, представляющей собой малое пилотажное исследование, использованы самоотчеты пациентов по результатам ранее проведенных групповых занятий психосоциальной терапии (психосоциальная реабилитация, группы поддержки для больных, Астма-школа и т. д.) на базе клиники Научно-исследовательского института пульмонологии ФМБА России. Всего изучено 54 самоотчета взрослых больных БА. В качестве основного метода анализа использовался интерпретативный феноменологический анализ. Работа строилась строго по процедуре реализации метода (5 этапов), как пошаговый систематический анализ феноменологического материала с вычленением категорий разного порядка [10].

Результаты и обсуждение. В трактовке результатов авторы придерживались критериев Elliott, Fischer и соавт. [Цит. по 13], предложенных для оценки качественных исследований в клинической психологии. Выделено две ключевых темы:

1. Паника / Страх;
2. Сдерживание / Сокрытие.

Ниже представлены фрагменты самоотчетов (более развернутый их перечень, хотя и не полный, дан в ПРИЛОЖЕНИИ).

1. Больной Ш.: *Как описать то, что я чувствовал тогда? Страшно! Задыхаюсь! И от сумасшедшего частого дыхания испаряется много влаги... Очень неудобная поза, но разогнуться не могу, лучше упереться в спинку кровати, в собственные колени...*

2. Больная Л.: *Как только со мной это начинается, я сразу ухожу в свою комнату и запираюсь там, чтобы муж и дочь не слышали этих жутких хрипов. Душа болит, все запикивает вовнутрь. Все это давит и не находит выхода. Я устала скрывать свой диагноз на работе...*

Метод ИФА позволяет изучить специфические паттерны опыта переживания болезни, своего рода скрытые, закодированные послания клиницисту. Опыт переживания болезни может быть или барьером, или ресурсом на пути к целому ряду результатов, связанных с диагностикой, терапией и реабилитацией больных. Наши данные согласуются с данными других авторов, сделанными на иных популяциях пациентов, но с привлечением сходного методического инструментария [11]. Преходящие и подвижные поначалу образования в виде ситуативных депрессивных реакций на обострение болезни (преувеличение болезненной симптоматики, беспомощность, зависимость), без направленного психосоциального воздействия, с опорой на партнёрское взаимодействие психиатров, психологов и интернистов, могут далее консолидироваться. Сами по себе, переживания пациента, соответствующие выделенным ключевым темам (Паника / Страх и Сдерживание / Сокрытие), могут стать источником аффективных расстройств, депрессивных реакций, привести к личностным изменениям и, в конечном итоге, к стойкой инвалидизации больного.

На основании данного, пусть и малого пилотажного исследования, с использованием самоотчетов пациентов по результатам групповых занятий психосоциальной терапией, можно внести предложения (на предмет изменений) в клинические рекомендации по дифференцированной диагностике, терапии и реабилитации пациентов с непсихотическими депрессиями. Так, психосоциальные вмешательства (психообразование и др.) можно дополнить, опираясь на собственно опыт пациентов с БА. Самоотчеты пациентов очерчивают важную зону работы клинициста в плане

реализации методов комбинированной (психофармакология, психотерапия) терапии на фоне базовой (лекарственной) терапии БА. Речь идет, например, о переименовании тематики модулей: вместо «Психообразование» и «Группы поддержки для больных» — «Паника / Страх — Совместное обучение преодолению» и «Сдерживание / Сокрытие — Совместные размышления». Такие изменения в формулировках сделают вмешательство более доступным и понятным для больных. Возможно и привлечение дополнительных средств в виде привлекательного графического дизайна сопроводительных материалов для психосоциальной терапии, ориентированных на пациентов молодого возраста.

Результаты данного эмпирического исследования, сделанного с методологических позиций качественного анализа, помогут составить исследовательский протокол последующего этапа.

Заключение и перспективы. Представленный в работе анализ самоотчетов пациентов с БА очерчивает важную зону работы. За позицией пациента, как видим, стоит скрытое, закодированное послание клиницисту. Возможно, опора на те знания, что дает субъективная оценка, будет наиболее надежным предиктором успеха лечения, которому, в свою очередь, предшествует принятие оптимальных клинических решений при ведении пациентов с непсихотическими депрессиями. Ожидаемая практическая значимость выражается в повышении эффективности лечебно-диагностических и реабилитационно-профилактических мероприятий и расширении доступности психолого-психиатрической помощи.

Литература

1. Астафьева Н. Г. и др. Психологические дисфункции у женщин с бронхиальной астмой // Бюллетень сибирской медицины. — 2017. — Т. 16. — №. 2. — С. 71-86.
2. Боговин Л. В. и др. Влияние тревожно-депрессивных расстройств на течение бронхиальной астмы // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. — 2014. — №. 52. — С. 29-33.
3. Бродская О. Н. Бронхиальная астма с частыми обострениями: факторы риска и меры профилактики // Практическая пульмонология. — 2016. — №. 3. — С. 11-18.
4. Коростий В. И. Непсихотические психические расстройства и психологические факторы, влияющие на физическое состояние, у пациентов молодого возраста с психосоматической патологией // Международный медицинский журнал. — 2011.
5. Краснов В. Н. и др. Расстройства аффективного спектра в общей медицинской практике (принципы терапии и партнёрского взаимодействия психиатров и интернистов). — 2021.
6. Краснов В. Н. и др. Расстройства аффективного спектра при бронхиальной астме и их терапевтическая коррекция // Доктор. Ру. — 2010. — №. 4. — С. 34-38.
7. Куташов В. А., Попов Д. В. Особенности течения тревожно-депрессивных расстройств у больных бронхиальной астмой // Прикладные информационные аспекты медицины. — 2013. — Т. 16. — №. 1. — С. 72-75.
8. Николаева В. В., Тхостов А. Ш. Внутренняя картина болезни как феномен телесности // Психосоматика: телесность и культура. Учебное пособие для вузов. — М.: Академический Проект, 2009. — С. 101-174.

9. Ромасенко Л. В., Махов В. М., Чичкова Н. В. Функциональные (психосоматические) расстройства в общей медицинской практике // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. — 2019. — Т. 11. — №. 3. — С. 69-73.
10. Eatough V., Smith J. A. Interpretative phenomenological analysis // The Sage handbook of qualitative research in psychology. — 2017. — С. 193-209.
11. Hawke, L. D., Bennett, R., Sheikhan, N. Y., & Yanos, P. (2023). Lived experience adaptation of a psychosocial intervention for young adults with bipolar spectrum disorders: Process description and adaptation outcomes. *Early Intervention in Psychiatry*, 17(11), 1125–1130. <https://doi.org/10.1111/eip.13461>
12. Holgate S. T. et al. The future of asthma care: personalized asthma treatment // *Clinics in Chest Medicine*. — 2019. — Т. 40. — №. 1. — С. 227-241.
13. Levitt H. M. et al. Recommendations for designing and reviewing qualitative research in psychology: Promoting methodological integrity // *Qualitative psychology*. — 2017. — Т. 4. — №. 1. — С. 2.
14. Liang W., Chikritzhs T. Asthma history predicts the risk of affective disorders and anxiety disorders // *Health*. — 2013. — Т. 5. — С. 313-319.
15. Yii A. C. A., Koh M. S. A review of psychological dysfunction in asthma: affective, behavioral and cognitive factors // *Journal of Asthma*. — 2013. — Т. 50. — №. 9. — С. 915-921.

ПРИЛОЖЕНИЕ
APPLICATION

ФРАГМЕНТЫ САМООТЧЕТОВ ПАЦИЕНТОВ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ГРУППОВЫХ ЗАНЯТИЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Ключевые темы: Паника / Страх

Больная А.: Мне врач говорит: «Я никогда не пойму человека, которого привозят в острое отделение из-за того, что он 20–25 раз пользовался ингалятором, хотя прекрасно знает, что норма — это 5–6 раз в сутки». Врач! А мы его очень хорошо понимаем. Мы — люди опытные. Знаем, как рука сама тянется к ингалятору. Врач со мной спорит: «Я, все-таки, такого человека не понимаю. Ведь он знает, что сам себе навредит». А я ему отвечаю — не понимаете, потому что сами не болеете! Только тот, кто болеет, может понять другого астматика, который, когда ему плохо, не думает о каких-то там нормах — 5–6 раз. Рука сама идет в сторону ингалятора...

Больная С.: У меня — постоянные больничные. Поликлиники, одна больница, другая, постоянные приступы, лекарства целыми горстями и в жутких дозах. Одного [далее идет название препарата] принимала в день по 18–20 ингаляций. Но только так и держусь. Из-за болезни я совершенно оторвана от всего. В четырех стенах. Никуда не могу пойти. Ни в театр, ни в кино. Темные закрытые помещения не переношу. Сразу кашель, приступ — зрелище не для слуха и глаз посторонних. Физические нагрузки — то же самое.

Больная Ф.: С тех пор (после реанимации) появился дикий страх приступа, страх оказаться одной во время приступа.

Больной И. описывает свое состояние в астматическом статусе: *Моей целью было не потерять сознание... Очень высокая частота дыхания... Сердце бьется о черепную коробку, не давая мозгу засыпать... Тело ищет такое положение, чтобы не звенело в ушах и все вокруг не плыло...*

Сдерживание / Сокрытие

Больная А.: Я вспомнила о ситуации у меня на работе... Ведь бронхиальная астма — это не «внешняя» болезнь, а болезнь «внутренняя». Я хорошо выгляжу, и никто не подозревает, что я больна. На работе ко мне не очень хорошо относятся, потому что считают меня симулянткой.

Больной Ю.: Не все люди понимают нас. Наша страна — безграмотная какая-то, что ли. Я кашляю, а люди думают: «Значит, много курит». Понимаете, это обидно. А если я прихожу на работу после приступа — у меня такой вид (тем, кто болеет, не надо объяснять), окружающие сразу делают вывод: «Наверное, всю ночь пил».

Больной М.: Теперь (после начала групповых занятий психосоциальной терапии) появились люди, которым можно поведать все, что накопилось в душе, и то, что сейчас, и то, что было давно, что давило меня и не находило выхода...

Больной В., страдая в течение пяти лет астмой средней тяжести, скрывал её от сослуживцев, от семьи: Жене запретил говорить со мной об этом, и тем более раскрывать эту тайну детям.

Больная Л.: Я устала играть в жизни тяжелые роли, скрывать свой диагноз на работе, в общезжитии...

Больной М.: Дело не в физическом недуге. Разве это не видно при сравнении с другими тяжелобольными?! Астматическое удушье — ничто в сравнении с другим удушьем, которое так часто гложет душу. Может быть, это своего рода помешательство?

Больная А.: Какой отчужденной жизнью мы живем, никогда не поверяя друг другу того, что мы действительно думаем и чувствуем. Какое огромное дело делает (психолог), собрав нас не для стандартного общения... Помогая расслабиться, хоть немного сбросить с себя напряжение, облегчить ношу, которая давит сердце...

Больной И.: Занятия в группе помогли мне почувствовать себя снова человеком, который может позволить себе все или почти все (в смысле — жить, сняв самоограничения и барьеры, обусловленные болезнью). Можно жить обычной жизнью даже с таким заболеванием.