

**Уэйли Антон Кеннет**

магистрант

ФГАОУ ВО «Санкт-Петербургский политехнический

университет Петра Великого»

г. Санкт-Петербург

DOI 10.31483/r-150627

## АСПЕКТЫ АКТУАЛЬНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ ПРИ ТИННИТУСЕ

**Аннотация:** в статье описаны результаты исследования субъективного восприятия громкости у пациентов с тиннитусом, имеющих разный уровень развития актуальных способностей в ходе бимодальной нейромодуляции.

**Ключевые слова:** тиннитус, бимодальная нейромодуляция, симптом, актуальные способности, TFI, THI, минимальный уровень маскировки, субъективная громкость.

Тиннитус – постоянное субъективное звучание или звон, жужжание, обусловленное дезадаптивной пластичностью после звуковой или физической травмы [4, с. 2].

В клинической практике состояние пациента оценивают как по опросниковым шкалам, например, TFI и THI, так и по непосредственным самооценкам феноменологии, в частности, громкости ощущения [5, с. 13]. Однако именно несоответствие между динамикой опросников и повседневным переживанием симптома приводит к диагностической неопределённости и затрудняет коммуникацию «пациент-специалист» [4, с. 7–8].

Одним из возможных объяснений рассогласованности выступают различия в аффективно-когнитивной регуляции. В исследованиях Grayless, B.N. R., Combs J., Hausladen J. U., Hedrick M. S. Отмечено, что дефицит у пациентов актуальных способностей терпения и времени на фоне тревоги способствует усилению колебания субъективной оценки неблагополучия, тогда как поддерживаемые установки способностей – надежда, терпение способствуют повышению доверия к процессу лечения [3, с. 106–111; 4, с. 7–8].

Субъективный дистресс при тиннитусе обычно измеряют валидированными опросниками Tinnitus Functional Index (TFI) и Tinnitus Handicap Inventory (THI). В литературе TFI рассматривается как чувствительный к изменениям инструмент для оценки тяжести и терапевтического ответа, а THI – как распространённый краткий индекс влияния тиннитуса на жизнь пациента. Эти шкалы широко применяются, однако, как и всякие самоотчёты, отражают не только симптом, но и способы его интерпретации и переживания пациентом. Это может частично объяснять разрывы между аудиологическими улучшениями и динамикой опросников, наблюдаемые на практике.

С учётом того, что эмоциональные состояния и личностные ресурсы, по данным исследований, могут посредничать между громкостью тиннитуса и дистрессом, мы предположили, что профиль актуальных способностей частично объясняет, почему при сопоставимом снижении громкости у одних пациентов TFI/THI уменьшаются согласованно, а у других колеблются [3, с. 106–111; 4, с. 7–8].

Различия в характере «актуальных способностей» может приводить к разным результатам наблюдения [2, с. 43].

Мы предприняли исследование в формате формирующего эксперимента в котором приняли участие 10 взрослых людей с хроническим субъективным тиннитусом. Эксперимент заключался в проведении бимодальной стимуляции слуховой и соматосенсорной зон коры головного мозга на однотипных устройствах.

Объективные показатели включали минимальный уровень маскировки (Minimum Masking Level, MML), определяемый как минимальная интенсивность узкополосного шума, необходимая для маскировки тиннитуса; дополнительно участники ежедневно оценивали громкость по шкале 1–10.

Оценка дистресса выполнялась по TFI и THI (еженедельно). На основании клинико-психологического интервью, в котором ориентировочно оценивались актуальные способности (терпение, доверие, надежда, отношение ко «времени» как ресурсу и др.), участники были условно разделены на две группы:

1) группа А: выраженная спешка/дефицит времени, дефицит терпения раздражительность, повышенная тревожность;

2) группа В: терпение, доверие к процессу, надежда.

По итогам 6 недель MML и субъективная громкость снизились у большинства участников обеих групп. То есть объективный прогресс выглядел сопоставимым. На этом фоне траектории TFI/THI различались. Группа В демонстрировала преимущественно монотонное снижение TFI/THI, согласованное с улучшением по MML и самооценке громкости. Группа А при сходных объективных сдвигах показывала волнообразные или даже противоположно направленные изменения опросников (локальные ухудшения на отдельных неделях), что отражено на присланных графиках (табл. 1.)

Таблица 1

Динамика TFI и THI за 6 недель при бимодальной нейромодуляции

Участник	Показатель	Неделя 1	Неделя 2	Неделя 3	Неделя 4	Неделя 5	Неделя 6
<i>Группа А – дефицит «времени»/»терпения», тревожность; хаотичная динамика показателей TFI/THI</i>							
Участник 1	<i>TFI</i>	72	81	74	79	71	80
	<i>THI</i>	74	76	72	82	63	68
Участник 2	<i>TFI</i>	74	74	74	74	74	74
	<i>THI</i>	64	64	63	64	64	64
Участник 4	<i>TFI</i>	65	52	78	75	55	63
	<i>THI</i>	64	64	71	64	54	66
Участник 6	<i>TFI</i>	66	74	74	81	81	60
	<i>THI</i>	73	75	62	71	58	61
Участник 8	<i>TFI</i>	76	64	62	77	59	79
	<i>THI</i>	76	76	66	70	79	80
Участник 10	<i>TFI</i>	69	72	60	71	63	57
	<i>THI</i>	51	68	56	70	64	58
<i>Группа В – выраженные «актуальные способности» (надежда, терпение, вера); согласованное снижение TFI/THI</i>							
Участник 3	<i>TFI</i>	83	73	65	70	60	50
	<i>THI</i>	82	74	65	66	57	48
Участник 5	<i>TFI</i>	88	85	66	58	61	55
	<i>THI</i>	72	65	64	64	49	49
Участник 7	<i>TFI</i>	91	85	68	57	48	44
	<i>THI</i>	86	79	66	56	51	43

Участник 9	<i>TFI</i>	81	78	68	70	60	39
	<i>THI</i>	79	71	62	58	58	40
Сокращения: TFI – Tinnitus Functional Index; THI – Tinnitus Handicap Inventory. Частота оценок: еженедельно (6 недель).							

С учётом малой выборки можно осторожно трактовать эти различия как возможный эффект модерации: более развитые актуальные способности могли способствовать устойчивой позитивной переоценке симптома и, соответственно, более гладкой динамике в показателях опросников.

В терминах Н. Пезешкиана первичные способности: терпение, доверие, надежда, умение располагать временем потенциально поддерживают регуляцию аффекта и толерантность к дискомфорту; вторичные: пунктуальность, аккуратность, усердие и другие - задают рамку самодисциплины [2, с. 43]. В терапевтическом процессе акцент делается не на «дефиците», а на активации уже имеющихся способностей. В совокупности это может снижать перцептивную значимость шума.

Внешние данные дают основания полагать, что связь «громкость → дистресс» частично проходит через эмоциональную валентность/стресс. Следовательно, пациенты с большим «запасом» надежды/терпения/доверия предположительно легче удерживают стабильное эмоциональное состояние, и их опросниковые траектории чаще совпадают с аудиологическим прогрессом. Напротив, тревожность и эмоциональная нестабильность могут «раскачивать» TFI/THI, несмотря на уменьшение громкости тиннитуса.

Оценка эффективности вмешательств при тиннитусе, вероятно, выигрывает от добавления к THI/TFI психометрических и клинико-интервьюйных индикаторов, отражающих ресурсы пациента. Возможные кандидаты: индексы надежды (Herth Hope Scale/Herth Hope Index) и шкалы жизнестойкости (Wagnild & Young), а также качественная «инвентаризация» актуальных способностей в духе позитивной психотерапии [2, с. 69–74]. Эти инструменты могли бы объяснять часть межиндивидуальных различий при сходных аудиологических исходах и помогать планировать сопровождение, например, усиление фокуса на

«ситуативном поощрении» и тренировке терпения/доверия на этапах, когда MML уже улучшается, а THI/TFI «буксуют».

Обзоры по ведению тиннитуса подчеркивают целесообразность учёта психосоциальных факторов и коморбидностей наряду с аудиометрией. Наши наблюдения, возможно, «распаковывают» одну из причин такой необходимости является межличностные различия в актуальных способностях [4, с. 2, 7–9].

С учётом «скользящей» динамики в группе А мы предполагаем, что психотерапевтическое сопровождение пациентов с тиннитусом в рамках пятиступенчатой модели позволит повысить согласованность самооценок с объективной динамикой и улучшить комплаентность [2, с. 71–74].

Пятиступенчатая стратегия позитивной психотерапии увидеть смысл симптома поддерживая надежду на исцеление, тогда как регулярное обсуждение микро-доказательств прогресса способствуют поддержанию и развитию терпения, а совместная фиксация баланса четырёх сфер дает возможность осознанно регулировать баланс сфер жизни.

Предварительные наблюдения допускают, что различия в актуальных способностях (прежде всего в терпении, доверии и надежде) могут модерировать субъективную динамику TFI/THI при сопоставимом объективном улучшении (MML, самооценка громкости) [3, с. 106–111; 4, с. 7–9].

Мы планируем продолжить исследование в данном направлении и если наши предварительные данные подтвердятся, логичным шагом станет более широкое включение оценок психологических ресурсов в мониторинг эффективности терапии тиннитуса и применение инструментов позитивной психотерапии для их целенаправленного укрепления.

### ***Список литературы***

1. Пезешкиан Н. Психотерапия повседневной жизни: тренинг разрешения конфликтов / Н. Пезешкиан; пер. с нем. Ю.С. Наумовой. – СПб.: Речь, 2002. – 288 с.

2. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия: межкультурные и междисциплинарные аспекты на примере 40 историй болезни / Н. Пезешкиан; пер. с нем. Т.В. Куличенко. – М.: Медицина, 1996. – 464 с.
3. Grayless B.N.R., Combs J., Hausladen J.U., Hedrick M.S. The Effect of Perceived Tinnitus Disturbance on Hope // American Journal of Audiology. 2024. Vol. 33. No. 1. Pp. 106–111. DOI 10.1044/2023\_aja-23-00061. EDN TKLPOM
4. Biehl R., Boecking B., Brueggemann P., Grosse R., Mazurek B. Personality Traits, Perceived Stress, and Tinnitus-Related Distress in Patients With Chronic Tinnitus: Support for a Vulnerability-Stress Model // Frontiers in Psychology. 2020. Vol. 10. Art. 3093. DOI 10.3389/fpsyg.2019.03093. EDN PPOPNN
5. Оценка тяжести тиннитуса у военнослужащих после воздействия шума высокой интенсивности / В.В. Дворянчиков, М.С. Кузнецов, А.Е. Голованов [и др.] // Наука и инновации в медицине. – 2022. – Т. 7. №1. – С. 13–17. DOI 10.35693/2500-1388-2022-7-1-13-17. EDN NPHUEK