

УДК 616.89:616.36-002.2:615.851

*М. Г. Шекманов***ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ТА ТИПУ РЕАГУВАННЯ НА ЗАХВОРЮВАННЯ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ ВІРУСНИМ ГЕПАТИТОМ**

Харківська медична академія післядипломної освіти

Ключові слова: хронічний вірусний гепатит, психоемоційний стан, тип відношення до захворювання, медико-психологічна допомога

Захворювання на вірусний гепатит В у 10 – 20% та С – 60 – 80% випадків супроводжується хроніфікацією патологічного процесу [5]. Вірус гепатиту С є провідною причиною хронічного вірусного гепатиту (ХВГ) і гепатоцелюлярної карциноми (ГЦК), а також, приводячи до розвитку декомпенсації цирозу, є найбільш частим показанням до проведення трансплантації печінки [5, 6].

В цілому, серед соматичних захворювань інфекційна патологія займає особливе місце, за рахунок деяких якісних особливостей, а саме заразність хвороби (можливість інфікуватися самому та заразити іншу людину), циклічний характер перебігу (у більшості випадків), переважання серед клінічних проявів синдрому інтоксикації.

Хронічні захворювання, які схильні до прогресування та чий перебіг супроводжується загостреннями, потребують тривалого лікування, приводять до накопичення негативних емоцій та станів, і як наслідок, – формування хронічного стресу, що чинить дезадаптивний вплив на життя людини в цілому та проявляється, в тому числі, і психологічними реакціями, психопатологічними проявами, клінічно вираженими психічними порушеннями [1, 7 – 9, 11].

Перебіг ХВГ, окрім фізичних симптомів, супроводжується і рядом психопатологічних симптомів, а саме, слабкістю та втомлюваністю, дратівливістю, порушенням сну у вигляді утруднен-

ня засинання, скороченням та поверховості сну або підвищеної сонливості; пригніченим настроєм, тугою або апатією, зниженням інтересу до оточуючого, емоційною лабільністю, істеричними проявами, сенестопатією, негативізмом, психосенсорними розладами, ейфорією, порушенням свідомості [1, 2, 5, 7 – 9].

Варто зазначити, що вплив на психіку чинить не лише власне захворювання, але і специфічне лікування ХВГ. Так, застосування препаратів інтерферону може ускладнюватися небажаними побічними ефектами. За даними літератури, від 42 до 72 % пацієнтів застосування інтерферонів проковує виникнення психопатологічної симптоматики, в особливості депресивних проявів – інтерферон-індукована депресія (ІнІД) [1 – 3, 13].

Таким чином, враховуючи, характер захворювання (хронічний перебіг, заразність), життєво-важливі наслідки (висока ймовірність розвитку ГЦК, цирозу) та особливості лікування (пожиттєвий характер терапії, ІнІД), вплив на психіку (непсихотичні та психотичні психічні порушення), пацієнти на ХВГ потребують формування цілісної, комплексної системи медико-психологічної та психіатричної допомоги.

Метою дослідження було оцінити психоемоційний стан хворих на ХВГ, в особливості проявів тривоги та депресії, а також тип відношення до захворювання в аспекті планування та організації заходів медико-психологічної допомоги даній категорії пацієнтів.

**Матеріали та методи дослідження**

На базі КЛПУ «Міська інфекційна лікарня м. Димітрова Донецької області» протягом 2010 – 2012 років на основі інформованої згоди в перший тиждень перебування у стаціонарі було проведено психодіагностичне дослідження 128 хворих на ХВГ.

Для оцінки психоемоційного стану було ви-

користано суб'єктивні опитувальники – методику діагностики самооцінки тривожності Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна [12] та методику диференційної діагностики депресивних станів Зунге [12], а також шкалу об'єктивної оцінки депресії – Montgomery—Asberg Depression Rating Scale (MADRS) [4]. Визначення типу

відношення до захворювання проводилося за допомогою методики ТОБОЛ [14].

Montgomery–Asberg Depression Rating Scale (MADRS) є еквівалентною HAM-D (шкала оцінки депресії Гамільтона) по надійності оцінки депресивного стану, чутливості і точності моніторингу динаміки стану, містить меншу кількість пунктів, ніж HDRS (10 проти 21) та враховує всі основні симптоми депресії. Шкала призначена для швидкої і точної оцінки важкості депресії та зміни важкості стану в результаті терапії. Працювати зі шкалою може психіатр, психолог чи лікар загальної практики. Показники, що вимірюються оцінюють 10 змінних, відображують

ефективність лікування депресії.

Опитувальник ТОБОЛ розроблений в Науково-дослідному психоневрологічному інституті ім. Бехтерева на основі концепції психології відносин В. Н. Мясичева з метою оцінки особистісного реагування на хворобу. За допомогою опитувальника можна виявити 12 типів ставлення пацієнта до хвороби: гармонійний, ергопатичний, анозогнозичний, тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолічний, апатичний, сенситивний, паранояльний та дисфоричний.

Результати психодіагностичних досліджень оброблено методом математичної статистики за допомогою програми MS Excel v.8.0.3. [10].

### Результати дослідження та їх обговорення

У 75% пацієнтів з ХВГ було виявлено низький та середній рівні особистісної тривожності (ОТ відповідно  $28,9 \pm 4,5$  та  $46,1 \pm 5,0\%$ ), тоді як високий рівень особистісної тривожності реєструвався у  $25,0 \pm 4,3\%$  хворих (табл. 1). Високий показник особистісної тривожності вказував на наявність сприятливого підґрунтя для розвитку різноманітних станів психологічної дезадаптації, що у хворих на ХВГ становив 25%. Дана категорія пацієнтів складала групу ризику, відповідно до чого рівень ОТ підлягав реєстрації та враховувався у плануванні заходів медико-психологічної допомоги (МПД).

Рівень реактивної тривожності (РТ) у обстежених був вищим у порівнянні з показниками ОТ ( $46,2 \pm 1,7$  та  $38,9 \pm 2,5$  бала), тільки у 2/3 пацієнтів виявлено низький та середній рівні РТ (відповідно  $14,8 \pm 3,6$  та  $48,5 \pm 5,0\%$ ).

Показник реактивної тривожності відобра-

жав занепокоєння обумовлене наступними стрес-факторами:

- діагностуванням хвороби з несприятливим прогнозом і складними наслідками (висока ймовірність розвитку ГЦК, цирозу);
- потреба у госпіталізації та тривалому лікуванні;
- наявність побічних ефектів лікування (напр., інтерферон-індукована депресія);
- перебування у стаціонарі з пацієнтами, більшість з яких мають залежність від психоактивних речовин, ВІЛ/СНІД;
- усвідомлення факту, що хворі містять у собі небезпеку для інших (можуть інфікувати людей, в особливості близьких та рідних);
- формування недовіри та страху перед парентеральними медичними маніпуляціями, оперативними втручаннями;
- проблеми у сексуальній сфері.

Таблиця 1

### Рівні особистісної та реактивної тривожності у хворих на ХВГ ( $\% \pm m$ )

Рівень		
Реактивна тривожність	Низький	$14,8 \pm 3,6$
	Середній	$48,5 \pm 5,0$
	Високий	$36,7 \pm 4,8$
Середній рівень		$46,2 \pm 1,7$ бала
Особистісна тривожність	Низький	$28,9 \pm 4,5$
	Середній	$46,1 \pm 5,0$
	Високий	$25,0 \pm 4,3$
Середній рівень		$38,9 \pm 2,5$ бала

Дослідження за методикою Зунге показало, що у 86,7% хворих з ХВГ реєструвалися депресивні стани різного ступеня вираженості – від легкого до істинного депресивного стану (табл. 2). Легкий депресивний стан було виявлено у 22,7±4,2%, субдепресивний або масковану депресію – 52,3±5,0%, істинний – у 11,7±3,2%, відсутня – 13,3±3,4%. Тоді як за MADRS, що орієнтована на об'єктивну оцінку, депресивний стан легкого та середнього ступеню виявлено у 34,4±4,7% та 10,9±3,1% хворих на ХВГ, що було нижче за показники суб'єктивної оцінки власного стану пацієнтами.

Отже, показники суб'єктивної та об'єктивної оцінки відрізнялися. Подібне явище відобража-

ло високу особистісну значущість стресової ситуації, заглибленість в переживання, «прислуховування» до внутрішніх відчуттів.

Депресивні стани проявлялися у зниженому настрої, у S випадків поєднувався з тривогою (психічні та соматичні еквіваленти), самозвинуваченням, відчуттям неповноцінності, переживанням безвиході. У 72% пацієнтів відзначалася слабкість, в'ялість, безсилля, що викликало труднощі у виконанні фізичної та розумової праці. У 11% хворих депресивний стан поєднувався з внутрішньою напруженістю, дратівливістю, гнівливістю, дисфорією. Мали місце і іпохондричні прояви, що стосувалося, в основному, перспектив лікування та можливості видужання.

Таблиця 2

**Рівні депресивних проявів за методикою Зунге та MADRS у хворих на ХВГ (%±m)**

Рівень депресивних проявів за методикою Зунге	
Відсутня	13,3±3,4%
Легкий депресивний стан	22,7±4,2%
Субдепресивний стан або маскована депресія	52,3±5,0%
Істинний депресивний стан	11,7±3,2%
Середній рівень	52,5±1,3 бала
Рівень депресивних проявів за MADRS	
До 15 балів	54,7±5,0%
Легкий ступінь (15 – 25 балів)	34,4±4,7%
Середній ступінь (26 – 30 балів)	10,9±3,1%
Тяжкий ступінь (більше 31 бала)	0
Середній рівень	22,1±3,8 бала

Загалом соматичне захворювання супроводжується фізичними стражданнями, чинить вплив на психічну діяльність, відображається на соціальній сфері особистості. Поєднання вищеперелічених компонентів (фізичного, психічного, психосоціального), які різняться в залежності від нозології та особистісних факторів, і визначає індивідуальний психологічний стиль реагування на соматичне захворювання (табл. 3).

Аналіз впливу особистісного фактору та врахування соматичних чинників – важливий аспект у лікуванні соматичного хворого, в особливості при наявності хронічного захворювання з загрожуючими життю наслідками, потребою у тривалій терапії і відповідно прихильності до ліку-

вання (прийом медикаментів, дотримання лікувального режиму, дієти). Власне для хронічного захворювання потреба в тривалому лікуванні, і відповідно комплаєнс, є важливим фактором ефективності проведеної терапії. Тому на психологічному рівні тип відношення до захворювання постає значимим компонентом, який необхідно враховувати при плануванні заходів медичної та психологічної допомоги хворому.

Враховуючи тривалість лікування та значимість наслідків хвороби у пацієнтів на основі індивідуально-психологічних патернів подолання стресових ситуацій у поєднанні з поточними стрес-факторами відбувалося формування певного типу реагування на захворювання, що було значимим чинником у лікуванні хворого.

## Нозологічні та особистісні чинники впливу захворювання

Нозологічні чинники	Особистісні чинники
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Перебіг захворювання (гострий чи хронічний)</li> <li>• Симптоми та синдроми хвороби, які змінюють та впливають на якість життя хворого (напр., больовий синдром, зниження рухової активності)</li> <li>• Наслідки наявності захворювання та/або його лікування (інвалідизація, косметичні дефекти)</li> <li>• Прогноз хвороби (сприятливий або несприятливий)</li> <li>• «Соціальна прийнятність хвороби» (напр., ставлення суспільства до хворого на гіпертонічну хворобу та СНІД)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Особистісні властивості та акцентуації характеру</li> <li>• Тип реагування на захворювання;</li> <li>• Попередній досвід «поведінки у ситуації хвороби»</li> <li>• Стрес-долаюча поведінка</li> <li>• Фактор алекситимії</li> <li>• Локус контролю</li> <li>• Комунікативна компетентність та асертивність</li> </ul>

У табл. 4 наведено результати дослідження типу відношення до захворювання у пацієнтів на ХВГ. Типи відношення до хвороби групуються в три умовні блоки: перший блок містить типи відношення до хвороби, при яких психічна і соціальна адаптація істотно не порушується (гармонійний, ергопатичний та анозогностичний типи); другий блок включає типи, для яких характерна інтрапсихічна дезадаптація у зв'язку

із захворюванням (тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолічний та апатичний); у третій блок входять типи відношень, для яких характерна інтерпсихічна спрямованість особистісної дезадаптації у зв'язку із захворюванням (сенситивний, егоцентричний, дисфоричний та паранояльний типи). Відношення до хвороби може мати і змішаний (а в деяких випадках і дифузний) характер.

Таблиця 4

## Дослідження типу відношення до захворювання за методикою ТОБОЛ у хворих на ХВГ (%±m)

Параметр	n=128
Блок 1 (відсутність дезадаптації)	29,7±4,6
Гармонічний	3,9±1,9
Ергопатичний	7,0±2,6
Анозогностичний	18,8±3,9
Блок 2 (інтрапсихічна дезадаптація)	44,6±5,0
Тривожний	16,4±3,7
Тривожно-іпохондричний	5,5±2,3
Меланхолічний	7,0±2,6
Апатичний	5,5±2,3
Неврастенічний	10,2±3,0
Блок 3 (інтерпсихічна дезадаптація)	25,7±4,4
Сенситивний	11,7±3,2
Егоцентричний	7,0±2,6
Паранояльний	4,7±2,1
Тривожно-дисфоричний	2,3±1,5

У пацієнтів з гармонійним, анозогностичним та ергопатичним типами відношення до захворювання, які входять до блоку I, визначалися налаштування на позитивні результати лікування, збереження особистісної цілісності та активного (або такого як до хвороби) соціального

функціонування без ознак психічної та психосоціальної дезадаптації.

Так, анозогностичний тип було виявлено у 18,8±3,9% хворих. Даний тип проявлявся у досить легковажному ставленні до захворювання, відкиданням думок про тяжкі наслідки, усклад-

нення хвороби. Поява чи посилення симптомів захворювання часто приписувалося стороннім обставинам (порушенням дієти, іншим хворобам з більш сприятливим прогнозом). Однак, варто відмітити, що легкі ступені подібного типу відношення до захворювання мали і позитивний аспект, в сенсі того, що не обтяжували психічний простір інтенсивними негативними переживаннями.

При ергопатичному типі відношення до хвороби ( $7,0 \pm 2,6\%$ ) пацієнти значну кількість зусиль та часу приділяли професійній діяльності. Лікування здійснювалося по мірі значимості для можливості виконувати роботу. Відношення до обстеження на терапії було вибіркоким та залежало від того допомагає чи перешкоджає трудовій діяльності поточне лікування.

У разі домінування гармонійного типу ( $3,9 \pm 1,9\%$ ) у пацієнтів були присутніми твереза оцінка свого стану без схильності перебільшувати його тяжкість, оптимізм та позитивний настрій на лікування. Тяжкість хвороби сприймалася близько до реальності, у терапевтичному процесі домінувала установка на співпрацю з медичним персоналом – прагнення активно сприяти успіху лікування, небажання обтяжувати інших тяготами догляду за собою.

Блоки II та III включали типи, які характеризувалися наявністю психічної та психосоціальної дезадаптації, що формувалася в залежності від превалюючої спрямованості відреагування – «на себе» (інтрапсихічна) або оточення (інтерпсихічна).

У випадку домінування тривожного типу ( $16,4 \pm 3,7\%$ ) у хворих відмічалася наявність постійного занепокоєння результатами діагностичних процедур, об'єктивного обстеження, перебігу лікування, побічної дії лікарських препаратів. Мала місце неодноразова перепереверка пояснень лікарів щодо хвороби (консультації у декількох спеціалістів), даних діагностичного обстеження, постійна потреба у пошуку нової інформації про хворобу та способи її лікування, в тому числі і нетрадиційну медицину. У пацієнтів спостерігалися високий рівень тривожності, недовірливості (основана на страху пропустити будь-що), невпевненість у ситуації, що склалася. Пацієнти вимагали чіткого дотримання графіку процедур, детального виконання призначень, однак іноді самовільно приймали не приписані лікарем засоби (трав'яні настої, гомеопатичні ліки), постійно консультувалися з лікуючим лікарем з приводу нової інформації знайденої ними в Інтернеті, періодичних видан-

нях, почутої від інших хворих.

Хворі з тривожно-іпохондричним типом відношення до захворювання ( $5,5 \pm 2,3\%$ ) були схильні приділяти надмірну увагу суб'єктивним неприємним відчуттям, прагнули розповідати про них оточуючим, детально та ретельно описували всі зміни фізичного стану на оглядах. У психоемоційному стані сконцентрованість та внутрішніх дискомфортних відчуттях та прислуховування до них поєднувалася з внутрішньою напруженістю та тривожністю. Розповідь пацієнта містила перебільшення інтенсивності наявних симптомів, загальної тяжкості стану, відбувалося заниження позитивних досягнень лікування, з приводу будь-яких невдач терапії виникала тривожність. Висловлюване бажання видужати поєднувалося з протилежними діями у вигляді відмови від неприємних та болісних процедур, прийому медикаментів.

У разі домінування неврастенічного типу відношення до захворювання ( $10,2 \pm 3,0\%$ ) у пацієнтів спостерігалася поведінка по типу дратівливої слабкості, напруженість, іноді імпульсивність, що зростали по мірі посилення тиску соматичних скарг, при недостатній ефективності лікування. Наростання напруженості та спалахи дратівливості виникали навіть з незначних приводів, хворі були нетерплячими.

У  $7,0 \pm 2,6\%$  хворих діагностовано меланхолійний тип, який проявлявся постійно зниженим настроєм, депресивними думками, песимізмом по відношенню до ефективності лікування навіть при сприятливих об'єктивних даних, невірою у одужання. Тоді як при апатичному типі ( $5,5 \pm 2,3\%$ ) домінували байдужість до всього, в тому числі і результату терапії, пасивність, безініціативність.

У  $11,7 \pm 3,2\%$  пацієнтів виявлено сенситивний тип відношення до хвороби, домінуючою рисою якого була надмірна заклопотаність можливістю несприятливого враження, яке можуть справити на оточуючих відомості про наявність у них хронічного гепатиту, занепокоєння тим, що інші люди будуть сторонитися, уникати фізичних контактів, пліткувати про них. Також у хворих по мірі збільшення часу від початку захворювання з'являлися настирливі думки, що вони тягар для рідних та близьких, несуть небезпеку зараження і для них. Під час лікування хворі з сенситивним типом намагалися встановити довірчий неформальний контакт з лікарем, і при неможливості подібного, замикалися в собі, або навпаки були сором'язливими, на оглядах намагалися якнайменше «забрати» час у лікаря, могли при-

меншувати симптоми хвороби, були чутливими до оціночних тверджень оточуючих.

Егоцентричний тип був виявлений у  $7,0 \pm 2,6\%$  пацієнтів. Даний тип проявлявся вимогами постійної уваги хворого до себе та своїх переживань, що сприймалися як виняткові, бажанням показати іншим своє особливе становище, винятковість своєї хвороби, вимогами піклування.

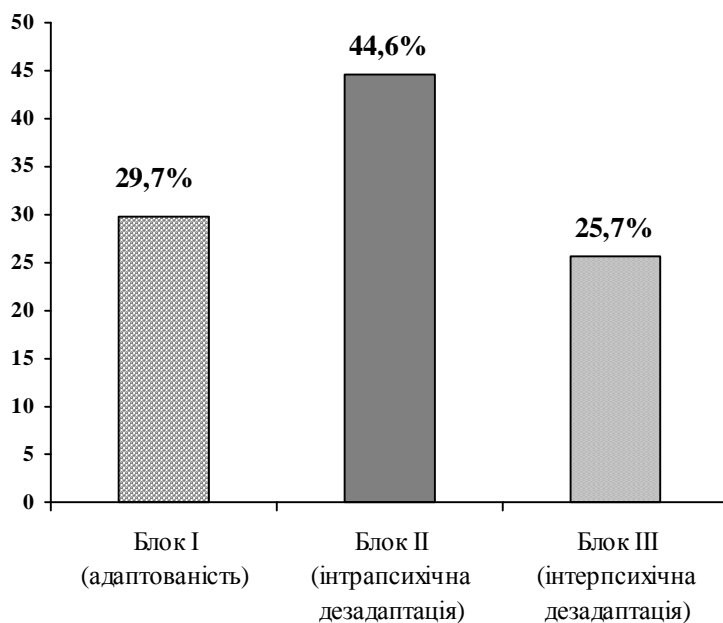
Пацієнти з паранояльним типом відношення до захворювання ( $4,7 \pm 2,1\%$ ) висловлювали припущення про те, що хвороба була наврочена, або ж при появі побічної дії ліків, неефективності лікування всі негативні наслідки списувалися на халатність медичного персоналу.

Тривожно-дисфоричний тип ( $2,3 \pm 1,5\%$ ) характеризувався похмуро-озлобленим настроєм, спалахами крайньої ворожості та озлобленості зі схильністю звинувачувати у своїй хворобі інших, вимога особливої уваги до себе, підозрілість до процедур і лікування, внутрішньою напруженістю та тривожністю. Від близьких та персоналу хворі вимагали турботи та уваги, часто вчинювали скандали при неможливості отримати бажане.

Групування в залежності від стану адаптованості та спрямованості реагування на захворювання виявило, що у  $81,3\%$  пацієнтів з ХВГ мали місце дезадаптивні типи: з інтрапсихічною спря-

мованістю –  $44,6\%$  та інтерпсихічною –  $25,7\%$ , відносно задовільний рівень адаптації був діагностований лише у  $29,7\%$  осіб.

Було виявлено відмінності у психоемоційному стані у хворих з різними типами відношення до захворювання. Так, у пацієнтів з гармонійним, анозогнозичним та ергопатичними типами показники реактивної та особистісної тривожності були в межах низького та/або середнього рівня, депресивні прояви були відсутніми або досягали легкого ступеню вираженості. Тоді як у хворих з інтрапсихічною дезадаптацією виявлено вищі показники як тривожності (високий та середній рівні), в особливості для типів тривожного, тривожно-іпохондричного, неврастенічного, так і депресії (субдепресивний та істинний депресивний стани) – меланхолійного, апатичного, тривожно-іпохондричного типів. Для пацієнтів з інтерпсихічною дезадаптацією були характерними середні рівні тривожності та депресивних проявів з тенденцією до високих. У випадку домінування інтрапсихічної дезадаптації афективні та невротичні симптоми були первинними, формувалися на основі особистісних властивостей, а при інтерпсихічній – переважно вторинними, обумовленими взаємодією особистості та оточення, неприйняттям особливостей поведінки та реакцій хворого (ситуацією фрустрації).



**Рис. 1.** Відношення до захворювання у пацієнтів з ХВГ за типом психологічної адаптації

Тип відношення до захворювання мав важливе значення у зв'язку з тривалим терміном лікування ХВГ та необхідністю побудови кон-

структивних терапевтичних стосунків з лікуючим лікарем та середнім медичним персоналом. Діагностування того чи іншого типу потребува-

ло застосування різних підходів та методів до побудови терапевтичного альянсу. Узагальнюю-

чи, основні психологічні проблеми резюмовано у табл. 5.

Таблиця 5

**Типи відношення до хвороби та основні психологічні труднощі в аспекті побудови терапевтичного альянсу**

Тип	Психологічна проблема
Блок I	
Гармонійний	Ситуативно обумовлені труднощі, які у більшості випадків вирішувані на рівні діалогу
Анозогностичний	Недостатнє усвідомлення ситуації Некритичне ставлення до тяжкості захворювання та важливості лікування
Ергопатичний	Фіксація на професійній діяльності як єдиному пріоритеті Селективний підхід до лікування в залежності від того терапія допомагає чи заважає трудовій діяльності
Блок II	
Тривожний	Надмірне відчуття небезпеки та загрози життю, яке несе захворювання Недовіра до правильності та достатності діагностичних та терапевтичних заходів
Іпохондричний	Надмірне заглиблення у хворобливі переживання, перебільшення їх значення Амбівалентність у бажанні видужати і одночасно уникнути неприємних процедур
Меланхолічний	Негативний афективний стан, який приводить до пасивності у лікувальному процесі Зниження емоційно-вольового потенціалу особистості
Апатичний	Пасивність у лікувальному процесі Байдужість до власних потреб, у тому числі результату лікування
Неврастенічний	Підвищена збудливість (реактивність) з тенденцією до психічного виснаження Невиправдана неадаптивна активність у лікувальному процесі
Блок III	
Сенситивний	Надмірна чутливість до реакції оточення Недостатня увага до власних потреб, в наслідок чого пасивність у лікувальному процесі
Егоцентричний	Фіксація на власних потребах як особливих Механістичне ставлення до оточуючих (інших хворих, медичного персоналу)
Паранояльний	Приписування негативних аспектів ситуації (неуспіху у лікуванні, побічної дії препаратів) чимось злему умислу Протистояння оточенню
Дисфоричний	Сприйняття оточення як ворожого, відповідно недовіра та агресивність по відношенню до оточуючих (інших хворих, медичних працівників)

Кожному з блоків були притаманними певні психологічні труднощі пов'язані з організацією та наданням медичної допомоги. При домінуванні типів першої групи (анозогностичного та ергопатичного) основною проблемою було недостатнє усвідомлення тяжкості захворювання, дистанціювання від ситуації шляхом створення більш значимих пріоритетів (напр., професійна діяльність), для інтрапсихічної групи на пе-

редній план виходили афективні та невротичні симптоми, які впливали на сприйняття та поведінку у стресовій ситуації, при інтерпсихічній дезадаптації проблемною сферою було формування міжособистісних відносин, в тому числі і конструктивних терапевтичних стосунків.

Результати дослідження емоційного стану хворих на ХВГ та типу відношення до захворювання вказують на важливість психологічних

аспектів, пов'язаних з перебігом захворювання та його лікуванням. Відповідно хворі на ХВГ потребують організації медико-психологічної допомоги, яка в тому числі, орієнтована на нормалізацію психоемоційного стану та усунення

основних психологічних труднощів пов'язаних з відношенням пацієнта до своєї хвороби, що забезпечить достатній терапевтичний альянс та підвищить ефективність лікувальних заходів в цілому для даної категорії хворих.

*М. Г. Шекманов*

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И ТИПА РЕАГИРОВАНИЯ НА ЗАБОЛЕВАНИЕ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Исследование психоэмоционального состояния больных хроническим вирусным гепатитом (ХВГ) выявило высокие показатели личностной тревожности в j и реактивной - 1/3 пациентов, а также большую интенсивность депрессивных проявлений по методике субъективной самооценки, чем объективной шкале. Исследование типа отношения к заболеванию выявило, что у 81,3% пациентов с ХВГ имели место дезадаптивные типы: с интрапсихической направленностью (тревожный, тревожно-ипохондрический, неврастенический, меланхолический и апатический) – 44,6%; интерпсихическая – 25,7% (сенситивный, эгоцентрический, дисфорический, паранойальный), относительно удовлетворительный уровень адаптации был диагностирован у 29,7% лиц (гармоничный, анозогнозический и ергопатический типы). Каждому из типов были присущи определенные психологические трудности, связанные с организацией и оказанием медицинской помощи, что потребовало организации медико-психологической помощи, в том числе, ориентированной как на нормализацию психоэмоционального состояния так и устранения основных психологических проблем связанных с отношением к заболеванию и лечению, что позволило формировать достаточный терапевтический альянс и повышало эффективность лечебных мероприятий в целом для данной категории больных. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2012. — № 2 (29). — С. 56-63).

*M. G. Shekmanov*

## FEATURES OF PSYCHOEMOTIONAL CONDITION AND TYPE RESPONDING TO DISEASE IN PATIENTS WITH CHRONIC VIRAL HEPATITIS

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

The study of emotional state in patients with chronic viral hepatitis (HVH) found high levels of personal anxiety (j persons) and reactive (1/3 persons), and greater intensity of depressive manifestations according to the method of subjective self-assessment than an objective scale. Research related to the type of disease found that 81.3% of patients with HVH were not adaptive types: with intrapsychological orientation (anxiety, anxious-hypochondriac, neurasthenic, depressive and apathetic) - 44.6%; interpsychological - 25.7% (sensitive, self-centered, dysphoric, paranoid), a relatively satisfactory level of adaptation was diagnosed in 29.7% of persons (harmonious, and anozhnozyc, erhopatic types).

Each type are unique to certain psychological difficulties associated with the organization and provision of medical care required of psychological assistance including targeted as a normalization of emotional state and eliminate the major psychological problems related to patient ratio disease and its treatment, allowing to form an adequate therapeutic alliance and increased the effectiveness of medical interventions in general. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 2 (29). — P. 56-63).

### Література

1. Crone C. Comprehensive review of hepatitis C for psychiatrists: risk, screening, diagnosis, treatment and interferon-based therapy complications / C. Crone, M. G. Gabriel // J. Psych. Pract. – 2003. – Vol. 9 – P. 93 – 110.

2. Increased depressive ratings in patients with hepatitis C receiving interferon-alpha-based immunotherapy are related to interferon-alpha-induced changes in the serotonergic system / S. Bonaccorso, V. Marino, A. Puzella [et al.] // J. Clin. Psychopharmacology. – 2002. – Vol. 22. – P. 86 – 90.

3. Major psychiatric side effects of interferon alpha-2b / M. Heeringa, P. Honkoop, R. A. de Man [et al.] // Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. – 1998. – Vol. 142, № 28. – P. 1618 – 1621.

4. Montgomery S. A. A new depression scale designed to be sensitive to change / S. A. Montgomery, M. Asberg // Br. J. Psychiatry. – 1979. – Vol. 134. – P. 382 – 389.

5. Вирусные гепатиты (клиника, диагностика, лечение) / Лобзин Ю. В., Жданов К. В., Волжанин В. М. Гусев Д. А. – СПб.: «Фолиант», 2004. – 183 с.

6. Ильченко Л. Ю. Современные представления о хронических вирусных поражениях печени / Л. Ю. Ильченко // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2002. – № 1. – 128 с.

7. Канишев А. В. Межові психічні порушення у хворих на вірусні гепатити / А. В. Канишев // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2000. – № 1. – С. 79 – 82.

8. Канишев А. В. Розлади психічної сфери у хворих на вірусні гепатити: еволюція досліджень та сучасний стан проблеми / А. В.

Канишев // Врачебная практика. – 2000. – № 3. – С. 51 – 54.

9. Комплексная оценка психологического статуса и больных хроническим вирусным гепатитом С на фоне комбинированной противовирусной терапии / С. Н. Каминская, В. Б. Гриневич, К. В. Жданов [и др.] // Материалы V съезда Научного общества гастроэнтерологов России, XXXII сессии центрального научно-исследовательского института гастроэнтерологии. – М., 2005. – С. 224 – 225.

10. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. — К.: Морион, 2000. — 320 с.

11. Особенности психологического статуса у больных хроническим вирусным гепатитом С / С. Н. Каминская, В. Б. Гриневич, К. В. Жданов [и др.] // Материалы V съезда Научного общества гастроэнтерологов России, XXXII сессии центрального научно-исследовательского института гастроэнтерологии. – М., 2005. – С. 223 – 224.

12. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / Под ред. Д. Я. Райгородского. – Самара: «Бахрах-М», 2001. – 672 с.

13. Сологуб Т. В., Волчек И. В. Комбинированная терапия Интроном А и Рабетололом - современный стандарт в лечении гепатита С / Т. В. Сологуб, И. В. Волчек // Terra Medica nova. – 2000. – №3. – С.3 – 4.

14. Усовершенствованная методика для психологической диагностики отношения к болезни (ТОБОЛ): пособие для врачей / Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Карпова Э. Б., Вукс А. Я. – СПб: Изд-во НИПИ им. В.М.Бехтерева, 2002 – 31 с.

Поступила в редакцию 18.06.2012