

УДК 616.892:610.23

*С.М. Мороз***СТРУКТУРА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ОСНОВНЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ИНВАЛИДИЗИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности

Ключевые слова: психосоматические расстройства, внутренняя картина болезни.

Ситуация хронического соматического заболевания описывается многими авторами как провоцирующая кризис психического развития и следовательно являющаяся психотравмирующей ситуацией, т.е. фактором риска для развития психических расстройств [1,3,5]. Изменения личности при тяжелых соматических заболеваниях рассматриваются как кризис развития личности. Объективная ситуация тяжелого, опасного соматического заболевания, отрыв от привычного социального окружения, возможность калечащей операции, инвалидность приводят к изменению объективного положения человека в социальной среде. Кроме того, патогенное воздействие соматического заболевания на личность заключается в том, что массивная и длительная интоксикация, нарушение обменных процессов, истощение приводят к изменению протекания психических процессов, к снижению операционально-технических возможностей пациентов. Центральным психологическим механизмом личностных изменений в условиях хронической соматической болезни выступает перестройка иерархии мотивов по типу их переподчинения новому главному смыслообразующему мотиву — сохранения жизни и восстановления здоровья [3,8,9,10].

Внутренняя картина болезни (ВКБ) — возникающий у больного целостный образ своего заболевания. Понятие внутренняя картина болезни введено А. Р. Лурия, продолжившего развитие идей А. Гольдшайдера об «аутопластической картине заболевания». По сравнению с целым рядом сходных терминов медицинской психологии («переживание болезни», «сознание болезни», «отношение к болезни» и др.) «внутренняя картина болезни» является наиболее общим и интегративным. Выделяют четыре уровня в структуре внутренней картины болезни:

- 1) чувственный - комплекс болезненных ощущений;
- 2) эмоциональный — переживание заболевания и его последствий;
- 3) интеллектуальный — знание о болезни и ее реальная оценка;
- 4) мотивационный — выработка определенного отношения к заболеванию, изменение образа жизни и актуализация деятельности, направленной на выздоровление [6,7,10].

Диагностика внутренней картины болезни и формирующихся на ее основе психических расстройств играет большую роль в комплексе лечебных и реабилитационных мероприятий у больных с соматической инвалидизирующей патологией [9,10].

Внутренняя картина болезни - это интеллектуальная интерпретация диагноза заболевания, когнитивная оценка его тяжести и прогноза и формирование на этой основе эмоционального и поведенческого паттерна. Для пациента ВКБ складывается из понимания механизмов возникновения неприятных и болезненных ощущений, оценки их значения для будущего, а также реагирования на болезнь в виде эмоциональных переживаний и выбора способа действия и поведения в новых для человека условиях. Объективная тяжесть болезни — информация о летальности после подобного расстройства, вероятности инвалидизации и хронификации болезненного процесса является одним из факторов для формирования внутренней картины болезни. Однако, как правило, пациент редко полностью доверяет медицинским данным. Он склонен анализировать ситуацию сквозь призму субъективной тяжести болезни, основываясь на известных только ему или его субкультуральной группе (семье, микроколлективу) отношениях к заболеванию [2,6,9,11].

Психические расстройства, наиболее часто встречающиеся в клинике внутренних болезней, могут являться либо ответом на соматическую патологию, либо сопровождать ее и маскироваться усилением и утяжелением соматических проявлений. К ним относятся следующие расстройства непсихотического регистра: тревожные (перманентные, пароксизмальные), депрессивные, астенические, ипохондрические, обсессивно-

компульсивные, хронические болевые, фобические синдромы, психопатоподобные синдромы [4,9,11].

Целью настоящего исследования явилось изучение внутренней картины болезни и формирования на ее фоне психических расстройств непсихотического регистра для создания индивидуальных реабилитационных программ при инвалидизирующей соматической патологии.

Материалы и методы исследования

Для реализации цели работы нами было обследовано 64 инвалида, находящихся на реабилитационном лечении в терапевтических клиниках УкрГос НИИ МСПИ. Произведена оценка психического статуса и определение внутренней картины болезни при помощи следующих методов:

1. Клинико-психопатологический метод с выделением ведущего клинического синдрома.

2. Патопсихологическое обследование при помощи личностного опросника Бехтеревского института (ЛОБИ) для определения типа личностного реагирования на заболевание.

Результаты исследования и их обсуждение

Структура соматической патологии у больных инвалидов изучаемой группы представлена в табл. 1.

Таблица 1

Структура соматической патологии у инвалидов изучаемой группы

Виды соматической патологии	Количество больных
Кардиологическая патология	19
Бронхо-легочная патология	15
Гастроэнтерологическая патология	21
Почечная патология	9

Структура изучаемых психических расстройств у обследованных больных была следующей: депрессивные – 32,8 % (21 пациент), тревожные - 26,5 % (17), фобические – 6,25 % (4), обсессивно-компульсивные – 4,68 % (3), хроническое болевое расстройство и соматоформные расстройства - 17,1 % (11), ипохондрические – 12,5% (8).

Результат распределения больных по типам психологического реагирования на заболевания (ВКБ) представлен в таблице 2.

Простой тип внутренней картины болезни встречается крайне редко, как правило, наиболее характерно сочетание двух наиболее значимых типов реагирования на заболевание. В связи с этим в таблице 2 представлено большее количество типов реагирования на болезнь, чем обследовано больных.

Сопоставление ведущих клинических синдромов и типов реагирования на соматическое заболевание у обследованных больных выявило следующие взаимоотношения: типы реагирова-

ния на болезнь с интрапсихической направленностью (тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, обсессивно-фобический и апатический) наиболее часто являются основой для формирования депрессивных, тревожных и ипохондрических расстройств. Т.е. следует отметить, что эмоционально-аффективная сфера отношений у больных с этими типами реагирования является наиболее уязвимой.

Типы реагирования с интерпсихической направленностью (сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный и дисфорический) наиболее часто клинически проявляются фобическими, депрессивными и соматоформными расстройствами. Этот блок включает типы с таким сенсibiliзировавшимся отношением к болезни, которое в наибольшей степени зависит от преморбидных особенностей личности больных. Эти типы реагирования на наличие хронического соматического инвалидизирующего заболевания являются самыми тяжелыми и прогностически не-

благоприятными для коррекции самой внутренней картины болезни и способствуют формиро-

ванию на ее основе психических расстройств и утяжеляют течение основного заболевания.

Таблиця 2

Распределения больных по типам психологического реагирования на заболевания (ВКБ)

Тип реагирования на болезнь	Количество больных
Гармоничный	0
Эргопатический	0
Анозогнозический	0
Тревожный	17
Ипохондрический	8
Неврастенический	10
Меланхолический	12
Апатический	5
Обсессивно-фобический	7
Эгоцентрический	12
Паранойяльный	1
Дисфорический	2
Сенситивный	13

Общие принципы выбора заболевшим человеком тех или иных типов психического реагирования на заболевания, закономерности формирования отношения к болезни сочетаются в клинике со специфическими особенностями психического состояния пациентов, у которых возникли эти болезни. Можно говорить о влиянии самой болезни на характер реагирования на ее появление, течение, успешность лечения и исход. При этом типич-

ность реакции на заболевание зависит от параметров болезни в такой же мере, как и от индивидуально-психологических особенностей человека.

Полученные данные свидетельствуют о том, что все вышеизложенное должно быть учтено при создании психотерапевтических реабилитационных программ для работы с больными, имеющими различные соматические хронические инвалидизирующие заболевания.

С.М. Мороз

СТРУКТУРА ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ ОСНОВНИХ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ІНВАЛІДИЗУЮЧИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ

Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності

В статті викладені особливості клініко-психопатологічної структури психосоматичних розладів при основних терапевтичних інвалідизуючих захворюваннях. Вивчені типи внутрішньої картини захворювання і залежність формування клінічних проявів психічних розладів від типу реагування на захворювання. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 4 (14). — С. 58-61)

STRUCTURE OF PSYCHOSOMATIC DISORDERS IN BASIC DISABLING THERAPEUTIC ILLNESSES

Ukrainian State Institute of Medical and Social Problems of Disability

The article expounds features clinicopsychopathologic structure of psychosomatic disorders in view of basic therapeutic disabling illnesses. It is studied types of internal image of illness and depending of forming clinical presentations on types response on illness. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 58-61)

Литература

1. Бойцов С.А., Шуленин С.Н., Парценьяк С.А. Донозологическая диагностика в общетерапевтической практике. // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости.-2001.-№1. – С. 19-24.
2. Бройтигам В., П. Кристиан, М. фон Рад Психосоматическая медицина - М. -1999 - стр. 9-357.
3. Грекова Т.И., Провоторов В.М., Кравченко А.Я., Будневский А.В. Алекситимия в структуре личности больных ишемической болезнью сердца. Клини мед 1997.
4. Куценко Е.Н., С.Г. Негрусова. Пароксетин в психосоматической практике.// Психічне здоров'я.-2004, № 1, с. 48-52.
5. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф., Ледерах-Гоффманн К., Психосоматичний хворий нв прийомі у лікаря: пер. з нім. – Київ: “АДЕФ-Україна”, 1997.
6. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. – М. – «МЕД-Пресс-информ».-2002. – 588с.
7. Парценьяк С.А. Интегративная патология и психосоматика в кардиологии // Сб.тез.докл. Всероссийской научн.конф. «Кардиология – XXI век». – СПб., 2001.-С.295-296.
8. Парценьяк С.А. Стресс.Веgetозы.Психосоматика. – СПб. – «А.В.К.». – 2002. – 382с.
9. Сердюк А.И., Михайлов В.Б. Непсихотические нарушения психической сферы у больных хроническими соматическими заболеваниями и система их психотерапии: методические рекомендации. – Харьков, 2000.
10. Сердюк А.И., Михайлов В.Б. и др. Методика объективизации психотерапии соматических больных: Методические рекомендации. – Харьков, 1998.
11. Смулевич А. Б. Депрессии в общесоматической практике. - М. - МИД. - 2001. -253 с.

Поступила в редакцию 15.05.2004