

УДК 316.6  
ББК 88.5

**М.Л. ПРОКОПЬЕВА**

Байкальский государственный университет  
экономики и права  
г. Иркутск  
maria310782@rambler.ru

# СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ ПОГРАНИЧНОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

**Prokopenva M.L.**

Baikal State University of Economics and Law, Irkutsk

## SOCIO-PSYCHOLOGICAL DETERMINANTS OF THE FORMATION OF THE INTERNAL PICTURE OF DISEASE PATIENTS BORDER PSYCHIATRIC WARDS

*Аннотация:* В статье рассмотрены социально-психологические детерминанты, участвующие в формировании внутренней картины заболевания. Описаны варианты реакции личности на болезнь пациентов пограничного психиатрического отделения и студентов медицинского университета.

*Ключевые слова:* внутренняя картина болезни, пограничная психиатрия, аффективные расстройства депрессия, тревога.

*Annotation:* The article examines the socio-psychological determinants of participating in the formation of an internal picture of the disease. Variants of the reaction of the person on the border disease patients psychiatric department and medical university students.

*Keywords:* internal picture of disease, border psychiatry, affective disorder depression, anxiety.

Пограничная психиатрия является одной из активно развивающейся областью современной медицины в последние десятилетия, что обусловлено неуклонным ростом психических расстройств невротического и аффективного спектра в популяции. В структуре всей психической патологии пограничные психические расстройства составляют порядка 80%, а диапазон их распространенности в общем населении чрезвычайно высок – от 17 до 210 на 1000 населения [1]. Зачастую описываемые расстройства скрываются под маской соматического неблагополучия, что приводит к хождению страдающего контингента по учреждениям общесоматического профиля. Средний возраст появления депрессивного эпизода колеблется от 20 до 40 лет, страдает наиболее трудоспособное население, что неминуемо приводит к повышению уровня экономических затрат. Так, ежегодные экономические потери в США вслед-

ствие депрессии превышают уровень 80 миллиардов долларов, при этом на прямые затраты здравоохранения приходится чуть более 25 млрд долларов (31%), 51,5 млрд (62%) составляют расходы, связанные с утратой трудоспособности [2]. Согласно данным европейских исследований (проведенных в Швеции, Великобритании и Испании), ежегодные затраты на одного пациента с расстройством пограничного уровня составляют от 1171 до 16581 евро. В России ежегодные дополнительные расходы на амбулаторную и стационарную помощь, пенсии по инвалидности и убытки, связанные с пропущенными днями работы оцениваются в среднем в 8083,5 руб. на одного пациента с депрессией. Необходимо учитывать риск суицида среди людей, страдающих аффективной патологией, только в 2000 г., по расчетам ВОЗ, смертность от суицида составила 814 000 смертельных исходов.

Знание медицинской психологии позволяет дифференцированно подходить к пациенту, следуя принципу: «Лечить пациента, а не болезнь». Изучение особенностей внутренней картины болезни способствует в значительной степени рассмотреть весь сложный процесс самопознания заболевшего человека, выявить те средства, которые использует человек для осуществления этого познавательного процесса. В то же время изучение внутренней картины болезни открывает возможность понимания особых способов, приемов преодоления, овладения собственным поведением, используемых человеком в сложной жизненной ситуации. Тем самым анализ внутренней картины болезни открывает возможность проникновения в компенсаторный потенциал личности.

Цель: оценка социально-психологических детерминант формирования внутренней картины болезни пациентов с психическими расстройствами пограничного спектра.

#### **Материал и методы исследования:**

Исследование проводилось на базе пограничного психиатрического отделения, являющегося структурным подразделением клиник ИГМУ и клинической базой кафедры психиатрии и медицинской психологии ИГМУ.

Обследовано 137 человек, из них 108 – стационарных пациентов психиатрического отделения с расстройствами невротического и аффективного спектра (F3, F4) и 29 человек – контрольная группа. В контрольную группу вошли студенты Иркутского государственного медицинского Университета, преобладали лица женского пола 1:4. Мужчин 7 (24,14%), женщин 22 (75,86%). Средний возраст  $21,0 \pm 0,83$  года.

В качестве оценочных инструментов применялись проективные методики: личностные опросники: Методика «Акцент 2-90» М.И. Вигдорчика; Личностный опросник Бехтеревского института (Тип отношения к болезни; ЛОБИ/ТОБол) (Вассерман Л.И. и соавт., 2005); «Я»-структурный тест Г. Аммона (ISTA) (G. Ammon; Тупицын Ю.А. и соавт.), шкалы депрессии и тревоги Гамильтона (HDRS, HARS).

При выяснении анамнестических сведений отдельному анализу были подвергнуты данные семейного анамнеза, динамика личностных особенностей больных как в доманифестный период, так и на этапе актуального состояния.

Семиология клинических проявлений была представлена в виде матрицы, включающей 171 признаков (признаков по данным клинической регистрации и признака, отражающих данные результатов тестирования).

Статистическая обработка осуществлялась при помощи программы Statistica (версия 6,0) Stat Soft, использовались модули «основные статистики/таблицы», «ANOVA».

Клиническая картина заболевания во всех случаях определялась депрессивной, либо депрессивной с элементами смешанного аффекта симптоматикой в сочетании с множественными соматоформными симптомами (патологические телесные сенсации – алгии и сенестопалгии, вегетативные дисфункции). Большинство пациентов имело длительный додиагностический период наблюдения в общемедицинской сети (в среднем  $2,8 \pm 0,4$  года). Критерии исключения: пациенты, в психическом статусе которых, на момент обследования обнаруживались выраженные расстройства психотического уровня; признаки прогрессирующе текущего органического заболевания центральной нервной системы; психические и поведенческие нарушения вследствие употребления психоактивных веществ (F10—F19); умственная отсталость (F70—F79); выраженная соматическая и неврологическая патология. Диагностика изученных случаев производилась в соответствии с результатами совместного обсуждения с квалифицированным врачом-терапевтом, данными физикального обследования, лабораторными (клинические и биохимические анализы крови, мочи) и инструментальными (электрокардиографический, рентгеноскопический) методами. На основании совместного с квалифицированным врачом-неврологом анализа результатов клинико-неврологического обследования верифицировался неврологический статус и исключался диагноз органического заболевания ЦНС. Пациенты находились на лечении в пограничном психиатрическом отделении факультетских клиник ГБОУ ВПО ИГМУ МЗ РФ.

Следует подчеркнуть, особенность исследуемого материала. В исследование включались лица, направленные к психиатру после разной продолжительности периода наблюдения и лечения специалистами первичной медицинской сети. Тщательное изучение медицинской документации (амбулаторные карты поликлиник) данной группы больных позволило дать некоторую обобщающую характеристику «соматическому этапу» наблюдения: 1) нозологическая квалификация состояния пациентов указывала, преимущественно на функциональный характер соматических расстройств; 2) обнаруживалась диссоциация между «объемом» документации, длительностью наблюдения терапевтом, «количественным» результатом диагностики и «актуальным» соматическим состоянием больного.

В группу пациентов вошло 108 человек, преобла-

дали лица женского пола в соотношении 1:2. Мужчин – 39 (36,11%), женщин – 69 (63,89%). Средний возраст на момент исследования составил  $44 \pm 1,23$  года. Немного больше половины пациентов (57 человек, 52,78%) имели семью, причем устойчивые семейные отношения с единственным браком в течение жизни наблюдались в 66 случаях (61,11%), повторные браки имели лишь 22 человека (20,37%), никогда не состоящих в браке было 19 (17,59%). К моменту обследования, однако, 20 человек были в разводе (18,52%), 12 (11,11%) вдовствовали. Детей имели 78 (72,22%) пациентов. Больше половины группы работали – 63 (58,33%), из них 44 (40,74%) были служащими и администраторами, гораздо реже (18,52%), имели рабочие профессии. Не работали на момент обследования в связи с инвалидностью 21 человек (19,44%), из них у 14 (12,96%), была определена группа инвалидности по психическому заболеванию. Практически в равном количестве было представлено городское и сельское население 60 человек и 48 соответственно.

Высшее образование получили 50 человек (46,29%), неоконченное высшее имели 11 (10,16%), среднеспециальное – 34 (31,48%), со средним образованием 13 человек (12,03%).

Отягощенность семейного анамнеза психической патологией среди родственников 1 степени родства установлена в 69 (63,89%) наблюдениях.

### Результаты

Период катамнестического наблюдения больных данной группы составил  $6,7 \pm 1,0$  лет. В динамике заболевания в 32 (29,63%) случаях, клинически очерченному патологическому состоянию предшествовали субсиндромальные, ситуационно либо спонтанно возникающие эпизоды гипотимии, нередко пациенты отрицали наличие колебаний настроения, но сообщали о характерных для них периодах вялости, апатии и лени (29 случаев, 26,85%), либо периодических спадах успеваемости во время обучения в школе (17 случаев, 15,74%). Такие особенности в 46 случаях (42,59%), позволяли предполагать наличие продромальных аффективных расстройств, с преобладанием астено-апатического либо тоскливого эмоционального тона, предшествующего манифестации заболевания. С учетом данных наблюдений, с выделением продромального этапа, общая средняя продолжительность заболевания на момент исследования составила  $9,7 \pm 1,2$  лет.

Манифест в 60 случаях (55,56%) был аутохтонным, в 42 (38,89%) ему предшествовали психогении, либо в 14 (12,96%) – нозогении, при этом острое начало заболевания можно было отметить лишь в 29 (26,85%) на-

блюдениях, характерным было постепенное, подострое развитие симптоматики. Средний возраст манифеста заболевания в данной группе составил  $31,0 \pm 1,1$  лет, из них у 24 (22,22%) заболевание манифестировало после 45 лет. Клиника первого синдромально-завершенного эпизода во всех случаях включала, представленную в разном соотношении, аффективную и соматоформную симптоматику. Отчетливо аффективные (депрессивные) нарушения отмечались в большинстве наблюдений (68 пациентов, 62,96%), однако выраженность явлений соматизации в клинической картине на додиагностическом этапе (25 пациентов, 58,14%), способствовала диагностическим затруднениям, что в 41 (37,96%) случаях, определило стационарное обследование в условиях соматического стационара.

В клинике депрессии преобладал гипотимный аффект с сочетанием тоскливого и апатического радикалов в 68 (62,96%) наблюдений, из них в 54 (50,00%) отчетливо выявлялась ангедония. Наличие, а в ряде случаев доминирование тревоги в аффективном звене, обнаруживалось у 39 (36,11%) пациентов. Соматизированные симптомы были представлены как общими (тяжесть, дрожь, слабость в теле), наблюдавшимися у большей части больных (88 случаев, 81,48%), так и локальными симптомами: алгиями различной локализации в 63 случаях (58,33%), в том числе цефалгией – 21 (48,84%) сенестезией – 19 (44,19%), кардиальными симптомами 13 (30,23%). Реже встречались гастроинтестинальные – 11 (25,58%), урогенитальные – 8 (18,61%), респираторные – 5 (11,63%) жалобы. Проявления депрессивной соматизации в виде типичных «витальных» нарушений (болевого компонент «предсердной» тоски, «тяжесть» в груди, теле, конечностях, сердцебиение, утрата аппетита, спастические запоры, циркадианный ритм) были выражены у большей части больных (26 случаев, 60,47%). Диссомнические расстройства имели место в 28 (65,12%) случаях. В 25 (58,14%) случаях отмечалась сезонность в течение заболевания, с преобладанием фаз в осенние, зимние и весенние месяцы, в 34 (79,07%) – выявлена фоновая дистимия, т.е. регистрировалась так называемая «двойная» депрессия.

Согласно результатам методики Акцент-2-90 среди пациентов регистрировались одинаково высокие показатели по шкалам циклотимность и эмотивность в 40 наблюдениях (37,04%), по шкале тревожность у 36 человек (33,33%), гипертимность – 34 (31,48%), дистимичность – 28 (25,93%), демонстративность – 25 (23,15%), экзальтированность – 22 (20,37%).

Средний балл по шкале тревоги Гамильтона (HARS) в группе составил 23,5, что соответствует кли-

ническим проявлениям тревожного состояния.

По шкале депрессии Гамильтона (HDRS) 23 балла, средний результат среди пациентов, соответствует клиническим критериям большого депрессивного эпизода.

При проведении методики Я-структурный тест Аммона были выявлены следующие результаты: у 33 пациентов (30,56%) регистрировалась дефицитарная агрессия, что характеризовала данную подгруппу как склонную к пассивности, испытывающую сложности в образовании контактов как внутри – так и межличностных. В соответствии с подходом Амона для данного контингента считается характерным пассивность, уход в себя, безучастность, душевная пустота. Во время беседы у данных пациентов обнаруживалась предпочтение тактики избегания соперничества и конструктивного спора. Деструктивная тревога, выявленная в 20 наблюдениях (18,52%), согласно теории Аммона, проявляется высоким уровнем тревоги, в некоторых случаях достигающей до выраженности панического расстройства, на моторном уровне реализующаяся заторможенностью, скованностью, стереотипностью двигательных актов. В 30 наблюдениях (27,78%) регистрировались высокие показатели по шкале внешнее отграничение Я (деструктивное), что свидетельствует о ригидности, скрытности чувств и интересов от окружающих, дефиците эмоционального участия, а также отсутствии готовности к компромиссу у данных пациентов.

При проведении методики ТООБЛ, были получены следующие результаты: в группе пациентов достоверно чаще встречался смешанный вариант реагирования на болезнь (69 человек, 63,89%). В 34 наблюдениях (31,45%) наблюдались сенситивный и тревожный типы реагирования, в 22 (20,37%) – невротический, в 20 (18,52%) – дисфорический.

В контрольной группе по методике Акцент-2-90 с наибольшей частотой встречался высокий балл по следующим шкалам: гипертимность – 14 (48,28%), экзальтированность – 13 (44,83%), эмотивность и циклотимность по 11 наблюдений (37,93%).

По методике Я-структурный тест почти у 30,00% группы отмечался высокий уровень по шкале Нарциссизм (дефицит), что свидетельствует о низком уровне контакта с самим собой, положительного отношения к себе, признания собственной ценности, а также об отказе от собственных интересов и потребностей. В группе студентов достоверно чаще отдавалось предпочтение анозогностическому варианту реагирования на болезнь (ТООБЛ), что соответствует типу реагирования человека, не имеющего опыта переживания болезни.

В результате обследования и интерпретацией ме-

тодик были выявлены корреляционные связи между часто встречающейся в группе тревожной реакцией на заболевание (34 случая, 31,45%) и рядом характеристик. Так, например, была выявлена положительная корреляционная связь с мужским полом ( $r=0,32$ ;  $p<0,05$ ), установленной инвалидностью по психическому заболеванию ( $r=0,33$ ;  $p<0,05$ ), службой в армии ( $r=0,23$ ;  $p<0,05$ ), отсутствием детей ( $r=0,2$ ;  $p<0,05$ ). Клиническая картина депрессии имела характерные черты: в структуре заболевания присутствовали алгические переживания различной локализации ( $r=0,21$ ;  $p<0,05$ ), симптомы со стороны желудочно-кишечной системы, катамнез аффективного заболевания продолжительностью до 5 лет. По методике Я-структурный тест положительная корреляция по шкалам: дефицитарная тревога ( $r=0,29$ ;  $p<0,05$ ), деструктивное внутреннее Я отграничение ( $r=0,45$ ;  $p<0,05$ ), внутреннее Я дефицитарное ( $r=0,27$ ;  $p<0,05$ ), деструктивный и дефицитарный нарциссизм  $r=0,39$ ;  $p<0,05$  и  $r=0,58$ ;  $p<0,05$  соответственно, дефицитарной сексуальностью ( $r=0,33$ ;  $p<0,05$ ). Кроме того тревожный тип реагирования на болезнь зачастую встречался в сопровождении с меланхолическим, эгоцентрическим и параноидным типами реакции на болезнь. С той же частотой, что и тревожный, встречался сенситивный тип реагирования на болезнь (34 случая, 31,45%). Сенситивный тип реагирования также коррелировался с рядом характеристик: возраст до 30 лет, в собственно аффективном звене депрессии преобладал астено-апатический радикал, дефицитарная агрессия ( $r=0,27$ ;  $p<0,05$ ), деструктивное внешнее Я отграничение, дефицитарная сексуальность ( $r=0,23$ ;  $p<0,05$ ).

**Закключение.** Полученные результаты подтверждают связь между социально-психологическими характеристиками и типом реагирования личности на психическое заболевание пограничного уровня, а также влияние отсутствия личного опыта переживания болезни независимо от среды пребывания (студенты медицинского вуза). Полученные результаты имеют значение в оптимизации диагностики, прогноза и терапии расстройств пограничного уровня.

### Библиографический список

1. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине : рук-во для врачей / А.Б. Смулевич. – М. : Мед. информ. агентство, 2007. – 256 с.
2. Paykel E.S., Brugha T., Fryers T. Масштабы и бремя депрессивных расстройств в Европе (расширенный реферат обзора) // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2006. – №3. – С.40-43.