Типология расстройств личности и реагирования на заболевание при хронической обструктивной болезни легких

1 – ГБОУ ВПО "Первый московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова": 119991, Москва, ул. Трубецкая, 8, стр. 2;

2 – ФГБУ "Научный центр психического здоровья" РАМН: 115522, Москва, Каширское шоссе, 34

S.I.Ovcharenko, Ya.K.Galetskaite, B.A.Volel, D.F.Pushkarev, E.A.Las

Patterns of personality disorders and disease-related responses in patients with chronic obstructive pulmonary disease

Summary

Patterns of disease-related psychological response, some of which are anxiety and depression, determine the adherence to treatment, the course and prognosis of the disease. Though an important role of disease-related psychological response is accepted in international guidelines on the management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD), this problem and the patients' personality traits require further investigations.

The aim of this study was to investigate relationships between COPD-related psychological response and personality disorders (PD) in COPD patients. The study sample included 56 patients (mean age 64.6 ± 8.5 years) admitted to a clinical hospital of I.M. Sechenov's Medical University. All patients were observed by a psychiatrist, psychologist and therapist. Psychometric scales (Beck Depression Inventory scale (BDI), projective psychological questionnaires "Color Relation Test" and "Draw-A-Person test") and the Russian-version SF-36 were used. Basic types of COPD-related psychological response and PD have been determined. In hyponosognostic patients (51.9 %), a dissociative PD was predominantly found (34.5 % of patients with this response type); in neurotic hypochondria (health-related anxiety) patients (32.1 %), histrionic PD prevailed (38.9 %); and in depressive patients (8.9 %), hypertimic PD was diagnosed more often (60 %). Personality traits significantly contributed to the COPD-related psychological response. These results could be used to improving the COPD patient's therapy and rehabilitation.

Key words: disease-related psychological response, chronic obstructive pulmonary disease, personality disorders, hyponosognosia, neurotic hypochondria, health-related anxiety, depression.

Резюме

Типы реагирования на соматическое заболевание (СЗ), такие как тревога и депрессия, во многом определяют приверженность лечению, течение и прогноз заболевания. Несмотря на большую роль типов реагирования, закрепленную основными документами по менеджменту хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), эта проблема, как и личностные характеристики больных ХОБЛ, способные, в свою очередь, вносить вклад в формирование представлений пациента о болезни, остаются недостаточно изученными.

Целью исследования было изучение соотношения типов реагирования и расстройств личности (РЛ) у пациентов с ХОБЛ.

Выборка составила 56 пациентов (средний возраст – $64,6 \pm 8,5$ года) УКБ № 1 Первого МГМУ им. И.М.Сеченова. Все больные были обследованы психиатром, психологом и терапевтом. Использовались следующие психометрические шкалы: шкала *Beck Depression Inventory* (BDI), проективные психологические опросники "Цветовой тест отношений" и "Проективный рисунок человека". Оценивалось качество жизни больных при помощи русскоязычной версии опросника SF-36. Были определены основные типы реагирования на СЗ и РЛ, а также их соотношение у пациентов с ХОБЛ. При аберрантной ипохондрии (гипонозогнозия), выявленной у 51,9 % больных ХОБЛ, наиболее распространенным было диссоциальное РЛ (34,5 %); при невротической ипохондрии (тревога за здоровье) у 32,1 % больных наиболее часто обнаруживалось истерическое РЛ (38,9 %); при депрессии (8,9 %) – гипертимное РЛ (60 %).

Таким образом, личностные черты вносят существенный вклад в формирование типов реагирования на СЗ. Полученные данные могут быть использованы для оптимизации лечебного процесса при проведении реабилитационных мероприятий у больных ХОБЛ.

Ключевые слова: типы реагирования на болезнь, хроническая обструктивная болезнь легких, расстройства личности, гипонозогнозия, аберрантная ипохондрия, невротическая ипохондрия, тревога за здоровье, депрессия, образ тела.

По данным исследования *GBD Study 2010 (Global Burden of Disease Study* – Глобальное бремя болезней, травм и факторы риска) хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) среди ведущих неинфекционных причин смерти переместилась с 4-го на 3-е место, обуславливая 2,9 млн смертей в год [1]. В соответствии с последней редакцией Глобальной стратегии диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких – GOLD, 2011 (*Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Diseases*) [2], при определении степени тяжести ХОБЛ особое

место отводится сопутствующим заболеваниям, в т. ч. сердечно-сосудистым, остеопорозу, метаболическому синдрому, сахарному диабету, а также тревожно-депрессивным состояниям. Последние, в свою очередь, уже могут рассматриваться как один из типов реагирования на хроническое соматическое заболевание (СЗ) [3].

В настоящее время специалисты различных областей медицины все больше внимания уделяют характеристикам личностного реагирования на хроническое СЗ, рассматриваемых в рамках реакции на

болезнь [4] и определяемых по *I. Pilowsky (1986)* [5], как "патологическое поведение в болезни", или стратегии совладания с телесным недугом — "копинг-стратегии" [6]. Исследования в области психосоматики убедительно показали, что представление пациента о своем телесном недуге формирует его поведение в болезни, что в целом и определяет типы реагирования на СЗ. Они связаны с такими параметрами, как восприятие больным тяжести симптомов заболевания, физическая и социальная активность, качество жизни, частота, длительность и повторяемость госпитализаций и а также возможность смертельного исхода, что, в свою очередь, влияет на приверженность терапии и эффективность лечения [3, 7–10]. Коррекция лечебного процесса соответственно типам реагирования на заболевание поможет оптимизировать лечение и тем самым уменьшить социально-экономическое бремя, связанное с ХОБЛ.

Проблеме реагирования на СЗ посвящены многочисленные исследования в различных областях внутренней медицины [3, 10–14]. Для большинства хронических СЗ — ишемической болезни сердца, язвенной болезни, бронхиальной астмы, сахарного диабета, остеоартроза, онкологических заболеваний — наиболее распространенным типом реагирования являются тревога и депрессия. В то же время психиатрами и клиническими психологами у этой категории больных описан и другой, полярный тип реагирования — гипо- или анозогнозический (синдром антиипохондрии) [15], или аберрантная ипохондрия [16]. Такой тип реагирования определяется отсутствием у пациента четко очерченной внутренней картины болезни и тревоги по поводу дальнейшего прогрессирования заболевания, угрозы для его жизни.

Что касается больных ХОБЛ, то, как правило, это люди пожилого возраста, которые связывают появившуюся одышку лишь с возрастными изменениями. Являясь курильщиками в течение длительного времени, они считают кашель своим нормальным состоянием, обычным для курящих людей. Сам патогенез ХОБЛ, имея в основе медленно прогрессирующее ограничение воздушного потока, создает условия для формирования адаптации к хронической гипоксии. Эти и другие особенности ХОБЛ с высокой долей вероятности могут способствовать формированию такого типа реагирования на болезнь, как гипозногнозический. Так, в исследовании *О.С. Ахмедовой* недооценка тяжести своего состояния и прогноза заболевания была выявлена более чем у 40 % обследованных больных ХОБЛ [17].

В ряду многочисленных особенностей, определяющих типы реагирования больного на хроническое СЗ и доступных клиническому анализу, вместе с самим фактором болезни выделяют и расстройства личности (РЛ), которые вносят свой вклад в формирование отношения пациента к телесному недугу.

Цель данного исследования заключалась в изучении соотношения типов реагирования и РЛ у пациентов с ХОБЛ.

Материалы и методы

Исследование выполнено при совместном участии сотрудников кафедры факультетской терапии № 1, кафедры психиатрии и психосоматики ФППОВ на базе межклинического психосоматического отделения Первого МГМУ им. И.М.Сеченова. Протокол исследования одобрен Межвузовским комитетом по этике при Ассоциации медфармвузов России. От всех пациентов получено добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Сбор материала проводился на базе терапевтического отделения Клиники факультетской терапии им. В.Н.Виноградова и пульмонологического кабинета в составе Лечебно-диагностического отделения № 1 Университетской клинической больницы № 1 Первого МГМУ им. И.М.Сеченова среди пациентов, получавших стационарное и амбулаторное лечение.

Критерии включения в исследование:

- мужчины и женщины в возрасте от 40 до 80 лет;
- диагноз ХОБЛ легкого, среднетяжелого, тяжелого и крайне тяжелого течения (согласно GOLD, 2010) эмфизематозного, бронхитического и смешанного вариантов;
- длительность ХОБЛ ≥ 2 лет¹.

Критерии исключения из исследования:

- декомпенсация сопутствующих заболеваний и крайне тяжелое течение ХОБЛ с выраженными явлениями тяжелой дыхательной недостаточности (ДН), что обуславливает невозможность интервьюирования;
- наличие в момент обследования злокачественной опухоли;
- шизофрения (параноидная, гебефреническая, кататоническая); хроническое бредовое расстройство; острое психотическое расстройство; шизоаффективное расстройство;
- биполярное аффективное расстройство, текущий маниакальный эпизод с психотическими симптомами;
- органическое психическое расстройство: деменция при болезни Альцгеймера, сосудистая деменция; деменция при других болезнях, классифицированных в других рубриках; деменция неуточненная; органический амнестический синдром; делирий, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами; органический галлюциноз; органическое кататоническое состояние; органическое бредовое шизофреноподобное расстройство;
- психическое расстройство и расстройство поведения, связанное с употреблением психоактивных веществ: острая интоксикация; абстинентное состояние с делирием; психотическое расстройство; амнестический синдром.

После получения информированного согласия все обследованные консультировались профессором кафедры психиатрии и психосоматики ФППОВ ГБОУ ВПО "Первый МГМУ им. И.М.Сеченова"

¹ Установленный временной промежуток является минимально адекватным для определения стратегии реагирования на СЗ [16].

Б.А.Волель. Исследование проводилось клиническим методом (сбор субъективных и объективных анамнестических данных, психопатологическое обследование). Каждый больной был осмотрен клиническим психологом Научного центра психического здоровья РАМН. В ходе консультации применялись психометрические методики: шкала *Beck Depression Inventory*, проективные психологические опросники "Цветовой тест отношений" и "Проективный рисунок человека". Кроме того, оценивалось качество жизни больных при помощи русскоязычной версии опросника SF-36. Заключительным этапом являлось представление пациента на клиническом разборе академика РАМН А.Б.Смулевича, в котором принимали участие психиатры, клинические психологи и пульмонологи. При регистрации психопатологических нарушений, помимо Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), использовалась систематика психических и психосоматических расстройств, разработанная для применения в общей медицинской практике сотрудниками кафедры психиатрии и психосоматики ФППОВ Первого МГМУ им. И.М.Сеченова².

Верификация диагноза ХОБЛ проводилась в соответствии с принятыми стандартами [2, 18]: спирометрический критерий – постбронходилатационное значение отношения объема форсированного выдоха за 1-ю секунду к форсированной жизненной емкости легких (ОФВ₁ / ФЖЕЛ) < 70 %; наличие воздействия факторов риска (табакокурение, воздействие аэрополлютантов, включая продукты сгорания органического топлива, пыль, химические агенты), дополняемые клиническими проявлениями заболевания – длительным кашлем, отделением мокроты и одышкой.

Все больные подвергались полноценному клиническому обследованию по общепринятой схеме с оценкой результатов физического, а также традиционных лабораторных (общеклиническое, биохимическое и иммунологическое исследование крови, общеклиническое, а при необходимости – бактериологическое исследование мокроты) и инструментальных методов исследования (электрокардиография, эхокардиография, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, включающее в себя обзорную рентгенографию либо мультиспиральную компьютерную томографию, исследование функции внешнего дыхания с проведением ингаляционных проб с бронходилататорами).

Для оценки симптомов основного заболевания проводилось анкетирование с помощью валидизированных опросников: модифицированного опросника mMRC (*Modified British Medical Research Council*) Британского медицинского исследовательского совета, теста оценки ХОБЛ CAT (*COPD Assessment Test*), а также сбор полноценного анамнеза заболевания, включая длительность симптомов, их динамику, частоту и проявление обострений.

Результаты и обсуждение

В исследовании приняли участие 56 пациентов (47 мужчин и 9 женщин, соотношение 5,2 : 1). Такое соотношение соответствует эпидемиологическим характеристикам заболевания: по данным литературы, при ХОБЛ соотношение мужчин и женщин оценивается как 5 : 1 [19]. Средний возраст обследованных – 64,6 ± 8,5 года.

С учетом определяющей роли курения как одного из ведущих факторов риска развития ХОБЛ в представленной выборке настоящие и бывшие курильщики составили 89,3 %. У 10,7 % обследованных ведущим фактором риска были профессиональные вредности. По эпидемиологическим данным, никотиновая зависимость выявляется у 80 % больных ХОБЛ [20].

Смешанный (эмфизематозно-бронхитический) вариант заболевания отмечен у 35 (62,5 %) больных, эмфизематозный – у 14 (25,0 %), бронхитический – у 7 (12,5 %).

Клиническая характеристика пациентов представлена в табл. 1.

Среднетяжелое течение ХОБЛ наблюдалось у 30 (53,6 %) больных, тяжелое – у 19 (33,9 %), крайне тяжелое – у 5 (8,9 %), легкое – у 2 (3,6 %) пациентов.

Признаки ДН III степени были определены у 5 (8,9 %) пациентов, I и II степени – у 21 (37,5 %) и 26 (46,5 %) больных соответственно. У 4 (7,1 %) обследованных признаков ДН не выявлено.

Таблица 1
Клиническая характеристика ХОБЛ у пациентов изученной выборки

Показатель	n (%)
Стадия:	
легкая	2 (3,6)
среднетяжелая	30 (53,6)
тяжелая	19 (33,9)
крайне тяжелая	5 (8,9)
Всего	56 (100)
Тип:	
бронхитический	7 (12,5)
эмфизематозный	14 (25,0)
смешанный	35 (62,5)
Всего	56 (100)
ДН:	
нет	4 (7,1)
I степень	21 (37,5)
II степень	26 (46,5)
III степень	5 (8,9)
Всего	56 (100)
Легочное сердце:	
нет	12 (21,4)
в фазе компенсации	14 (25,0)
в фазе субкомпенсации	21 (37,5)
в фазе декомпенсации	9 (16,1)
Всего	56 (100)

² В предложенной акад. А.Б.Смулевичем системе РЛ, наряду с принятыми в МКБ-10 (параноидным, шизоидным, диссоциальным, эмоционально неустойчивым, истерическим, ананкастным, зависимым, тревожным РЛ), дополнительно выделены гипертимное, ипохондрическое, аффективное, шизотипическое и нарциссическое РЛ, а также невропатическая конституция.

Формирование легочного сердца обнаружено у 44 больных: в фазе компенсации — у 14 (25,0 %); субкомпенсации — у 21 (37,5 %); декомпенсации на момент обследования — у 9 (16,1 %).

Качество жизни пациентов, оцененное по опроснику SF-36, соответствовало средним значениям для популяции пациентов с ХОБЛ [21], но существенно отличалось от средних значений здорового населения того же возраста (табл. 2). У обследованных пациентов, по сравнению со средними данными в популяции больных ХОБЛ, отмечались более низкие баллы по шкалам PF, SF, BP.

При оценке РЛ выяснилось, что 14 (25,0 %) из 56 больных ХОБЛ являются личностями диссоциального круга с аддикцией³ (табл. 3). К облигатным составляющим структуры РЛ в рассматриваемой группе относятся расстройства влечений (аддикции), при этом формирование аддиктивного поведения реализовывалось как в форме химических (в первую очередь — табачной и алкогольной), так и в форме поведенческих зависимостей: влечение к азартным играм, в отдельных случаях — зависимость от компьютерных

игр. Отмечалась также склонность (согласно анамнестическим данным) к антисоциальным поступкам (драки, мелкое хулиганство, нарушения общественного порядка).

Аномалии истерического круга и гипертимные РЛ были представлены в одинаковом числе случаев из 56: по 11 (19,7 %) соответственно. Другие РЛ были сравнительно редки: шизоидное — у 7 (12,5 %), параноидное — у 6 (10,7 %), ананкастное — у 4 (7,1 %), избегающее — у 3 (5,4 %) больных (рис. 1).

Рис. 1. Типологическое распределение РЛ у больных ХОБЛ

Таблица 2
Качество жизни больных по опроснику SF-36 в баллах

Подшкала	GH	PF	RP	RE	SF	BP	VT	MH
Среднее значение для пациентов выборки	40,3 ± 1,2	43,4 ± 1,6	35,2 ± 2,4	51,7 ± 4,5	52,1 ± 3,7	58,2 ± 4,0	43,2 ± 1,5	54,1 ± 2,0
Среднее для популяции больных ХОБЛ*	39,0 ± 0,7	48,7 ± 1,0	37,3 ± 1,6	50,5 ± 1,6	63,0 ± 1,0	66,0 ± 1,1	40,8 ± 0,8	52,0 ± 0,7
Среднее для здорового населения**	75,4 ± 5,9	98,50 ± 1,06	86,3 ± 12,3	75,4 ± 5,9	80,0 ± 8,6	86,4 ± 7,3	69,30 ± 5,04	70,20 ± 6,28

Примечание: * — данные А.Г.Чучалина (2004); ** — данные Н.Н.Бримкулова, Н.Ю.Сенкевича (1998); GH — общее состояние здоровья; PF — физическое функционирование; RP — влияние физического состояния на ролевое функционирование; RE — влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование; SF — социальное функционирование; BP — физическая боль; VT — витальность, энергичность; MH — самооценка психического здоровья.

Таблица 3
Характеристика РЛ

РЛ	Черты характера	Поведенческий паттерн
Параноидное	Повышенное самомнение, высокомерие, убежденность в собственной непогрешимости и правоте, прямолинейность	Подозрительность, ожидание преследования, сутяжничество, склонность к изобретательству, реформаторству, патологическая ревность
Шизоидное	Интровертированность (аутизм), дисгармоничность, поглощенность интеллектуальными процессами, эмоциональная холодность	Дискомфорт в области межличностных отношений, склонность к бесплодному рассуждательству, узость диапазона эмоционального реагирования
Диссоциальное	Неспособность следовать морально-этическим правилам поведения, извлекать уроки из негативного опыта, неспособность к систематическому труду, отсутствие социальных эмоций, симпатии, привязанности к родственникам	Склонность к аддикциям (злоупотреблению алкоголем, наркотиками, гэмблингу — азартным играм), грабежам, жестоким действиям
Истерическое	Впечатлительность, склонность к драматизации, жажда признания, внушаемость, озабоченность внешним видом	Театральность поведения, конфликты, "эмоциональный шантаж", склонность к подражанию, зависимость от внешней ситуации, аггравация жалоб при СЗ
Гипертимное	Стойко приподнятое настроение (гипертимия), энергичность, оптимизм, уверенность в себе	Склонность к праздному времяпрепровождению, коммуникабельность, деятельность, высокая вероятность возникновения аффективной патологии (в т. ч. депрессий)
Ананкастное	Склонность к сомнениям, перфекционизм, ригидность, упрямство, консерватизм в морали и этике, неспособность к расслаблению	Озабоченность деталями в ущерб общему плану и перспективам деятельности, трудоголизм, приверженность социальным условиям, бережливость, ограниченность в выражении эмоций
Избегающее (тревожное)	Неуверенность в себе, мнительность, гиперчувствительность, склонность к формированию тревожных опасений и сомнений	Ранимость в сфере межличностных отношений, склонность к формированию тревожно-фобических состояний

³ Аддикция (пристрастие) — склонность, пагубная привычка, заряженная интенсивными эмоциями и стремлением к изменению собственного психического состояния посредством приема психоактивных веществ (алкоголя, никотина) / полной поглощенности определенным видом деятельности.

При анализе типов реагирования на заболевание у пациентов с ХОБЛ были выявлены 3 основных стратегии совладания: аберрантная ипохондрия (гипонозогнозия), невротическая ипохондрия (тревога за здоровье), депрессия (рис. 2). Помимо пациентов с аномальным поведением в болезни в 4 (7,1 %) случаях из 56 встречались пациенты без каких-либо патологических реакций на заболевание — с адекватным (гармоничным) реагированием.

В 29 (51,9 %) случаях из 56 выявлен 1-й тип — аберрантная ипохондрия (гипонозогнозия). Несмотря на объективную тяжесть соматических проявлений (одышка вплоть до удушья, снижение толерантности к физическим нагрузкам, ведущее к невозможности выполнения даже простейших действий, изнуряющий кашель), отчетливых представлений о болезни у них не формировалось. Больные пренебрегали проявлениями заболевания, списывая возникающие симптомы на возрастные изменения, отрицали факт возможного прогрессирования ХОБЛ. В большинстве случаев такие пациенты во вред себе и своему здоровью продолжали курить, оставались на вредном производстве. Они не были заинтересованы в получении информации о своем заболевании. В самых тяжелых случаях — в 7 (24,1 %) из 29 наблюдений — даже после экстренной госпитализации по поводу невыносимой одышки, удушья пациенты продолжали отрицать факт самого наличия заболевания легких.

Такое аномальное поведение определяло низкую приверженность к терапии (пациенты пропускали назначенные визиты к пульмонологу, пренебрегали врачебными рекомендациями, нерегулярно и не в полном объеме принимали лекарства). Попад в поле зрения пульмонолога, больные игнорировали полученные рекомендации по использованию ингаляционных лекарственных средств, самовольно уменьшали дозировки препаратов либо отменяли их прием. При получении медицинской помощи, несмотря на логичность отсроченного действия препарата при хронической патологии, пациенты были заинтересованы лишь в немедленном улучшении функциональных возможностей, используя препараты лишь при возникновении эпизода выраженной одышки или мучительного кашля.

Больные с аберрантной ипохондрией отличались эгодистонным отношением к телу (психологический термин, обозначающий отчуждение, отстранение от собственных телесных ощущений). Такие пациенты

не ориентировались в телесных ощущениях и симптомах, пренебрегали заботой о здоровье вплоть до аутодеструктивного поведения (курение, употребление алкоголя и др.).

При сопоставлении отношения к собственному телу и характеристик образа тела установлено, что пациенты с аберрантной ипохондрией характеризовались аморфным, лишенным подробностей образом тела, с плохо дифференцированными, схематичными или фрагментарными границами, размытыми контурами рисунка.

Если обратиться к распределению РЛ при аберрантной ипохондрии, то в этой группе установлено преобладание пациентов с диссоциальным РЛ — в 10 (34,5 %) из 29 наблюдений; отмечалась также тенденция к накоплению шизоидного РЛ — в 6 (20,7 %) из 29 наблюдений, значительно превышающая популяционные показатели распространенности данных РЛ [22]. Иные РЛ были равномерно распределены среди пациентов этой группы.

В 18 (32,1 %) из 56 случаев был отмечен 2-й тип — невротическая ипохондрия — тревога за здоровье, органоневротические (соматовегетативные) нарушения. Пациенты с данной стратегией совладания характеризовались, прежде всего, тревогой, опасениями, связанными с возникновением и / или обострением ХОБЛ, особо усиливающимися при эпизодах одышки, чувством обостренного самонаблюдения. Они тщательно следили за собственными ощущениями, настороженно относились к любым их изменениям. Такие пациенты отличались склонностью к органоневротическим проявлениям, усиливающим основные соматические симптомы, которые реализуются в форме панических атак и сопровождаются чувством нехватки воздуха, "стеснения в грудной клетке", "заполненными и забитыми мокротой легкими", страхом смерти от удушья, которые, как правило, в дальнейшем в красках описывались родственникам. Больные активно интересовались результатами функциональных исследований внешнего дыхания и рентгенологических обследований, искали информацию о собственном заболевании в различных источниках, впечатлившись своим заболеванием и его прогнозом. Соблюдали оптимальный режим проветривания помещения, отказывались выходить из дома в прохладную или влажную погоду, меняли привычный образ жизни и зачастую — образ жизни окружающих их людей, формируя вокруг себя охранительный "щадящий" режим, продиктованный патологией легких (ограничение нагрузок и возможности вирусных заболеваний дыхательных путей, отказ от вредных привычек, переход на более легкую работу, жизнь на даче в летние месяцы, отказ от привычных обязанностей по дому, запрет курения в их присутствии и т. д.).

Несмотря на приверженность к лечению в целом, степень кооперации с лечащим врачом у отдельных пациентов снижена так же, как и при аберрантной ипохондрии. Пациентам свойственна тревожность, настороженность в отношении любых новых лекарственных средств, восприятия любых изменений

Рис. 2. Типы реагирования на заболевание у пациентов с ХОБЛ

состояния на фоне их приема как проявлений побочных эффектов и ожидания развития последних, что приводит порой к самостоятельному решению изменения дозы, длительности приема препарата, как правило, в сторону уменьшения, особенно в случае применения ингаляционных глюкокортикостероидов.

По результатам использованных психологических методик установлено, что при невротической ипохондрии в 21 (87,5 %) случае из 24 встречается эгосинтонное отношение к телу (психологический термин, обозначающий принятие собственных телесных ощущений; восприятие тела как чего-то близкого). Пациенты этой группы, в противоположность пациентам с аберрантной ипохондрией (гипонозогнозией), были ориентированы на телесные сигналы, хорошо дифференцировали внутренние ощущения, стремились заботиться о состоянии организма. Для этих больных значимыми являлись телесное удовольствие и неудовольствие. Пациенты с невротической ипохондрией также демонстрировали гиперчувствительность в сфере телесной перцепции (телесных ощущений).

Образ тела пациентов с невротической ипохондрией характеризовался целостностью, четкостью границ тела, точно прорисованными деталями, практически не встречались фрагментарные, схематичные или аморфные изображения тела.

У части больных этой группы превалировали черты, свойственные истерической ипохондрии (как одного из вариантов невротической ипохондрии). Жалобы таких больных обладали чертами демонстративности, яркостью образов, истерофобиями (опасениями по поводу развития рака легкого, пневмоторакса, отека легкого).

В группе невротической ипохондрии наиболее распространенными были истерическое РЛ — 7 (38,9 %) из 18 наблюдений и избегающее РЛ — 3 (16,7 %) из 18 случаев.

В 5 (8,9 %) из 56 наблюдений выявлен 3-й тип реагирования — депрессии. Такой сравнительно низкий процент депрессий в изученной выборке отличается от литературных данных [8, 19], полученных при использовании для оценки депрессии только результатов опросников, без консультации психиатра.

Депрессивные состояния у пациентов выборки были непродолжительными⁴ (2–4 нед.), протекали с преобладанием апатодисфорического⁵ аффекта и имели сравнительно небольшую тяжесть: соответствовали критериям легкого депрессивного эпизода по МКБ-10 (средний балл по шкале депрессии Бека — 14,1). Манифестация и течение депрессии были сопряжены, прежде всего, с длительно сохраняющимися, субъективно значимыми социальными последствиями ХОБЛ — ограничением социальных контактов, отказом от профессиональной деятельности, материальными затруднениями. Депрессия больше

"звучала" в высказываниях больных, не отражаясь существенным образом на их внешнем облике и поведении. Пониженное настроение не имело свойств стойкой подавленности, а напротив, было подвержено значительным колебаниям, амплитуда которых связана с изменением жизненных обстоятельств, отношений с членами семьи. Комплаенс у таких пациентов выражен снижен за счет отсутствия желания лечиться. В данной группе отмечено преобладание гипертимного РЛ — в 3 (60 %) из 5 наблюдений.

Накопления в группе больных с адекватным (гармоничным) типом реагирования тех или иных РЛ не отмечено. Вероятно, одна из причин этого — небольшой объем рассматриваемой выборки.

Заключение

В настоящей работе была предпринята попытка комплексного изучения (совместная работа специалистов в области психиатрии, клинической психологии, пульмонологии и внутренних болезней) соотношения типов реагирования на СЗ и РЛ у пациентов с ХОБЛ с использованием не только психометрических шкал, но и с помощью непосредственного клинического психопатологического и патопсихологического обследования каждого больного, что дало возможность объективировать устанавливаемый диагноз коморбидных и психических РЛ.

Изучена категория РЛ у пациентов с ХОБЛ. Обнаружено преобладание среди больных ХОБЛ диссоциального РЛ, которое среди здоровых лиц встречается не так часто.

Выявлены 3 основных типа реагирования на болезнь при ХОБЛ: аберрантная ипохондрия (гипонозогнозия), невротическая ипохондрия и депрессия. Из дезадаптивных стратегий поведения в болезни, помимо хорошо изученных тревоги и депрессии у пациентов с ХОБЛ, особо следует учитывать большую распространенность аберрантной ипохондрии (гипонозогнозии).

Показано, что личностные черты, определяющиеся в рамках РЛ, вносят существенный вклад в формирование того или иного типа реагирования на СЗ. Так, при гипонозогнозии наиболее распространенным было диссоциальное РЛ, при невротической ипохондрии — истерическое, при депрессии — гипертимное. В соответствии с выявленными соотношениями уже на ранних этапах общения врача с пациентом с учетом характеристики личности возможно прогнозирование типа реагирования на СЗ, что позволит определить пациентоцентрированную программу реабилитации, направленную на коррекцию аномального поведения при болезни. В случае возникновения или угрозы невротических (тревожных) и депрессивных расстройств основные лечебные мероприятия и методы легочной реабилитации

⁴ В отличие от данных литературы о возможности пролонгации депрессивных состояний на фоне ХОБЛ [9], в изученной выборке длительно протекающих расстройств аффективного спектра не встречалось.

⁵ Дисфория — раздражительность.

должны быть ориентированы на повышение качества жизни, в то время как при ведении пациентов с диссоциальным РЛ и аберрантной ипохондрией необходимы дополнительные воздействия, направленные на повышение приверженности к терапии за счет формирования образа болезни и собственного тела у этой категории больных. Такой подход может внести существенный вклад в изменение течения и прогноза больных ХОБЛ.

Литература

1. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380: 2095–2128.
2. Global initiative for chronic obstructive lung diseases. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. (Revised 2011). Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких. Пересмотр 2011 г.: Пер. с англ. под ред. А.С.Белевского. М.: Российское респираторное общество, 2012.
3. *Pilowsky I.* Abnormal illness behavior. John Wiley & Sons Ltd, 1997.
4. *Лакосина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф.* Клиническая психология. М.: МЕДпресс-информ; 2005.
5. *Pilowsky I.* Abnormal illness behavior (dysnosognosia). *Psychother. and Psychosom.* 1986; 46: 248–256.
6. *Lazarus R.S., Folkman S.* Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Company; 1984.
7. *Gudmundsson G., Gislason T., Janson C. et al.* Risk factors for rehospitalisation in COPD: role of health status, anxiety and depression. *Eur. Respir. J.* 2005; 26: 414–419.
8. *DiMatteo M.R., Lepper H.S., Croghan T.W.* Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: metaanalysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch. Intern. Med.* 2000; 160: 2101–2107.
9. *Cafarella P.A., Effing T.W., Usmani Z.-A., Frith P.A.* Treatments for anxiety and depression in patients with COPD: a literature review. *Respirology* 2012; 17: 627–638.
10. *Felton B.J., Revenson T.A., Hinrichsen G.A.* Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. *Soc. Sci. Med* 1984; 18 (10): 889–898.
11. *Keltikangas-Jarvinen L.* The prevalence and construct validity of type A behavior in patients with duodenal ulcers. *Br. J. Med. Psychol.* 1987; 60 (2): 163–167.
12. *Lindahl B.* An illness behavior view on coping with diabetes. *Int. J. Behav. Med.* 2008; 15 (3): 165–166.
13. *Allman E., Berry D., Nassir L.* Depression and coping in heart failure patients: a review of the literature. *J. Cardio-vasc. Nurs.* 2009; 24 (2): 106–117.
14. *Deimling G.T., Wagner L.J., Bowman K.F. et al.* Coping among older-adult, long-term cancer survivors. *Psycho-Oncology* 2006; 15; 2: 143–159.
15. *Jenil-Perrin G.* Les paranoiaques. Paris, 1926.
16. *Смулевич А.Б., Волель Б.А.* Расстройства личности и соматическая болезнь (проблема ипохондрического развития личности). *Журн. неврол. и психиатр.* 2008; 5: 4–12.
17. *Ахмедова О.С.* Качество жизни пациентов с хронической обструктивной болезнью легких. *Изв. Рос. гос. ун. им. А.И.Герцена. "Аспирантские тетради"* 2007; 22 (53): 266–270.
18. Diagnosis and management of stable chronic obstructive pulmonary disease: A clinical practice guideline update from the American College of Physicians, American College of Chest Physicians, American Thoracic Society, and European Respiratory Society. *Ann. Intern. Med.* 2011; 155: 179–191.
19. *Pena V.S., Miravittles M., Gabriel R. et al.* Geographic variations in prevalence and underdiagnosis of COPD: Results of the IBERPOC Multicentre Epidemiological Study. *Chest* 2000; 118 (4): 981–989.
20. *Jamrozik K., McLaughlin D., McCaul K. et al.* Women who smoke like men die like men who smoke: findings from two Australian cohort studies. *Tob. Control* 2011; 20: 258–265.
21. *Чучалин А.Г.* Актуальные вопросы пульмонологии. Белая книга. *Рос. мед. журн.* 2004; 12 (2): 53–55.
22. *Смулевич А.Б.* Расстройства личности. М.: МИА; 2007.

Информация об авторах

Овчаренко Светлана Ивановна – д. м. н., проф. кафедры факультетской терапии № 1 лечебного факультета Первого МГМУ им. И.М.Сеченова; тел.: (499) 248-45-23; e-mail: svetftk@mail.ru
 Галецкая Янина Казисовна – аспирант кафедры факультетской терапии № 1 лечебного факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова; тел.: (499) 248-45-23; e-mail: galetskayte@gmail.com
 Волель Беатриса Альбертовна – д. м. н., проф. кафедры психиатрии и психосоматики ФППОВ Первого МГМУ им. И.М.Сеченова; тел.: (499) 616-51-01; e-mail: beatrice.volel@gmail.com
 Пушкарев Дмитрий Федорович – младший научный сотрудник научно-исследовательского отдела психосоматической медицины Научно-исследовательского центра Первого МГМУ им. И.М.Сеченова; тел.: 8 (916) 807-38-54; e-mail: d.f.pushkaryov@gmail.com
 Лас Екатерина Андреевна – клинический психолог Научного центра психического здоровья РАМН; тел.: (499) 616-51-01; e-mail: lasgeneral@gmail.com

Поступила 29.03.13
 © Коллектив авторов, 2013
 УДК 616.24-036.12-092