

## АНАЛИЗ ТИПОВ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Кедрова В.Л.<sup>2</sup>, Грехов Р.А.<sup>1</sup>, Сулейманова Г.П.<sup>1</sup>, Мякишев М.В.<sup>3</sup>, Зборовская И.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии», Волгоград, Россия, (400138, Волгоград, ул. им. Землячки, д. 76), e-mail: rheuma@vlpost.ru

<sup>2</sup>ООО «Диалайн», Волгоград, Россия (400138, Волгоград, ул. им. Землячки, 82)

<sup>3</sup>Волгоградский медицинский университет, Волгоград, Россия (400131, пл. Павших Борцов, 1)

В статье представлены результаты исследования типов отношения к болезни у больных системной склеродермией. Проведено комплексное изучение особенностей формирования отношения к своему заболеванию у 54 больных системной склеродермией, среди которых подавляющее большинство составили женщины (94,4%). Возраст больных составил в среднем 45,59±1,65 года. Средняя продолжительность заболевания — 6,86±0,41 лет. В ходе данного исследования с помощью методики ТОБОЛ, предназначенной для психологической диагностики типов отношения к болезни, были изучены и выявлены преобладающие типы отношения к болезни у пациентов данных нозологических группы. Изучение основного отношения к заболеванию показало, что среди общего распределения по типам отношения к заболеванию у больных системной склеродермией преобладали смешанные типы реагирования (51,8%). Чистые типы отношений к своему заболеванию составили 27,7% всех случаев, варианты диффузного распределения были отмечены в 11,1% случаев. В целом в структуре отношения к своему заболеванию у больных системной склеродермией доминировали эргопатический, ипохондрический, тревожный и сенситивный типы. При увеличении активности заболевания у больных системной склеродермией доминировали дезадаптивные типы интрапсихической и интерпсихической направленности (тревожный, ипохондрический и сенситивный варианты). Таким образом, наблюдаемая внутренняя картина болезни у больных системной склеродермией соответствовала гипернозогностическому типу. Сложившаяся модель ожидаемых результатов лечения характеризовалась преувеличенно яркой эмоциональной окраской переживаний и заниженными ожидаемыми результатами лечения. Результаты анализа типов отношения к болезни у данных больных следует учитывать в ходе их лечения и реабилитации, в частности в рамках дифференцированного психологического сопровождения.

Ключевые слова: ревматология, системная склеродермия, основное отношение к своему заболеванию

## THE ANALYSIS OF ATTITUDES TO THE DISEASE TYPES IN PATIENTS WITH SYSTEMIC SCLEROSIS

Kedrova V.L.<sup>2</sup>, Grekhov R.A.<sup>1</sup>, Suleymanova G.P.<sup>1</sup>, Myakishev M.V.<sup>3</sup>, Zborovskaya I.A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Federal State Budgetary Institution «Research Institute of Clinical and Experimental Rheumatology», Volgograd, Russia, (400138, Volgograd, Zemlyachki street, 76), e-mail: rheuma@vlpost.ru

<sup>2</sup>ООО «Dialajn», Volgograd, Russia (400138, Volgograd, Zemlyachki street, 82)

<sup>3</sup>Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia (400131, Volgograd, Pavshikh Bortsov Sq., 1)

The article presents the results of the study of attitudes to the disease types in patients with systemic sclerosis. A comprehensive study of the peculiarities of the attitude to the disease was carried out in 54 patients with systemic scleroderosis, among whom the overwhelming majority were women (94,4%). The patients were of 45,59±1,65 years in average. The average duration of the disease — 6,86±0,41 years. In this study, using the TOBOL technique that intended for psychological diagnosis of attitude to the disease types, the predominant types of attitude to the disease in patients of this nosological group has been studied and identified. The investigation of basic attitude to the disease showed that mixed types of response (51.8%) were dominated among the total distribution by type of relationship to the disease in patients with systemic sclerosis. Pure types of attitudes to the disease accounted for 27,7% of all cases and variants of diffuse distribution were noted in 11.1% of cases. In general, ergopathic, hypochondriac, anxious and sensitive types were dominated in the structure of the attitudes to the disease in patients with systemic sclerosis. Along with an increase of disease activity maladaptive types of intrapsychic and interpsychic orientation (anxious, hypochondriac and sensitive variants) were dominated in patients with systemic sclerosis. Thus, the observed internal images of the disease in patients with systemic sclerosis correspond to gypernosognostic type. The current model of expected treatment results is characterized by vivid emotional color of experiences and understated expecting results of treatment. The results of analysis of attitudes to the disease types in these patients should be taken into account in the course of their

Системная склеродермия (ССД) — диффузное заболевание соединительной ткани, которое проявляется прогрессирующим фиброзом кожи, внутренних органов, сосудистой патологией по типам облитерирующей микроангиопатии в сочетании с вазоспастическими нарушениями.

Патогенез заболевания до конца не изучен. Предполагается мультифакториальный генез заболевания, который обусловлен взаимодействием неблагоприятных экзо- и эндогенных факторов с генетической предрасположенностью к заболеванию. Клиническая картина полиморфна с поражением различных органов и систем, течение болезни носит неуклонный прогрессирующий характер, а лечение всегда является многолетним, чаще пожизненным.

Клиническая картина соматической болезни зависит от характера основного заболевания, степени его тяжести, этапа течения, эффективности терапевтических воздействий, а также от таких индивидуальных свойств пациента, как наследственная предрасположенность, конституция, преморбидный склад личности, возраст, пол, реактивность организма, наличие предшествующих вредностей.

Необходимость изучения субъективной стороны заболевания подчеркивалась многими авторами, и эта задача была поставлена в начале XIX в. в работах М.Я. Мудрова: «Чтобы правильно лечить больного, надобно узнать, во-первых, самого больного во всех его отношениях, потом надобно стараться узнавать причины, на его тело и душу воздействующие, наконец, надобно объять весь круг болезни, и тогда болезнь сама скажет имя свое, откроет внутреннее свойство свое и покажет наружный вид свой».

В отечественной литературе проблема соотношения личности и болезни рассматривается в двух аспектах:

- как система отношений «личность и болезнь» – роль личности в этиологии заболевания, в выходе из болезни, в процессе реадaptации;
- система отношений «болезнь и личность» – выяснение проблемы непосредственных и опосредованных соматогений, возникающих у больного в результате тяжелых заболеваний, изучение влияния патологического процесса и его способности изменять личность.

F. Alexander и H. Dunbar – представители психосоматического направления середины XX в. — рассматривали психосоматические нарушения с позиций психоанализа. Согласно их теории болезнь представляет собой реализацию в определенных жизненных условиях

психического профиля личности, который у каждого человека индивидуален и предопределен главным образом конституцией и наследственностью [2].

Соматопсихическое направление, заложенное трудами С.С. Корсакова, П.Б. Ганнушкина, В.А. Гиляровского, И.К. Краснушкина, в центр внимания ставит вопрос влияния соматической болезни на личность. Это позволяет добиться большей эффективности как в изучении патогенеза заболеваний, так и в организации лечения и профилактики болезней.

О важности изучения субъективной стороны заболевания писал в 1944 г. Р.А. Лурия. Он указывал, что хорошее знание жалоб, переживаний и изменений характера больного так же важно для постановки диагноза, как и результаты объективного исследования его болезни. Он отмечал, что успехи медицинской техники не исключают и не заменяют исследования личности больного, и предложил понятие внутренней картины болезни (ВКБ) [1]. Он именовал ею «все то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, не только местных болезненных, но и его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, все то, что связано для больного с его приходом к врачу, – весь тот незримый, но масштабный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм» [1, 6].

Р. Конечный и М. Боухал отмечают, что внутренняя картина болезни зависит от влияния ряда факторов: характера болезни (острая или хроническая), наличия или отсутствия болей, иных дефектов и иного, обстоятельств, в которых протекает болезнь (появление новых проблем в семье, в профессиональной деятельности, в ближайшем социальном окружении и т.д.), преморбидных особенностей личности, социального положения больного [5]. Как свидетельствуют клинические факты и результаты исследований, различная по структуре и динамике внутренняя картина болезни создает специфические условия развития перестройки личности заболевшего, в том числе ее дезадаптивный вариант с формированием негативного отношения к лечению, усталости от постоянного приема препаратов, несоблюдению частоты и длительности приема лекарственных препаратов, вплоть до отказа от лечения.

Таким образом, для гармонизации психоэмоционального состояния и поведения пациента, достижения высокого комплаенса и качества жизни требуется знание системы отношений больного, включая его отношение к болезни [1].

### **Цель исследования**

Изучить особенности формирования отношения к своему заболеванию у больных системной склеродермией.

## **Материалы и методы**

Материалами исследований послужили данные клинико-anamnestического, инструментального и экспериментально-психологического обследования 54 больных ССД, находившихся на стационарном лечении в ревматологическом отделении ГУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 25» г. Волгограда.

Диагноз ССД ставился после тщательного клинико-лабораторного обследования больных в соответствии с критериями Американской Ревматологической Ассоциации пересмотра 1982 г. и рабочей классификацией клинических вариантов течения ССД.

Среди обследованных больных подавляющее большинство составили женщины (94,4%). Возраст больных колебался от 18 до 73 лет, средний возраст составил  $45,59 \pm 1,65$  года. I степень активности патологического процесса была установлена у 12 (22,2%) больных ССД, II степень — у 37 (68,5%) и III степень — у 5 (9,3%) больных, хроническое течение заболевания — у 16 (29,6%), подострое — у 35 (64,8%) и острое — у 3 (5,5%) больных. I стадия болезни определялась у 19 (35,2%), II стадия — у 35 (64,8%) больных. Продолжительность заболевания менее 5 лет была выявлена у 14 пациентов (26%), от 6 до 10 лет — у 32 (59,2%) и свыше 10 лет — у 8 (14,8%). Средняя продолжительность заболевания  $6,86 \pm 0,41$  лет.

В качестве основной экспериментально-психологической методики для изучения отношения к болезни была использована методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ), созданная в лаборатории клинической психологии ПНИ им. В.М. Бехтерева (Вассерман Л.И. с соавт., 1987) на основе клинико-психологической типологии отношения к болезни, предложенной А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым в 1980 г.

## **Результаты исследования**

Изучение основного отношения к заболеванию у больных с ССД показало, что среди общего распределения по типам отношения к заболеванию у больных ССД преобладали смешанные типы реагирования (51,8%). Большую часть данной подструктуры составили типы отношений, характеризующиеся личностной дезадаптацией к заболеванию: ипохондрический (18,5%), сенситивный (24,05%), тревожный (20,35%) и неврастенический (14,8%). Более адаптивный эргопатический тип регистрировался в 14,8% случаях. Чистые типы отношений к своему заболеванию (27,7% всех случаев) у больных ССД были представлены гармоничным (7,4%), эргопатическим (18,5%) и сенситивным (1,85%) вариантами. Варианты диффузного распределения (диагностируемое количество типов отношения к своему заболеванию более 3) были отмечены в 11,1% случаев. Основными структурообразующими вариантами диффузного ТОб являлись тревожный (20,35%), сенситивный (18,5%), ипохондрический (18,5%) и эгоцентрический (12,95%) варианты.

Анализ основного отношения к заболеванию у больных ССД в целом по структуре показал преобладание сенситивного (46,25%) и эргопатического (37%) вариантов (определяемые в чистом виде и в составе смешанных). В меньшей степени регистрировались ипохондрический (37%), тревожный (33,3%), неврастенический (18,5%), эгоцентрический (14,8%) и меланхолический (11,1%) варианты. Структура наиболее адаптивного блока реагирования представлена эргопатическим (37%) и гармоничным (7,4%) типами отношения к заболеванию. Анозогнозическое отношение к болезни у больных ССД не диагностировалось ни в одном из случаев. Также структура основного отношения к заболеванию у больных ССД на 48,1% была представлена смешанными типами реагирования (большой частью ипохондрическим – 18,5%, сенситивным – 24,05%, тревожным – 20,35% и неврастеническим и эргопатическим — по 14,8%). Чистые типы отношений к своему заболеванию (27,7% всех случаев) у больных ССД были представлены гармоничным, эргопатическим и сенситивным вариантами. И, наконец, варианты диффузного распределения (диагностируемое количество типов отношения к своему заболеванию более 3) были отмечены в 11,1% случаев. Основными структурообразующими вариантами являлись тревожный, сенситивный, ипохондрический и эгоцентрический варианты.

Таким образом, у больных ССД отношение к заболеванию в основном проявляется дезадаптивными механизмами с преобладанием сенситивного и ипохондрического вариантов (определяемых в чистом виде и в составе смешанных). В меньшей степени наблюдаются тревожный, неврастенический, эгоцентрический и меланхолический варианты. Эти данные позволяют указать на то, что для больных ССД более характерны непрерывное беспокойство, мнительность и угнетенность в отношении своего заболевания и состояния в целом. Вместе с тем у больных ССД обнаруживается повышенная чувствительность и ранимость в отношении неблагоприятного впечатления, которое может быть вызвано у окружающих сведениями о болезни; выраженные опасения, что они могут стать обузой для близких.

В таблице 1 представлено распределение основного отношения к заболеванию в зависимости от активности патологического процесса.

Таблица 1

**Распределение основного отношения к заболеванию у больных ССД  
в зависимости от степени активности**

ТОБ	I степень активности (N=12)	II степень активности (N=37)	III степень активности (N=5)
Гармоничный (7,4%)	3,7%	3,7%	-
Эргопатический (37%)	9,2%	25,9%	1,85%

Тревожный (33,3%)	7,1%	18,5%	7,4%
Ипохондрический (37%)	1,85%	27,75%	7,4%
Неврастенический (18,5%)	3,7%	12,95%	1,85%
Меланхолический (11,1%)	3,7%	5,5%	1,85%
Сенситивный (46,2%)	9,25%	29,9%	7,4%
Эгоцентрический (14,8%)	-	9,25%	5,5%

Как видно из данных таблицы, у пациентов с I степенью активности ССД отмечаются следующие типы личностного реагирования: гармоничный (3,4%) и эргопатический (5,5%). Основными структурообразующими типами смешанных ТООБ являлись эргопатический, тревожный и сенситивный (по 3,4%). Диффузные ТООБ были представлены в наименьшем проценте случаев (только 2 случая – 3,4%), где основными типами являлись тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и сенситивный. У больных со II степенью активности доминировали чистые и смешанные типы реагирования. Причем для чистых ТООБ характерно присутствие наиболее адаптивных радикалов – эргопатического (12,95%) и гармоничного (3,4%). Структура смешанных ТООБ в большей мере представлена сенситивным (22,5%), ипохондрическим (18,5%), тревожным (16,7%) и эргопатическим (11,1%). Диффузное распределение ведущих ТООБ у больных со II степенью активности диагностировалось только у 5 человек, где основными составляющими являлись тревожный, ипохондрический, сенситивный и эгоцентрический радикалы. У больных ССД с III степенью активности патологического процесса характерно доминирование диффузного распределения с дезадаптивными ТООБ: тревожным, сенситивным, ипохондрическим (по 7,4% каждый) и эгоцентрическим (5,5%).

### **Обсуждение результатов**

В психологическом плане ВКБ может рассматриваться как элемент самосознания, сформированный в результате самопознания на фоне заболевания [7]. Диапазон вариантов осознания болезни обусловлен многообразием индивидуальностей людей. Такие влияния в одних случаях способствуют адаптационным процессам, в других – вызывают дезадаптацию. Как показали наши исследования, у больных ССД с нарастанием тяжести состояния определялись чаще тревожный, ипохондрический, сенситивный варианты. Данные типы отношения к заболеванию относятся к блоку реагирования с различного рода направленностью — интрапсихической и интерпсихической — и определяют гипернозогностический тип внутренней картины болезни — у больного имеется преувеличенно яркая эмоциональная окраска переживаний, связанных с болезнью, при этом формируется заниженная модель ожидаемых результатов лечения. Эмоционально-аффективная сфера отношений у таких больных проявляется в дезадаптивном поведении: реакциях по типу раздражительной слабости, тревожном, подавленном, угнетенном

состоянии, «уходе» в болезнь, отказе от борьбы – «капитуляции» перед заболеванием и т.п. Сенситивное отношение к болезни также проявляется дезадаптивным поведением больных: они стесняются своего заболевания перед окружающими, «используют» его для достижения определенных целей, строят концепции паранойяльного характера относительно причин своего заболевания и его хронического течения, проявляют гетерогенные агрессивные тенденции, обвиняя окружающих в своем недуге.

### **Выводы**

Проведенное экспериментально-психологическое исследование позволило выявить преобладающие типы отношения к болезни у больных системной склеродермией, определить общие для пациентов черты личностного реагирования на заболевание. Данное исследование позволило получить дополнительную информацию о пациентах данной нозологической группы, которую можно использовать с целью повышения эффективности лечения и реабилитации. Таким образом, оценка личностных реакций на болезнь, а также элементов внутренней картины болезни и тесно связанных с этими понятиями качества жизни и приверженности лечению является залогом успешной терапии больного.

### **Список литературы**

1. Бахтояров С.Е. Внутренняя картина болезни в терапевтической практике / С.Е. Бахтояров, Н.В. Латцердс // Медицина: вызовы сегодняшнего дня: материалы междунар. науч. конф. (г. Челябинск, июнь 2012 г.). — Челябинск: Два комсомольца, 2012. — С. 1–3.
2. Бочанова Е.В. Психосоматические заболевания: полный справочник / Е.В. Бочанова и др. // Под ред. Ю.Ю. Елисеева. — М.: Эксмо, 2003. — 605 с.
3. Кабанов М.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / М.М. Кабанов, А.Е. Личко, В.М. Смирнов. — Л.: Медицина, 1983. — 308 с.
4. Каган В.Е. Внутренняя картина здоровья – термин или концепция? / В.Е. Каган. Вопросы психологии. № 1. 1993. — С. 86–88.
5. Конечный Р. Психология в медицине / Р. Конечный, М. Боухал. — Прага, Авиценум, 1983. — 405 с.
6. Лурия А.Р. Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания. Изд. 4-ею М.: Медицина. — 112 с.
7. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. — М.: Эксмо, 2005. — 992 с.
8. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику / В.В. Николаева. — М.: Изд. Моск. ун-та, 1987. — 168 с.

**Рецензенты:**

Шилова Л.Н., д.м.н., заведующая кафедрой госпитальной терапии, военно-полевой терапии с курсом клинической ревматологии ФУВ ГБОУ ВПО ВолгГМУ Минздрава России, г. Волгоград;

Заводовский Б.В., д.м.н., профессор, ассистент кафедры госпитальной терапии, военно-полевой терапии с курсом клинической ревматологии ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Волгоград.