

ПСИХОЛОГІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПУЛЬМОНОЛОГІЇ

Укр Держ НДІ МСПІ
(директор - проф. А. В. Інатюк)
м. Дніпропетровськ

Ключові слова: астма,
психосоматичні розлади,
пульмонологія

Key words: asthma, psychosomatic
disorders, pulmonology

Резюме. В статті проаналізовано патогенне впливання пато-психологічних і психопатологічних факторів у больних з бронхіальною астмою, які можуть бути визначені як неспецифічні фактори ризику розвитку і посилення соматичної патології. Виявлені основні напрями змін у структурі особистості і психічних проявів у даних больних. У больних з бронхіальною астмою виявлено постійне посилення актуальних тривожних тенденцій, переважання фіксації на перешкоді, зовнішньо-обвинительні і перешкодно-домінантні реакції в ситуації фрустрації, низький рівень суб'єктивного контролю в областях невдач, здоров'я і життя в цілому, високий рівень суб'єктивного контролю в області досягнень і міжособистісних стосунків (сім'я, трудовий колектив). Отримані результати дозволяють визначити необхідність включення специфічних лікувально-реабілітаційних заходів у роботу з больними з бронхіальною астмою на всіх етапах розвитку соматичної патології, розробити основні напрями організації такої допомоги.

Summary. In the article a pathogenic influence of patopsychologic and psychopathologic factors in bronchial asthma (BA) patients, which may be defined as nonspecific risk factors of development and strengthening of somatic pathology was analyzed. The main direction of changes in the structure of personality and psychiatric manifestations in these patients were revealed. In BA patients a constant increase of actual anxious trends, prevalence of fixation on the obstacle, external-accusative and interfering-dominant reactions in a situation of frustration, a low level of subjective control in the domain of failure, health and life in general, a high level of subjective control in the domain of achievements and interpersonal relations (family, collective at work) is noted. These results enable to determine the need to include specific treatment and rehabilitation activities in the work with (BA) patients at all stages of somatic pathology development, to develop the main directions of the organization of such an assistance.

З кожним роком зростає актуальність лікування не хвороби, а хворого з індивідуальною неповторною конструкцією психосоматичних відносин [3]. З точки зору психосоматичної теорії, будь-яке захворювання є розладом особистісного буття, що виявляється не тільки порушенням біологічного статусу, але і супутньою психічною та соціально-рольовою деперсоналізацією, яка часто є пусковим механізмом для соматичної патології або навіть її першопричиною [2]. Тому важливим є не тільки вивчення психопатологічних змін, що виявляються в ході захворювання та його лікування, але і виявлення психологічних детермінант стресогенних впливів, що призвели до захворювання [5].

Починаючи з минулого століття, широкого поширення набула думка про те, що психологічні фактори відіграють істотну роль в

етіології соматичного захворювання [3, 6]. Прихильники такої думки стверджували, що емоційні зміни супроводжуються фізіологічними змінами в організмі людини, і якщо такі емоційні зміни виявляються стійкими або відбуваються досить часто, це може спричинити за собою і патологічні соматичні зміни [4, 6]. При розвитку соматичної патології психологічні фактори можуть закріпити або погіршити її чи спровокувати рецидив. Передбачалося, що соматичний стан, викликаний таким чином, має поліпшуватися, якщо пом'якшується або проходить (чи спонтанно, чи в результаті психологічного лікування) психологічна напруга.

Ці ідеї набули поширення і були підсумовані в 2 теорії. Перша з них базувалася на твердженні, що специфічні типи емоційного конфлікту або певні особливості структури особистості можуть

викликати специфічну соматичну патологію. Виділено було основні психосоматичні захворювання: бронхіальна астма, ревматоїдний артрит, неспецифічний виразковий коліт, есенціальна артеріальна гіпертензія, нейродерматит, тиреотоксикоз, виразкова хвороба. Були описані специфічні типи особистості, пов'язані з певними захворюваннями [3, 4, 6].

Відповідно до другої теорії, неспецифічні стресори, швидше за все, лише сприяють розвитку патологічного процесу в органах, вже схильних до цього з якої-небудь іншої причини. Серед основних факторів, що впливають на розвиток соматичної патології, називалися психофізіологічні, поведінкові, гормональні [3]. Багато досліджень, що проводилися на початку розробки даного напрямку, були проведені некоректно, відбір хворих вівся упереджено, не було контрольних груп, використовувалися суб'єктивні, нестандартизовані методи дослідження, більша частина досліджень були ретроспективними [2, 3]. Згодом сформувався більш загальний підхід до впливу психологічних факторів на соматичну патологію. Відповідно до сучасних поглядів, соматичні захворювання можуть бути зумовлені в тому числі і психологічними, емоційними порушеннями.

Таким чином, метою нашого дослідження є вивчення особистісних особливостей хворих на бронхіальну астму, які виступають як неспецифічні фактори ризику розвитку психосоматичної патології.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Виходячи з вищевикладеного, в період з 2005 по 2007 роки була обстежена група хворих на бронхіальну астму, що супроводжується тими чи іншими скаргами на важкі психологічні переживання та психологічний стан. Усі хворі на момент первинного обстеження не мали діагнозу хронічної терапевтичної патології і проходили обстеження в терапевтичному стаціонарі УкрДержНДІ МСПІ. Всього був обстежений 81 пацієнт, кожен із них обстежувався двічі з мінімальним розривом між обстеженнями 6 місяців. Серед обстежених було 47 чоловіків і 34 жінки у віці від 41 до 56 років. Хворі були обстежені клініко-психопатологічно та патофизиологічно. Спочатку хворим був проведений стандартний клініко-психопатологічний огляд з виділенням психопатологічного провідного клінічного синдрому. Потім досліджувалася фрустраційність хворих за допомогою методики дослідження фрустрації Розенцвейг, досліджувався рівень суб'єктивного контролю за допомогою методики НДІ ім. Бехтерева УСК [1, 7].

Отримані дані опрацьовані статистичними методами за допомогою стандартного набору програм Microsoft Excel для ЕОМ.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Розподіл виявлених у хворих у результаті клініко-психопатологічного обстеження клінічних синдромів надано в таблиці 1.

Таблиця 1

Розподіл клінічних синдромів, виявлених у хворих

Провідний клінічний психопатологічний синдром	Початкове обстеження		Контрольне обстеження	
	абс.	%	абс.	%
Окремі симптоми тривоги, що не досягають рівня клінічного синдрому	29	35,8	5	6,2
Виражений тривожний синдром	12	14,8	11	13,6
Тривожний синдром з переважанням соматовегетативних еквівалентів	14	17,3	19	23,5
Тривожно-депресивний синдром	8	9,9	16	19,6
Астено-депресивний синдром	6	7,4	9	11,1
Депресивний синдром	7	8,6	10	12,3
Депресивно-іпохондричний синдром	5	6,2	11	13,6

Таким чином, слід говорити про посилення психопатологічних симптомів у хворих даної групи, що відповідає розвитку більш тяжкої форми терапевтичної патології, у 44,4% випадків вона придбала хронічну форму, 13,6% хворих була встановлена 3 група інвалідності. В ре-

зультаті кореляційного аналізу виявлена пряма залежність тяжкості терапевтичної патології і розвитку депресивних симптомів у клінічній картині захворювання ($p < 0,05$).

Результати обстеження за допомогою методики дослідження фрустрації Розенцвейга дозво-

ляють виділити наступні тенденції. В ситуації фрустрації у напрямку реакції (агресії) відповіді всіх обстежуваних і при першому, і при другому тестуванні розділилися між зовнішньо-обвинувальними з докорами, ворожості та агресивності у відношенні іншої людини і само-

обвинувальними, що містять докори сумління, почуття власної провини, агресію, спрямовану на себе, з явною перевагою перших (табл. 2). Однак при контрольному обстеженні кількість зовнішньо-обвинувальних реакцій значно збільшилась ($p < 0,05$).

Таблиця 2

Результати методики дослідження фрустрації Розенцвейг

Напрямок та тип реакції	Початкове обстеження		Контрольне обстеження	
	абс.	%	абс.	%
Зовнішньо-обвинувальна реакція	43	53,1	64	79,0
Самообвинувальна реакція	38	46,9	17	21,0
Перешкоджаюче-домінантний тип реакції	46	56,8	59	72,8
Самозахисний тип реакції	35	43,2	22	27,2

За типом реакції відповіді розділилися між перешкоджаюче -домінантними, з фіксацією на перешкоді, і самозахисними, з посиленою протидією власній провині. Під час контрольного обстеження спостерігається достовірне збільшення кількості зовнішньо-обвинувальних реакцій і перешкоджаюче - доміантного типу реакції ($p < 0,05$). Слід зазначити, що саме у випробовуваних, у відповідях яких переважала оцінка фруструючої ситуації як такої, що перешкоджає зовні реалізації особистості та спрямованості агресії зовні, спостерігається ускладнення терапевтичної патології та посилення депресивних тенденцій ($p < 0,05$).

За результатами дослідження рівня суб'єктивного контролю за допомогою методики НДІ ім. Бехтерева УСК слід виділити наступні тенденції. За шкалою загальної інтернальності у більшості досліджуваних (у 68,4% обстежених в першому дослідженні, у 77,9% у другому дослідженні) спостерігаються низькі показники, що відповідає низькому рівню суб'єктивного контролю. Такі хворі не бачать зв'язку між своїми діями і значущими для них подіями їхнього життя, не вважають себе здатними контролювати їх розвиток через зовнішнє втручання - випадки або дії інших людей. Високий рівень суб'єктивного контролю притаманний практично всім обстеженим у галузі досягнень, хворі вважають, що вони самі добилися всього того доброго, що було і є в їхньому житті, часто незважаючи на протидію зовні. За шкалою інтернальності в ділянці невдач спостерігається переважання низького рівня суб'єктивного контролю, що говорить про схильність приписувати відповідальність за такі події іншим людям чи невдачі. Средньогрупові результати за шкалами інтернальності в сімейних відносинах і

в сфері виробничих відносин знаходяться на високому рівні, але слід зазначити, що хворі відзначають низький рівень задоволення міжособистісними стосунками. Також слід виділити, що хворі з низьким рівнем суб'єктивного контролю в соціальних відносинах мали більш важкий рівень соматичної патології ($p < 0,05$). За шкалою інтернальності щодо здоров'я і хвороби у більшості опитаних спостерігаються низькі показники, що свідчить про приписування причин появи, розвитку і подальшого перебігу захворювання зовнішнім обставинам, у тому числі і діям лікарів.

ВИСНОВКИ

1. Проведене обстеження доводить наявність патопсихологічних і психопатологічних феноменів у структурі особистості хворого на бронхіальну астму, які можуть бути визначені як неспецифічні фактори ризику розвитку та посилення соматичної патології.

2. Серед них слід виділити постійне посилення актуальних тривожних тенденцій, фіксацію на перешкоді, зовнішньо-обвинувальні і перешкоджаюче-домінантні реакції в ситуації фрустрації, низький рівень суб'єктивного контролю в ділянці невдач, здоров'я і життя в цілому, високий рівень суб'єктивного контролю в галузі досягнень і міжособистісних відносин (сім'я, трудовий колектив).

3. Лікарю при організації лікувальної та реабілітаційної роботи слід враховувати і психологічний, і соціальний аспекти внутрішньої організації хворого, що допоможе організувати індивідуальну терапевтичну роботу з хворим, більш повно визначити прогноз лікування і реабілітації хворого.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии. – М.: 2004. – 348с.
2. Бойцов С.А., Шуленин С.Н., Парценьяк С.А. Донозологическая диагностика в общетерапевтической практике // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости.-2001.-№1. – С. 19-24.
3. Бройтигам В., Коистиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Краткий учебник / Пер. с нем. Г.А. Обухова, А.В. Бруенка; Предисл. В.Г. Остроглазова. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376 с.
4. Григорьева В.Н. Психосоматические аспекты нейрореабилитации. Хронические боли. – Нижний Новгород: Изд-во Нижегородской гос. мед. академии, 2004. – 420 с.
5. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. – М.: МЕД-Пресс-информ, 2002. – 588с.
6. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. – М.: Изд-во МГУ, 1987. – 170 с.
7. Основы психологии. – Ред. – сост. Л.Д. Столяренко. – Ростов н / Д: Изд-во «Феникс», 2000. – 576 с.

