

Список літератури

1. Бровина Н. Н., Бачериков А. Н., Ситенко Л. Н. и др. Особенности структуры завершённых суицидов у лиц с психическими заболеваниями // Украинський медичний альманах. — 2000. — Вип. 2 (додаток), — С. 13–14.
2. Волошин П. В., Бачериков А. Н., Бровина Н. Н. и соавт. Завершённые самоубийства в городе Харькове // Украинський вісник психоневрології. — 2004. — Т. 13, вип. 4 (41). — С. 5–7.
3. Марута Н. О. Клинико-психопатологические особенности современных невротических расстройств // Международный медицинский журнал. — 2004. — Т. 10, — № 1. — С. 38–42.
4. Психологія суїциду (посібник) / Під ред. В. П. Москаля — К.: Академвидав, 2004.
5. Предотвращение самоубийств. Психиатрия / Под ред. Р. Шейдера. — М.: Практика, 1998. — С. 212–221.
6. Суицид. Хрестоматія по суїцидології / Под ред. Моховикова А. Н. — К.: АЛД., 1996. — 216 с.
7. Чуприков А. П., Пилягина Г. Я., Никифоров Р. И. Проблема суицидов в Украине // Международный медицинский журнал. — 1999. — Т. 5. — № 1. — С. 52–57.
8. Carter G., Reith D., Whyte I. M., McPherson M. Repeated self-poison: increasing severity of self-harm as a predictor of subsequent suicide // British Journal of Psychiatry. — 2005. — 186. — P. 253–257.
9. Douglas J., Cooper J., Amos T., Webb R., Guthrie E., Appleby L. "Near fatal" deliberate self-harm: characteristics, prevention and implications for the prevention of suicide // Journal of Affective Disorders. — 2004. — 79. — P. 263–268.
10. Kahn A., Kahn Sh., Brown W. A. Suicide rates in clinical trials of SSRIs, other antidepressants and placebo. Analysis 01.1985–01.2000 // American Journal of Psychiatry. — 2003. — 156. — P. 1563–1569; — 160 — P. 790–792.

Надійшла до редакції 12.04.2006 р.

Н. А. Марута, И. А. Явдак

Предикторы суицидального поведения при невротических расстройствах

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины (Харьков)

С целью изучения клинико-психопатологических особенностей формирования предикторов суицидального поведения обследовано 100 больных невротическими расстройствами. Показано, что уровень аутоагрессивных предикторов у больных с невротическими расстройствами соответствует умеренному и совпадает с клиническими проявлениями депрессии в структуре заболевания. Суицидальные предикторы у больных невротического круга при указанных расстройствах характеризуются определенными клиническими особенностями и полиморфизмом, что обусловлено особенностями психогенных влияний, клиническим патоморфозом и патопсихологическими механизмами их формирования.

N. O. Maruta, I. A. Yavdak

Predictors of the suicidal behavior in neurotic disorders

Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the AMS of Ukraine (Kharkiv)

To investigate clinical-psychopathological peculiarities of predictors of suicidal behavior formation 100 patients with neurotic disorders were examined. It was demonstrated that a level of autoaggressive predictors in patients with neurotic disorders was moderate and coincided with clinical manifestation of depression in the disease structure. Suicidal predictors in patients of neurotic sphere in disorders mentioned above were characterized by certain clinical peculiarities and polymorphism due to peculiarities of psychogenic influences, clinical pathomorphosis, and pathopsychological mechanisms of their formation.

УДК 616.89–008.441.1: 616.853

К. М. Мар'єнко, аспірант кафедри неврології

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького (Львів)

ТИПИ ВІДНОШЕННЯ ДО ХВОРОБИ У ПАЦІЄНТІВ З ЕПІЛЕПСІЄЮ

Будь-яке хронічне захворювання, незалежно від того, яка його етіологія, який орган або функціональна система уражені, ставить людину в особливі життєві обставини, або, інакше кажучи, створює особливу об'єктивну соціальну ситуацію, яка змінює психологічний стан людини. В умовах хвороби пацієнт формує своє власне відношення до нових обставин життя і до себе самого в цих обставинах, тобто внутрішню картину хвороби (ВКХ) [6].

Реакція особистості на хворобу залежить від багатьох чинників: характеру захворювання, його гостроти і темпу розвитку, уявлень самого пацієнта про «своє» захворювання, особливостей лікування, преморбідної особистості хворого, його віку, відношення до хвороби родичів та співробітників.

Про важливість вивчення суб'єктивної сторони захворювання писав ще в 1944 р. Р. А. Лурія, робота якого, присвячена проблемі внутрішньої картини хвороби, була перевидана в 1977 р. [4]. Він продовжив розвиток ідей А. Гольдшейдера (1926) про аутопластичну картину захворювання. Р. А. Лурія вказував, що добре знання скарг, переживань і змін характеру хворого є так само важливе для постановки

діагнозу, як і результати об'єктивного дослідження його хвороби. За його визначенням, «внутрішня картина хвороби — все те, що відчуває і переживає хворий, вся маса його відчуттів ..., його загальне самопочуття, самоспостереження, його уявлення про свою хворобу, про її причини — увесь той великий світ хворого, який складається із досить складних поєднань сприйняття і відчуттів, емоцій, афектів, конфліктів, психічних переживань і травм» [6].

У зв'язку з появою робіт з вивчення суб'єктивної сторони захворювання був введений цілий ряд термінів, які визначають відображену хвороби в психіці людини. Гольдшейдером, як вже вказувалось, було введено поняття «аутопластична картина захворювання», Р. А. Лурія — «внутрішня картина хвороби», Є. А. Шевальовим, В. В. Ковальовим — «переживання хвороби», Є. К. Краснушкіним — «почуття хвороби», Л. Л. Рохліним — «свідомість хвороби», «відношення до хвороби», Д. Д. Федотовим — «реакція на хворобу», Є. А. Шевальовим, О. В. Кербіковим — «реакція адаптації», Я. П. Фрумкіним, І. А. Мізрухіним, Н. В. Івановим — «позиція до хвороби», В. Н. М'ясищевим, С. С. Лібіхом — «концепція хвороби», «масштаб переживання хвороби» та інші [3, 6].

Необхідність дослідження суб'єктивної сторони хвороби підкреслюється авторами як в нашій країні, так і за кордоном [2]. Особливого значення вивчення ВКХ набирає при епілепсії, коли життя хворого часто поділяється на два періоди — до і після встановлення діагнозу, адже епілепсія значною мірою стигматизує хворих, викликаючи суттєві психогенні порушення ще до формування вторинних змін особистості як наслідку тривалого страждання.

На думку Л. Вассермана [1] особливо цінною є психодіагностика на ранніх етапах спостереження хворих на епілепсію. Автор стверджує, що чим меншою є важкість захворювання за клінічною оцінкою, тим більшого значення треба надавати особистісним і ситуаційним чинникам хвороби, які створюють потенційну загрозу для порушень психічної адаптації хворих. Психологічна діагностика повинна виявляти фактори ризику психічної дезадаптації і після їх оцінки організувати систему допомоги хворому з урахуванням психотерапевтичних «мішеней».

Ми обстежили 100 хворих на епілепсію віком від 16 до 67 років (чоловіків — 54, жінок — 46) з різною тривалістю захворювання, типом і частотою нападів, етіологічним спектром хвороби. Ці пацієнти обстежувались і лікувались переважно амбулаторно у Львівській обласній консультативній поліклініці та на кафедрі неврології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. Контрольну групу склали 73 хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні в неврологічному відділенні Львівської обласної клінічної лікарні. В першу контрольну групу (39 хворих) увійшли пацієнти з органічним ураженням головного мозку без пароксизмальних проявів (судинні, післятравматичні, післяінфекційні енцефалопатії, нейродегенеративні захворювання), а в другу (34 особи) — хворі з патологією периферійної нервової системи.

Тип відношення до хвороби (ТВХ) у всіх пацієнтів визначали за допомогою методики для психологічної діагностики типів відношення до хвороби Ленінградського науково-дослідного психоневрологічного інституту ім. В. М. Бехтерева (1987) [5]. Опитувальник являє собою анкету, в якій респондент за 12-ма пунктами дає самооцінку свого самопочуття, настрою, сну і пробудження від сну, апетиту, ставлення до їжі, до хвороби, до лікування, до стосунків, що складаються у пацієнта з медичним персоналом за час лікування, з рідними і близькими, описує своє ставлення до роботи, до оточуючих, до самотності, до майбутнього. Методика дозволяє в графічній формі зобразити профіль самооцінки пацієнта в стані хвороби і згідно з відповідним алгоритмом визначити *locus minoris resistentiae* (слабке місце) в його психосоціальної адаптації, тобто встановити, які психологічні чинники провокують прогресивний перебіг його хвороби [7]. Авторами методики виділено 12 варіантів психосоматичної дезадаптації. Крім гармонійного ТВХ, коли хворий тверезо оцінює свій стан, визначають ергопатичний («втеча від хвороби в роботу»), анозогностичний (бажання обійтись «своїми силами»), тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолійний, апатичний, сенситивний, егоцентричний, паранойяльний і дисфоричний типи. Кожен з них відповідає особливому типу розвитку захворювання в залежності від індивідуальних особливостей пацієнта.

Поєднання в одному клінічному випадку двох або декількох механізмів визначається відповідно як змішаний або дифузний ТВХ.

Статистична обробка результатів проводилась за допомогою програми Statistica 6.0.

За віком хворі були поділені на три групи (16–29, 30–44, 45 років і більше). Було з'ясовано, що анозогностичний ТВХ ($p \leq 0,05$) був притаманний хворим молодого віку, тоді як тривожний, неврастенічний і іпохондричний типи ($p \leq 0,05$) були характерними для старших вікових груп. Це свідчить про те, що молоді особи відкидають думки про хворобу, намагаються пояснити її виникнення випадковими обставинами, часто відмовляються від обстеження і лікування, тобто мають низьку комплаєнтність. При тривалості захворювання більше 20 років виявляються меланхолійний та іпохондричний ТВХ ($p \leq 0,01$), коли хвороба приводить до зневіри у можливість одужання, депресивних розладів, зосередженості на своїх хворобливих відчуттях, перебільшенні можливих побічних дій ліків. Такого ставлення до своєї хвороби не висловлюють особи з невеликою тривалістю захворювання, у яких однаково часто з іншими виявлявся неврастенічний ТВХ, тобто незалежно від тривалості хвороби всі пацієнти мають прояви дратівливості, нестриманості, нетерплячості. Вік початку захворювання не впливав на ВКХ, за цим показником статистично достовірної відмінності не спостерігались.

Якщо ТВХ розглядати з точки зору типів нападів, які відмічались у хворих основної групи, то найменш тривожились з приводу пароксизмів особи з генералізованими судомними нападами, в той час як у хворих з парціальними (простими або складними) нападами статистично достовірно спостерігався тривожний ТВХ ($p \leq 0,05$). Це, можливо, пов'язано з тим, що хворі з фокальними нападами повністю або частково пам'ятають про іктальні феномени, що впливає на тривожність в очікуванні можливих нападів.

У залежності від частоти нападів спостерігались такі кореляції: у хворих з рідкими нападами спостерігався анозогностичний ТВХ ($p \leq 0,01$), при частих і дуже частих нападах (більше 1 на місяць аж до кількох на день) відмічені тривожний та іпохондричний ТВХ ($p \leq 0,05$), тобто хворі постійно переживають з приводу виникнення нападів, часто надмірно прислухаючись до найменших змін у стані свого здоров'я.

Якщо порівняти ТВХ у пацієнтів з різною етіологією хвороби, то при ідіопатичних формах епілепсії статистично достовірно спостерігався анозогностичний ТВХ ($p \leq 0,01$), у них же частіше відмічався ергопатичний тип, коли хворі всіма засобами намагаються зберегти свій соціальний і професійний статус, у той час як симптоматичні і криптогенні форми не різнилися між собою за ТВХ. У цих хворих частіше були діагностовані тривожний і іпохондричний ТВХ. Це може свідчити про більш сприятливий перебіг захворювання в осіб з ідіопатичними формами хвороби, що узгоджується з літературними даними [8].

Ми порівняли також ТВХ у хворих, які лікувались так званими «старими» (фенобарбітал, бензонал, карбамазепін, прімідон, протисудомні суміші) та відносно «новими» протиепілептичними препаратами (ПЕП) — солі вальпроєвої кислоти, ламотриджин, топірамат. Досліджуванам, що використовували старі препарати, більш притаманні такі ТВХ: іпохондричний,

меланхолійний, апатичний, егоцентричний і паранойяльний і менш притаманні гармонійний (тут різниця особливо значуща), ергопатичний та анозогнозичний ТВХ, які частіше діагностувались у осіб, що лікувались сучасними препаратами.

При порівнянні хворих основної та контрольних груп статистично достовірно вони різнилися за віком — особи з органічними захворюваннями головного мозку і периферійної нервової системи були старші за віком ($p \leq 0,01$). Це може свідчити на користь того, що по-перше, стаціонарної допомоги потребують переважно особи старших вікових груп з важкими ураженнями нервової системи, а по-друге, хворі на епілепсію в більшості є особами молодого і середнього працездатного віку і, як правило, лікуються амбулаторно.

В основній групі хворих на епілепсію порівняно з обома контрольними групами переважав чутливий ТВХ ($p \leq 0,05$), коли хворі надмірно стурбовані можливістю несприятливого враження, яке може справити на оточуючих повідомлення про їх хворобу, виникає страх, що люди будуть їх уникати, вважати неповноцінними, обговорювати причини і наслідки виникнення нападів. Це може пояснюватися тим, що хворі на епілепсію вважають себе стигматизованими, часто прагнуть приховати своє захворювання [9].

У хворих контрольної групи з ураженням ЦНС, на томість, діагностувався паранойяльний ТВХ ($p \leq 0,01$), який практично не виникав у хворих на епілепсію. При цьому ТВХ хворі вважають свою хворобу результатом чийогось злого наміру, мають перебільшену підозрілість до діагностичних та лікувальних процедур, не довіряють медперсоналу. Тобто хворі з органічним ураженням головного мозку, особливо в старших вікових групах, потребують особливої індивідуальної психологічної допомоги, яка зрештою, не завжди може бути успішною.

Особам контрольних груп також були притаманні чутливий (але менш виражений, ніж в основній групі), ергопатичний і тривожний, а найменш притаманні — анозогнозичний, апатичний і дисфоричний ТВХ. Дві контрольні групи за показниками типів відношення до хвороби на статистично достовірному рівні не відрізнялись.

Таким чином, якщо порівнювати ТВХ хворих на епілепсію та іншими нозологіями, можна опосередковано відмітити той факт, що пацієнти з епілепсією значною мірою стурбовані негативним враженням, яке може справити на оточуючих факт їх захворювання, що в свою чергу обумовлене низьким рівнем поінформованості населення про сутність цього захворювання [10].

Наші дослідження стосовно ТВХ при різних типах нападів підтверджують проведені дослідження в Санкт-Петербурзькому НДІ психоневрології ім. В. М. Бехтерева, які показали, що є відмінності в ТВХ у хворих з первинно-генералізованими судомними і складними парціальними нападами. В останніх чітко переважає дезадаптивний характер відношення до хвороби з формуванням астено-іпохондричних проявів і патохарактерологічних змін. Їх можна розглядати як трансформацію особистісних характеристик під час соціального функціонування в умовах хвороби [1]. Ми відмітили у хворих з парціальними нападами переважно тривожний ТВХ.

Типи відношення до хвороби, які належать до блоку шкал з малою вираженістю соціальної дезадаптації хворих у зв'язку із хворобою, а саме анозогнозичний і ергопатичний, були відмічені у молодих (16–29 років) хворих з рідкими нападами, ідіопатичними формами епілепсії, які лікувались більш сучасними ПЕП і мали невелику тривалість захворювання. З одного боку, це свідчить про збереження ресурсів особистості в протистоянні захворюванню, з іншого, так звані адаптивні ТВХ у зв'язку з недооцінкою важкості захворювання і низькою комплаєнтністю можуть призводити до прогредієнтності перебігу і розвитку ускладнень захворювання.

Інші кореляції були відмічені у хворих старших вікових груп, з симптоматичними і криптогенними формами епілепсії, частими, переважно парціальними та вторинно-генералізованими нападами, з більшою тривалістю захворювання при застосуванні «старих» ПЕП. Такі хворі мали ТВХ дезадаптивного блоку з типами реагування на хворобу з інтрапсихічною направленістю — тривожним, іпохондричним, неврастенічним. Рідко або зовсім не відмічались ТВХ так званого інтерпсихічного спрямування (чутливий, егоцентричний, паранойяльний, дисфоричний), які свідчать про дезадаптивну поведінку таких пацієнтів і значною мірою пов'язані з преморбідними особливостями особистості хворих.

Виходячи з проведених нами досліджень, можна стверджувати, що визначення ТВХ у пацієнтів з епілепсією на конкретному етапі захворювання може давати можливість лікарю-неврологу оцінити психоемоційний стан хворого, його «больові точки», своєчасно потурбуватись про оптимізацію медикаментозного лікування, про необхідність проведення психокорекційних, в тому числі психотерапевтичних заходів особам, що починають демонструвати дезадаптивні тенденції в перебігу захворювання та низьку комплаєнтність.

Список літератури

1. Вассерман Л. И. Психологическая диагностика при эпилепсии // Современная психиатрия. — 1998. — Т. 1. — № 5. — <http://www.rmj.ru/main.htm/sovpsih/t1/n5/6.htm>
2. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. — Прага: Авиценум, 1983. — 405 с.
3. Личко А. Е., Иванов Н. Я. Методика определения типа отношения к болезни // Журнал невропатологии и психиатрии. — 1980. — № 8. — С. 1527–1530.
4. Лурья Р. А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. — М., 1944; М.: Медицина, 1977.
5. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни: Метод. рекомендации / Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова. — Л., 1987. — 26 с.
6. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. — М.: Изд-во МГУ, 1987. — 167 с.
7. Талалаева Г. В., Рогачева Т. В., Максимова М. В. Прогнозирование вариантов развития сердечно-сосудистой патологии на основе психологического тестирования // Уральский кардиологический журнал. — 2001. — № 3. — С. 21–24.
8. Long-term prognosis of seizures with onset in childhood / Sillanpaa M., Jalava M., Kaleva O., Shinnar S. // N. Engl. J. Med. — 1998. — V. 338. — P. 1715–1722.
9. Morrell M. J. Stigma and epilepsy // Epilepsy and Behavior. — 2002. — V. 3. — Is. 6. — Suppl. 2. — P. 21–25.
10. The second step in the construction of a stigma scale of epilepsy / Salgado P. C., Fernandes P. T., Noronha A. L. et al. // Arq Neuropsiquiatr. — 2005. — V. 63 (2B). — P. 395–398.

Надійшла до редакції 06.04.2006 р.

К. Н. Марьенко

К. N. Maryenko

Типы отношения к болезни у больных эпилепсией

Types of attitude towards disease in epileptic patients

Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого (Львов)

Lviv National Medical University named after Danylo Halytsky (Lviv)

С помощью опросника Ленинградского психоневрологического НИИ им. В. М. Бехтерева были исследованы типы отношения к болезни (ТОБОЛ) у 100 больных эпилепсией. У молодых пациентов (16–29 лет) с редкими припадками, преимущественно идиопатическими формами эпилепсии, которые лечились современными АЭП и имели непродолжительный анамнез, диагностированы ТОБОЛ с малой выраженностью социальной дезадаптации. У больных старших возрастных групп с симптоматическими и криптогенными формами болезни, частыми припадками, большей длительностью заболевания, лечившихся с применением старых АЭП, регистрировались ТОБОЛ дезадаптивного характера, что требует проведения психокоррекционных мероприятий.

Types of attitude towards disease (TATD) were investigated in 100 epileptic patients with the help of Questionnaire designed in Leningrad Psychoneurological Research Institute. It was stated, that young (aged 16–29) patients with rare seizures, short duration of epilepsy, with idiopathic forms of the disease treated with modern AEDs, have demonstrated TATDs with of low degree of social desadaptation. In contrast, in older patients with symptomatic and cryptogenic forms of the disease, longer duration of epilepsy, frequent seizures treated with “old” AEDs were established desadaptive TATDs. These results substantiate necessity of psychotherapeutic interventions in epileptic patients.

УДК 616.1 + 616.839]–055.2–08

Т. В. Панько, канд. мед. наук, вед. науч. сотрудник.

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины (Харьков)

ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ СОМАТОФОРМНОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН

Изучение невротических расстройств не утрачивает своей актуальности в современных условиях, что обусловлено их значительным удельным весом в структуре психической патологии [1–3]. Современные невротические расстройства характеризуются тенденцией к их распространенности, вследствие воздействия многообразия различных психогенных факторов (социальных, экономических, экологических, межличностных), разнообразием клинических проявлений, стиранием и размытостью их клинической картины, затяжным течением и резистентностью к проводимой терапии, несмотря на многообразие современной фармакотерапии [4–6].

На современном этапе развития учения о невротических расстройствах многие авторы отмечают, что на формирование невротических расстройств, их структурно-динамические особенности, исходы оказывают влияние множество различных факторов, среди которых особое место занимают гендерные особенности [7–9]. Эти различия проявляются в частоте распространенности невротических расстройств (среди пациентов преобладают лица женского пола), в особенностях клинических проявлений, их динамике, исходах и т. д. [10–14].

Вопрос о причинах этих различий рассматривается в различных плоскостях. Часть исследователей считает, что причиной является психофизиологическая специфика пола человека, отмечая при этом повышенную эмоциональность женщин [11, 13]. Другие находят причину различия в системе полоролевых отношений и обозначенного социумом гендерного стиля поведения [14, 15]. Третьи считают, что половые различия невротических расстройств формируются под влиянием специфических психотравмирующих факторов и степени удовлетворенности в различных сферах жизни [12].

Специфика психотравмирующих факторов определяет особенности клинических проявлений, которые

должны учитываться в процессе диагностики, терапии и профилактики данной патологии.

Целью настоящего исследования была разработка принципов терапии соматоформной вегетативной дисфункции сердечно-сосудистой системы у женщин на основании изучения клинико-психопатологических особенностей данной патологии.

Для изучения клинико-психопатологических особенностей соматоформной вегетативной дисфункции сердечно-сосудистой системы нами было обследовано 68 женщин.

При изучении психопатологических особенностей учитывался ряд факторов: возраст, образование, социальное положение, характер труда, место проживания. Среди обследованных женщин с соматоформной вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой системы преобладали лица наиболее трудоспособного возраста — 30–39 лет (61,76 %); пациенты в возрасте 40–49 лет составляли 17,64 %, в возрасте от 20 до 29 лет — 20,58 %.

Анализируя образовательный уровень обследованных, мы установили, что большинство обследованных женщин имели высшее (50,00 %), незаконченное высшее (20,58 %) и среднее специальное (17,64 %) образование. Среднее образование регистрировалось реже (11,76 %). Подавляющее большинство обследованных женщин проживало в городе — 79,41 %, 20,59 % — в сельской местности.

Изучение социального положения обследованных показало, что среди женщин преобладали служащие — 41,18 %. Работали в сфере бизнеса и рабочими по 17,65 % женщин. Студенты были в меньшей степени представлены среди обследованных — 11,77 %, неработающие женщины составляли 11,77 %. Основная часть обследованных женщин была занята в сфере умственного труда — 70,59 % и 17,65 % — в сфере физического.