

К. Н. Марьенко

К. N. Maryenko

Типы отношения к болезни у больных эпилепсией

*Львовский национальный медицинский университет
им. Данила Галицкого (Львов)*

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 in epileptic patients

*Lviv National Medical University
named after Danylo Halytsky (Lviv)*

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 клинко-психопатологических особенностей данной патологии.

Для изучения клинко-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.

Анализ психогенных факторов, приведших к развитию соматоформной вегетативной дисфункции сердечно-сосудистой системы, показал, что наиболее часто встречающимся фактором у женщин с данным видом расстройства был фактор наличия тех или иных заболеваний у близких родственников (инсульт, инфаркт, онкопатология, хронические заболевания сердечно-сосудистой системы), которые требовали ухода за ними. Частота данного фактора составляла 76,47 %. Достаточно частым был фактор собственной болезни, который отмечался у 44,11 % женщин. Кроме факторов болезни близких и собственных болезней, которые являлись для больных психотравмирующими, имели место и другие факторы. Так, среди социально-экономических факторов наиболее часто встречающимся был фактор «неуверенности в завтрашнем дне» (35,29 %), который определялся страхом ухудшения социально-экономического положения в будущем. Факторы ухудшения материально-бытового состояния и социального статуса встречались у обследованных больных реже (11,76 % и 14,70 %). Еще реже среди психогений в этой группе встречались: фактор безработицы — 5,88 %, конфликты с начальством и в коллективе — 8,82 %, перевод на другую работу — 5,88 %. Среди семейных конфликтов у обследованных женщин преобладали конфликты с мужем — 41,17 %, родственниками — 29,41 % и детьми — 23,52 %. «Сепарационные» психогении, определяющие состояние эмоциональной депрессии с переживанием разлуки и одиночества, встречались в этой группе достаточно редко и, в целом, не были для нее характерными. Так, у 8,82 % обследованных пациенток регистрировались психогении в виде утраты близких, у 11,76 % — в виде развода и у 5,88 % — в виде переживания одиночества.

Оценивая данные, полученные при анализе психогений у женщин с соматоформной вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой системы, можно говорить о том, что для данной группы больных характерны психогении в виде лично значимых заболеваний у близких с необходимостью ухода за ними, изменения состояния собственного здоровья и социально-экономические факторы.

При оценке факторов наследственной отягощенности было выявлено, что чаще других встречались соматическая (94,11 %) и неврологическая отягощенность (85,29 %). Достаточно часто у обследованных женщин регистрировались характерологические акцентуации у родителей (47,05 % — по отцовской линии, 32,35 % — по материнской). Отягощенность психическими заболеваниями встречалась в группе обследованных женщин редко (5,88 %). Факторы дизонтогенеза регистрировались у 73,52 % женщин этой группы. Среди факторов дизонтогенеза у обследованных пациенток с наибольшей частотой встречались пренатальные факторы (41,17 %) и патологии беременности и родов (32,35 %). Профессиональные вредности у матери в период беременности встречались в группе обследованных больных реже (20,58 %). Изучение факторов анамнеза у обследованных женщин показало, что у 20,58 % из них отмечалась патология воспитания в виде гиперопеки или отвергающего поведения (35,29 %). В детстве и под-

ростковом возрасте у 41,17 % обследованных больных отмечались невротические проявления. Необходимо отметить, что у большинства обследованных женщин (94,11 %) в анамнезе регистрировались перенесенные заболевания: детские инфекции, соматические заболевания — сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, органов дыхания. Анализ анамнестических данных у женщин с соматоформной вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой системы показал, что данная патология развивается у них на фоне наследственных факторов, факторов дизонтогенеза, патологии воспитания и различных перенесенных заболеваний (соматических и неврологических).

Клиническая картина соматоформной вегетативной дисфункции сердечно-сосудистой системы характеризовалась сочетанием общевегетативных и соматоформных проявлений. Соматоформные проявления локализовались наличием: цефалгий различной локализации и характера — тупых, пульсирующих, давящих (76,47 %); кардиалгий — как в виде острых болевых ощущений в левой половине грудной клетки, так и в виде ощущения тяжести, дискомфорта за грудиной, которые сопровождалось чувством нехватки воздуха (79,41 %); колебаний АД (91,17 %). Описанные проявления сочетались с симптомами вегетативной дисфункции в виде гипергидроза (64,70 %), лабильности вазомоторов (55,88 %), тремора (44,11 %) и вегетососудистыми пароксизмами (38,23 %). Возникающие ощущения носили перманентный, пароксизмальный или перманентно-пароксизмальный характер.

Соматоформные симптомы проявлялись у обследованных женщин на фоне тревоги, беспокойства, опасений за состояние своего здоровья (55,88 %), плаксивости (79,41 %), эмоциональной лабильности (67,64 %), подавленного настроения (52,94 %), физической и психической утомляемости (44,11 % и 41,17 %). Поведение 55,88 % обследованных характеризовалось демонстративностью. 41,17 % женщин были фиксированы на вопросах собственного здоровья, 26,47 % переоценивали тяжесть своего состояния.

В целом, основу клинической симптоматики у обследованных женщин составляли разнообразные соматоформные проявления, сочетающиеся с симптомами вегетативной дисфункции на фоне общевегетативной симптоматики.

Клинико-психопатологические проявления формировали основные психопатологические синдромы у обследованных больных. Анализ клинико-психопатологических проявлений свидетельствует о том, что у обследованных женщин чаще других встречались тревожный (55,88 %) и астено-депрессивный (20,59 %) синдромы, реже отмечались тревожно-фобический (14,70 %), сенесто-ипохондрический (5,88 %), ипохондрический (2,94 %) синдромы.

Описанные психопатологические особенности подтверждались результатами анализа данных «Опросника выраженности психопатологической симптоматики». По данным этого опросника выявлены следующие особенности у женщин с соматоформной вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой

системы: высокие показатели по шкале соматизации (Somatization — SOM) регистрировались у 82,35 % женщин, что отражает наличие дистресса, возникающего из ощущения телесной дисфункции, и проявляется в виде «симптомов поражения» сердечно-сосудистой системы организма. Компонентами этого расстройства являются церебральные проявления, различные алгии, а также соматические проявления тревоги и других эмоциональных расстройств. Кроме того, выявлены высокие показатели по шкале тревожности (Anxiety — ANX) у 88,24 % обследованных женщин, что коррелирует с наличием в клинической картине обследованных тревоги, беспокойства, опасений за свое здоровье, соматических и вегетативных компонентов тревоги. Показатели по шкале межличностной чувствительности (Interpersonal Sensitivity — INT) у 70,58 % обследованных женщин были средними, что отражает наличие у них обостренного чувства осознания собственного «Я», и является предпосылкой для беспокойства и дискомфорта в процессе межличностного взаимодействия. По остальным шкалам опросника показатели не превышали средненормативных значений.

Таким образом, оценка результатов клинико-психопатологического исследования больных соматоформной вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой системы у женщин свидетельствует о том, что данная патология обусловлена действием «специфических» психогений в виде факторов, связанных с болезнью близких и уходом за ними, собственными болезнями, социально-экономическими факторами (в виде неуверенности в завтрашнем дне), семейными (в виде конфликтов с мужем), которые носят преимущественно сочетанный характер, актуализируются в сознании пациента и приобретают психотравмирующий характер, приводя к развитию клинически значимых болезненных проявлений. Выявленные психогении действуют на фоне факторов наследственной отягощенности (прежде всего соматической и неврологической), дизонтогенеза (пренатальная отягощенность и патология беременности и родов), патологии воспитания и многочисленных перенесенных заболеваний (соматических и неврологических). В психопатологических механизмах формирования соматоформной вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой системы у женщин ведущим является механизм соматизации, обусловленный внутри- и межличностными конфликтами.

Полученные данные необходимо учитывать при диагностике данной группы расстройств и при выборе терапевтической тактики, которая должна сочетать фармакотерапию с учетом вегетативных проявлений и ведущего психопатологического синдрома и комплекс психотерапевтических методов, обеспечивающих нивелировку значимости психотравмирующих переживаний, изменение отношения к болезненной симптоматике, поведенческие тренинги.

Терапевтическая тактика при лечении женщин с соматоформной вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой системы строилась с учетом ведущего синдрома. Все пациентки были разделены на 2 группы: основную и контрольную.

Лечение больных основной группы носило поэтапный характер и представляло собой сочетание фармакотерапии и различных видов психотерапии в зависимости от этапа лечения; лечение больных контрольной группы представляло собой сочетание фармакотерапии и рациональной терапии на протяжении всего курса лечения.

Так, больные с ведущими тревожным и тревожно-депрессивным синдромами на всем протяжении лечения получали фармакотерапию: препараты, снижающие уровень тревоги — паксил (пакроксетин), саротен (амитриптилин), вегетостабилизаторы — белласпон, препараты общего действия — витамины, энерион, настойку женьшеня, ноотропы — луцетам (пирацетам). Кроме того, на 1 этапе лечения фармакотерапия сочеталась с индивидуальной рациональной психотерапией, направленной на понимание собственной болезни, причин ее развития. На 2 этапе лечения присоединялась групповая психотерапия, в процессе которой у пациенток вырабатывалось более адекватное отношение к болезни, проводились техники наложения ресурса на проблему, формировалась новая модель поведения. На этом же этапе лечения присоединялся аутогенный тренинг, направленный на уменьшение соматоформных ощущений. На 3 этапе лечения присоединялась наркопсихотерапия с помощью тиопентала натрия и функциональный тренинг, позволяющие закрепить положительные изменения как в физическом, так и эмоциональном состоянии больных.

При ведущем астено-депрессивном синдроме на 1 этапе лечение начиналось с сочетания фармакотерапии, рациональной индивидуально-ориентированной терапии и наркопсихотерапии. Такой подход обеспечивал стабилизацию настроения, уменьшение астенической симптоматики. Из фармакопрепаратов использовались антидепрессанты, в том числе золофт, вельбутрин, вегетостабилизаторы — белласпон, препараты общего действия — витамины, энерион, настойка женьшеня, ноотропы — луцетам (пирацетам). На 2 этапе присоединялась групповая психотерапия, на 3 этапе — аутогенный тренинг.

При ведущих ипохондрическом и сенесто-ипохондрическом синдромах на 1 этапе назначалась фармакотерапия, включающая антидепрессанты, нейролептики — эглонил (сульпирид) в малых дозах, препараты общего действия. Фармакотерапия на 1 этапе сочеталась с наркопсихотерапией, что позволяло уменьшить симптомы и фиксацию внимания на своих ощущениях. На 2 этапе присоединяется групповая психотерапия, на 3 этапе — аутогенный тренинг.

Результаты лечения у больных обеих групп оценивались на основании анализа медицинской, социальной и экономической эффективности. Показатель медицинской эффективности в основной группе составлял 0,61 и был в 1,6 раза больше, чем в контрольной, где он составлял 0,38. Социальная эффективность составляла 0,89 в основной группе и 0,76 в контрольной. Коэффициент экономической эффективности на 1 пациента основной группы составлял 1,17, контрольной группы — 0,81.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что лечение пациентов с соматоформной вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой системы должно носить комплексный, поэтапный характер в зависимости от ведущего синдрома, сочетать фармакотерапию и психотерапию, что в свою очередь обеспечивает высокую медицинскую, социальную и экономическую эффективность.

Список литературы

1. Александровский Ю. А., Табачников С. И. О некоторых проблемах и особенностях современной пограничной психиатрии // *Архив психиатрии* — 2003. — Т. 9 № 2(23). — С. 4–6.
2. Карвасарский Б. Д. Неврозы. — М.: Медицина, 1990. — 573 с.
3. Марута Н. А. Невротическая болезнь // *Международный медицинский журнал*. — Харьков, 1997. — Т. 3. — № 3. — С. 16–20.
4. Марута Н. А. Диагностика и терапия неврозов в условиях современного патоморфоза // *Український вісник психоневрології*. — Т. 3, вип. 2 (6). — 2002. — С. 314–316.
5. Гурович И. Я. Психическое здоровье населения и психиатрическая помощь в России // *Матер. XIII съезда психиатров России 10–13 октября 2000 г.* — С. 13.
6. Черначук С. В. Тенденції динаміки показника захворюваності непсихотичними психічними розладами по Вінницькій області // *Актуальные проблемы пограничной психиатрии,*

психотерапии, медицинской психологии. — 27–28 мая 1999 г., Харьков. — С. 161–162.

7. Гнатишин М. С. Невротичні розлади у жінок (індивідуальне прогнозування, профілактика): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — К., 1999. — 34 с.

8. Гнатишин М. С. Роль індивідуальних характерологічних особливостей та соціально-економічних чинників в розвитку невротичних розладів у жінок // *Вісник проблем біології та медицини*. — 1999, вип. 4. — С. 106–108.

9. Crosby F., Jaskar K. Women and men at home and at work: Realities and illusion // *Gender issues in contemporary society. Claremont Symp. on applied Soc. Psychol. CA: Sage Publ. Inc. Newbury Park.* — 1993. — V. 6. — P. 143–171.

10. Бахтєєва Т. Д. Невротичні розлади у жінок у віковому аспекті // *Український вісник психоневрології*. — 2002. — Т. 10, вип. 3 (32). — С. 28–29.

11. Arliss L. P. *Gender Communication.* Englewood, New York: Prentice-Hal, 1991. — P. 1–79.

12. Harter M., Wunsch A., Bengel J., Reuter K. Epidemiology of mental disorders in medical rehabilitation // *Abstracts XI World Congress of Psychiatry.* — Hamburg, 1999. — V. 2. — P. 226.

13. Берн Ш. *Гендерная психология.* — М.: Олма-Пресс, 2001. — 318 с.

14. Abellan C. Education for Gender Concord Program. // *XVth World Congress of Sexology, June 24–28, 2001.* — P. 2.

15. Artiles De Leon J. Violence, sexuality and gender // *XVth World Congress of Sexology, June 24–28, 2001.* — P. 10.

Надійшла до редакції 17.02.2006 р.

Т. В. Панько

Принципи терапії соматоформної вегетативної дисфункції серцево-судинної системи у жінок

*Інститут неврології, психіатрії та наркології
АМН України (Харків)*

Метою дослідження є розробка принципів терапії соматоформної вегетативної дисфункції серцево-судинної системи у жінок на підставі вивчення клініко-психопатологічних особливостей. Дослідження клініко-психопатологічних особливостей соматоформної вегетативної дисфункції серцево-судинної системи у жінок дозволило виявити певні особливості серед факторів, які призводять до захворювання, оцінити рівень задоволеності у різних сферах життя, визначити головні клініко-психопатологічні синдроми. В залежності від провідного синдрому необхідно використовувати різні схеми лікування. Так, хворим основної групи при тривожному та тривожно-фобічному синдромах 1 етап лікування необхідно починати з фармакопрепаратів, які знижують рівень тривоги та препаратів загальної дії; на 2 етапі приєднують раціональну терапію в умовах групової терапії та аутогенне тренування, на 3 етапі додається наркопсихотерапія та функціональний тренінг. При астено-депресивному синдромі на 1 етапі лікування призначається фармакотерапія в сполученні з раціональною індивідуально-орієнтованою терапією та наркопсихотерапією, на 2 етапі додається групова психотерапія, на 3 етапі — аутогенне тренування. При іпохондричному та сенесто-іпохондричному синдромах на 1 етапі фармакотерапія поєднується з наркопсихотерапією, на 2 етапі додається аутогенне тренування, на 3 етапі — раціональна терапія в межах індивідуальної та групової психотерапії. Хворі контрольної групи отримували протягом усього лікування фармакотерапію та раціональну психотерапію. Результати лікування у хворих на соматоформну вегетативну дисфункцію серцево-судинної системи оцінювались на підставі аналізу медичної, соціальної та економічної ефективності. У хворих основної групи показники ефективності були достовірно вищими в порівнянні з контрольною групою.

T. V. Pan'ko

Principles for therapy of somatoform vegetative dysfunction of vascular system in women

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

The aim of the investigation was to work out principles for therapy of somatoform vegetative dysfunction of vascular system in women on the base of researches of clinic-psychopathological peculiarities. The investigation of clinic-psychopathological peculiarities of somatoform vegetative dysfunction of vascular system in women allowed us to determine certain peculiarities among factors resulting in the disease, to assess a level of satisfaction in different spheres of life, to define the main clinic-pathological syndromes. In dependence to a leading syndrome it is necessary to use different treatment schemes. Thus, in patient from the main group with anxiety and anxiety-phobic syndromes it is necessary to begin the 1st stage of the treatment with medications decreasing level of anxiety and medications of general actions; on the 2nd stage a rational therapy under conditions of a group therapy and autogenic training are added and on the 3rd stage narcopsychotherapy and functional training are added. In asthenic-depressive syndrome on the 1st stage medication therapy with a rational individualized therapy and narcopsychotherapy are prescribed, on the 2nd stage a group psychotherapy and on the 3rd stage an autogenic training are added. In hypochondriac and senesto-hypochondriac syndromes on the 1st stage medication therapy is joined with narcopsychotherapy, on the 2nd stage an autogenic training and on the 3rd stage a rational therapy in limits of individual and group psychotherapy are added. Medication therapy and a rational psychotherapy were prescribed to patients from a control group. Results of the treatment in patients with somatoform vegetative dysfunction of vascular system were evaluated on the base of analysis of medical, social and economic assessments. In the patients from the main group efficacy parameters were significantly higher as compared with a control group.