

С.С. Кирилюк

КОНТАМІНАЦІЙНО-ІНФЕКЦІЙНА ІДЕЯ ПСИХІЧНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЯК ВАРІАНТ ПСИХОЛОГІЧНОГО ОПРАЦЮВАННЯ ДЕПРЕСИВНОГО СТРАЖДАННЯ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів

dr_kyrylyuk@ukr.net

Ключові слова:
депресивне страждання,
контамінаційно-
інфекційна ідея
захворювання.

Метою публікації є висвітлення актуального питання психіатрії – осмислення форм опрацювання депресивного страждання. Наведено клінічний випадок пацієнта з варіантом опрацювання депресивного страждання у вигляді контамінаційно-інфекційної ідеї психічного захворювання, що зумовлює бажання хворого уникати будь-яких спонтанних розмов про свій стан, замкнутість у проявах емоцій та переживань та потребує більше часу для подолання внутрішнього опору до активного лікування та налагодження робочого психотерапевтичного та психофармакологічного комплаєнсу. Враховуючи специфіку когнітивно-поведінкового функціонування депресивних пацієнтів з контамінаційно-інфекційною ідеєю психічного захворювання у психотерапевтичній частині терапії необхідно звертати увагу на посилення «рефлектуючого Я», що сприятиме налагодженню адекватного альянсу «лікар–пацієнт».

Симптоми психічних розладів, а також їх перебіг залежать не лише від моделей стресу, які існують у конкретному суспільстві, але й від прийнятих у ньому концепцій та теорій, які визначають межі психічної патології. К. Jaspers в «Allgemeine Psychopathologie» [1] писав: «Здатність до рефлексії дозволяє людині дивитися на себе ніби збоку; тобто хворий може збоку бачити власне хворобу. З точки зору лікаря, який спостерігає за пацієнтом, психічна хвороба виглядає зовсім інакше, ніж з точки зору рефлекуючого хворого. Так людина, яку обстежують на предмет психічної хвороби, може вважати себе цілком здоровою; людина може вважати себе хворою, не маючи для цього об'єктивних підстав (що само по собі є хворобливим симптомом); усвідомлено включаючи в дію власні внутрішні ресурси, людина може позитивно чи негативно впливати на перебіг хворобливих процесів».

Актуальність. У фокус уваги психіатрів сьогодні щораз частіше потрапляють ті види депресій, які займали другорядну позицію, зокрема нарцистична, екзистенційна, аномічна [2, 3]. Характерним фактом є те, що ці види депресивних розладів виникають при руйнуванні старої системи цінностей у людей, які призвичаїлися до певного стилю життя, що має, на їхню думку, непохитну ідеологію. Через відсутність у таких людей інших систем цінностей, втрата контактів з атрибутами зруйнованої системи призводить до виникнення такого спектра депресивних станів [4]. Депресивний афект часто супроводжується у таких випадках переживанням щодо уявлень хворого про самого себе і свої спроможності із зовнішніми очіку-

ваннями від соціуму. За описами пацієнтів, депресію вони сприймають як щось, чого треба соромитися, приховувати та «ділитися» своїми переживаннями та турботами. При цьому, розповідаючи про захворювання, пацієнти вважають, що здорові особи, які їх слухають, можуть «заразитися» і навіть захворіти.

Метою публікації є представлення феномену контамінаційно-інфекційної ідеї, яка проявлялась у поведінці пацієнтів з меланхолійною депресією, особливо яскраво у стаціонарі, коли пацієнти з легшим перебігом захворювання, просили відселити їх від сусідів з тяжкою депресією до іншої палати, щоб ті не передали їм тяжкості свого захворювання.

Згідно з поставленою метою наводимо **типовий ілюстративний клінічний випадок** описаної форми переживання депресії. Пацієнт Л., 1975 р. н. Перебував у стаціонарі з 27.12.2010 р. по 04.02.2011 р. (39 днів).

На лікування в КЗ ЛОР ЛОКПНД поступив уперше за направленням в.о. начмеда у зв'язку зі скаргами на шум у голові впродовж останнього місяця, некерованість думок песимістичного змісту (про стан свого здоров'я, про сенс свого життя), надмірну стурбованість здоров'ям, біль та тяжкість у шлунку після їди, надмірне серцебиття, ранні прокидання, гірше самопочуття зранку з вирівнюванням стану після обіду, схуднення на декілька кілограм протягом останнього року.

Із анамнезу: спадковість н/п захворюваннями не обтяжена. Народився третьою дитиною з трьох – має двох старших на 5 та 7 років братів. Батьки: мама – вчителька початкових класів, батько – шо-

фер, останні 4 роки служить псаломщиком у церкві. Ранній розвиток без особливостей. Стосунки в сім'ї позитивні. Із перенесених захворювань – у ранньому дошкільному віці – хронічний бронхіт з астматичним компонентом; протягом останніх років виявлено рефлюкс-езофагіт І ст., ковзну грижу стравохідного отвору діафрагми, гастрит, асоційований з *Helicobacter pylori*. У 2008 р. була черепно-мозкова травма без втрати свідомості, тоді зі струсом головного мозку середньої тяжкості лікувався в неврологічному відділенні. Тяжкі інфекційні захворювання, венеричні хвороби, туберкульоз заперечує. До школи пішов вчасно, вчився добре. Серед однолітків не вирізнявся. Цікавився езотеричною літературою, психологією. Закінчивши школу здобув вищу освіту у Львівському лісотехнічному університеті (1993–1999 рр.), вчився на механічному та економічному факультетах. Вчився посередньо, не мав бажання. В армії не служив, оскільки навчався на військовій кафедрі в університеті, має звання лейтенанта запасу. За спеціальністю не працював. Впродовж декількох років зустрічався з дівчиною, з якою згодом, три роки тому, розійшовся з власної ініціативи, оскільки, з його слів, злякався відповідальності та сімейного життя. Останні два роки є послухником в Унівській Лаврі, працює у цій Лаврі шофером. Відмічає зміну свого стану протягом останніх 10 років, відколи мав коливання настрою, періодичну нудоту, шум у голові, загальну слабкість з дратівливістю, надмірне зацікавлення своїм здоров'ям. Спорадично консультавався у лікарів, проте систематичного лікування не отримував. Протягом останнього місяця вчергове погіршилося самопочуття – з'явилися шум у голові, некерованість думок песимістичного змісту (про стан здоров'я та сенс життя), надмірна стурбованість здоров'ям, біль та тяжкість у шлунку після їди, надмірне серцебиття, раннє прокидання, гірше самопочуття зранку з поліпшенням стану до обіду, схуднення на декілька кілограм впродовж останнього року. За рекомендацією єпископа Лаври звернувся за консультацією до в.о. начмеда КЗ ЛОР ЛОКПНД, за його направленням госпіталізований до стаціонару для проведення лікування.

Соматичний стан. Хворий задовільного харчування. Шкіра та видимі слизові оболонки чисті. Тони серця ритмічні, ясні. ЧСС – 68 уд/хв, АТ – 110/70 мм рт. ст. Над легеньми перкуторно ясний легеневий звук, дихання везикулярне. Живіт м'який, не болючий. Печінка +1,5 см нижче реберної дуги. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Селезінка не пальпується. Набряки відсутні.

Неврологічний стан. Ознак явної вогнищевої патології не виявлено. Менінгеальні симптоми негативні.

Загальний аналіз крові та сечі в межах норми. Аналіз крові на RV«-» – негативний.

Психічний стан. На час огляду – у свідомості. Орієнтований вірно. На запитання відповідає після пауз, по суті. У розмові висловлює вищенаведені скарги. Надмірно фіксований на тілесних та психологічних відчуттях і переживаннях: «...вважав, що цілий світ біля моїх ніг, чекав, що все зміниться, а нічого не

мінється, нікому я не потрібний». Серед всіх скарг найвагомими вважає періодичні коливання настрою, астенію «...я вже втомився від цього, я такий хворий і замучений...», шум у голові при хвилюванні. Мислення послідовне, сповільнене. Пам'ять та інтелект відповідають освіті і віку. Афективно лабільний, періодично в розмові на очі навертаються сльози, настрої знижені. Розладів сприйняття та активної маячної психопродуктивної симптоматики на час огляду не виявляє. Критика до свого стану при госпіталізації достатня, розуміє, що потребує призначення медикаментів та психотерапії. Проти обстеження та лікування в умовах відділення не заперечує, згідно з Законом України «Про психіатричну допомогу» надав інформовану письмову згоду. Педикольозу та корости на час первинного огляду не виявлено.

Призначено лікування: флупентиксол, есциталопрам, психотерапія (індивідуальна аналітична по 30 хв тричі на тиждень; групова по 1 год двічі на тиждень), водні процедури (душ Шарко, циркулярний душ).

Перші два дні у пацієнта був період адаптації у відділенні – контактів з оточенням не заводив, до медперсоналу звертався за крайньої потреби. На третій день перебування пацієнт заявив, щоб його перевели в іншу палату, мотивуючи це тим, що «...в моїй палаті тяжкі хворі, не можу на них дивитися, відчуваю, що стан погіршується, ніби так, що вони (сусіди по палаті) спричиняють перехід до тяжчого стану, такого як у них...». У психотерапії був фіксований на цих переживаннях, постійно перепитував, чи спілкування з більш тяжкими хворими не призведе до ще більшого «загострення». Водночас відмовлявся заглиблюватися у вирішення своїх актуальних проблем, скупі ділився своїми переживаннями, був у захисній, закритій позиції по відношенню до інших учасників психотерапевтичного процесу. Лише після 20 групової сесії та індивідуальної терапії (яка, враховуючи стан пацієнта, була спрямована на посилення критично-рефлексуючої позиції), пацієнт поступово «розпружився», сформувався адекватний терапевтичний альянс.

Внаслідок проведеного лікування на час виписки: настрої рівні, зменшилися прояви дратівливої астенії, мінорного настрою, з'явилася позитивна перспектива майбутнього – планує шукати роботу. У задовільному стані був виписаний з відділення.

Рекомендовано: динамічне спостереження районного психіатра за місцем проживання, прийом флупентиксолу, 1 мг зранку, есциталопраму, 10 мг на ніч, довготривала психотерапевтична корекція

Результати та їх обговорення.

Описана клінічна ілюстрація показує, що наслідком масивної заборони «ділитися» своїми переживаннями та турботами є те, що хворий уникає будь-яких спонтанних розмов про свій стан, у рамках стаціонарної психотерапевтичної допомоги є більш замкнутим у проявах емоцій та переживань, потребує більше часу для подолання внутрішнього опору до активного лікування та налагодження робочого психотерапевтичного та психофармакологічного комплаєнсу. Така позиція у

даного пацієнта виявилася доволі типовою і свідчить про специфічний когнітивно-поведінковий стиль депресивних пацієнтів.

Висновки

Враховуючи специфіку когнітивно-поведінкового функціонування депресивних пацієнтів з контамінаційно-інфекційною ідеєю психічного захворювання у психотерапевтичній частині терапії варто насамперед звертати увагу на посилення «рефлектуючого Я», що

сприятиме налагодженню адекватного альянсу «лікар-пацієнт».

Список використаної літератури

1. Ясперс К. *Общая психопатология* / Карл Ясперс; [пер. с нем.]. – М.: Практика, 1997. – 1056 с.
2. Менцос С. *Психодинамические модели в психиатрии* / Ставрос Менцос; [пер. с нем. Э. Л. Глушанского]. – М.: Алтейа, 2001. – 176 с.
3. Зорин В. Ю. *Формирующиеся в условиях стрессогенной ситуации затяжные депрессивные состояния* / В. Ю. Зорин // Журн. невропатол. и психиатр. – 1996. – № 6. – С. 23–27.
4. Решетников М. М. *Психодинамика и психотерапия депрессий* / М. М. Решетников. – СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2003. – С. 115–127.

КОНТАМИНАЦИОННО-ИНФЕКЦИОННАЯ ИДЕЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК ВАРИАНТ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ ДЕПРЕССИВНОГО СТРАДАНИЯ

С. С. Кирилук

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого

Целью публикации является освещение актуального вопроса психиатрии – осмысление форм обработки депрессивного страдания. Приведенный клинический случай пациента с вариантом обработки депрессивного страдания в виде контаминационно-инфекционной идеи психического заболевания, что приводит к уходу от любых спонтанных разговоров о своем состоянии, замкнутости в проявлениях эмоций и переживаний и требует больше времени для преодоления внутреннего сопротивления к активному лечению и построению рабочего психотерапевтического и психофармакологического комплаенса. Учитывая специфику когнитивно-поведенческого функционирования депрессивных пациентов с контаминационно-инфекционной идеей психического заболевания в психотерапевтической части терапии необходимо обращать внимание на усиление «рефлектирующего Я», что будет способствовать налаживанию адекватного альянса «врач-пациент».

Ключевые слова: депрессивное страдание, контаминационно-инфекционная идея заболевания.

CONTAGIOS-INFECTION IDEA OF MENTAL ILLNESS AS AN OPTION PSYCHOLOGICAL PROCESSING OF DEPRESSIVE SUFFERING

S. Kyryliuk

The aim of the publication is to highlight the urgent question of psychiatry – understanding forms processing depressive suffering. An clinical case of a patient with a variant processing depressive suffering as «contagios infection» idea of mental illness is shown. It leads to avoidance of any spontaneous conversations about his condition, isolation of manifestations of emotions and feelings and needs more time to overcome the «internal resistance» to the active treatment, psychotherapeutic and psychopharmacological compliance. The depressive patients specificity of cognitive-behavioral functioning with «contagios infection» idea of mental illness demands in psychotherapy to pay attention to strengthening «reflexive Ego» which will facilitate adequate alliance «doctor-patient».

Key words: depressive suffering, «contagios-infection» idea of disease.