

10. Малкина-Пых, И. Г. Психосоматика: новейший справочник / И. Г. Малкина-Пых. — М.: Изд-во Эксмо; СПб.: Сова, 2003. — 928 с.

11. Николаевский, В. В. Ароматерапия: справ. / В. В. Николаевский. — Тольятти: Медицина, 2000. — 295 с.

12. Панин, Л. Е. Психосоматические взаимоотношения при хроническом эмоциональном напряжении / Л. Е. Панин, В. П. Соколов. — Новосибирск: Наука, 1981. — 176 с.

13. Смулевич, А. Б. Психосоматические расстройства. Социальная и клиническая психиатрия / А. Б. Смулевич. — М.: 1987. — 143 с.

14. Солдатченко, С. С. Ароматерапия. Профилактика и лечение заболеваний эфирными маслами / С.С. Солдатченко, Г.Ф. Кашенко, А.В. Пыдаев Изд. 2-е, исправленное и дополненное. — Симферополь: Таврида, 2002. — 109 с.

Поступила 22.06.2011

УДК [616.89:616.12-008.331] 0-071

## ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

И. В. Григорьева<sup>1</sup>, В. В. Евсеенко<sup>1</sup>, В. И. Григорьев<sup>2</sup>, С. А. Игумнов<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Республиканский научно-практический центр

радиационной медицины и экологии человека, г. Гомель

<sup>2</sup>Международный государственный экологический университет им. А. Д. Сахарова, г. Минск

<sup>3</sup>Республиканский научно-практический центр психического здоровья, г. Минск

Изучение внутренней картины болезни у пациентов с артериальной гипертензией является важным направлением в области определения существующих психосоматических взаимосвязей. В ходе настоящего исследования использован Личностный опросник Бехтеревского института для оценки типа отношения к болезни у 57 пациентов с артериальной гипертензией. Выявлено, что преобладающими у них являются тревожный и неврастенические типы, что определяет высокий риск развития тревожных расстройств. Определены существенные гендерные различия в выборе основного типа отношения к болезни: преобладание неврастенического и сенситивного типов у мужчин и тревожного и неврастенического у женщин. Это определяет необходимость построения для них различного психотерапевтического подхода на всех этапах реабилитации.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, внутренняя картина болезни.

## FEATURES OF INWARD DISEASE PATTERN IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

I. V. Grigoryeva<sup>1</sup>, V. V. Evseyenko<sup>1</sup>, V. I. Grigoryev<sup>2</sup>, S. A. Igumnov<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Republican Research Center for Radiation Medicine and Human Ecology, Gomel

<sup>2</sup>International State Ecological University named after A. D. Sakharov, Minsk

<sup>3</sup>Republican Research Center for Mental Health, Minsk

The study of the inward disease pattern in patients with arterial hypertension is an important aspect to determine the present psychosomatic interactions. To assess the type of an attitude to the disease among 57 patients with arterial hypertension, the Personal questionnaire of Behterev institute (LOBI) was applied. It was revealed that vexatious and neurotic types prevailed which determined a high risk for the progression of anxiety disorders. The significant gender differences in choosing the main type of the attitude to the disease were identified: prevalence of neurotic and sensitive types among the men and anxious and neurotic types among the women. This accounts a need to determine different psychotherapeutic approaches for them in all the stages of the rehabilitation.

Key words: arterial hypertension, inward disease pattern.

В настоящее время общепризнанным считается мнение, что спустя 25 лет после катастрофы на Чернобыльской АЭС у многих лиц из пострадавшего населения сформировались многообразные изменения личности и социальной адаптации. Создавшаяся постстрессовая психосоциальная обстановка повлекла за собой рост психосоматических и социально-зависимых заболеваний, в частности, артериальной гипертензии (АГ) [3]. Основными этиологическими факторами для запуска АГ в этот период стали активизированные глубинные бессознательные механизмы психологической защиты и те суще-

ственные изменения, которые коснулись перестройки межперсонального, социального и профессионального уровня. Психический компонент реагирования на изменившиеся в постчернобыльский период обстоятельства жизни подтвердил утверждение, что АГ является «самой человеческой из всех болезней» и характеризуется она как психосоматическое заболевание [9]. Актуальность проблемы АГ для здравоохранения Республики Беларусь обусловлена большой распространенностью данной патологии (в 2006 г выявлено и зарегистрировано 1 млн. 208,9 тыс. больных, 30 % из них имели сопут-

ствующую ишемическую болезнь сердца или поражение сосудов головного мозга), а также теми значительными экономическими потерями, которые связаны с ранней инвалидизацией и смертностью населения от осложнений АГ [10]. Согласно эпидемиологическим исследованиям, практически у каждого пятого жителя республики в возрасте старше 18 лет отмечается повышенное артериальное давление (АД). В общей структуре заболеваний АГ составляет 62 % [10]. Известно, что АГ является типичным психоматическим заболеванием и входит в классическую семерку психоматозов [1, 2, 7, 8, 9, 11].

У значительного количества пациентов с АГ отсутствует глубокое внутреннее осознание причин своего заболевания. Внешне проявляемое напряженное невротическое поведение соотносится с имеющейся у большинства пациентов с АГ психологической позицией, которой оправдывается стремление к повышенной активности и желанием помочь людям. Большинство пациентов, страдающих АГ, занимаются интеллектуальной и административной работой, это — инженеры, счетно-финансовые работники, руководители. В их жизни огромную роль играет наличие ситуаций гиперответственности. Основным моментом психологической динамики пациента с АГ, по Ф. Александеру, является постоянная борьба с нарастающим враждебно-агрессивным чувством и возникающие при этом трудности самоутверждения. Они боятся потерять расположение других людей и поэтому контролируют проявления своей враждебности, что приводит к значительному повышению психоэмоционального напряжения и подъему АД [1, 12].

Отмеченная в исследованиях высокая частота тревожных расстройств при АГ и запуск порочного круга между тревогой и АГ определяют актуальность коррекции тревоги у данных пациентов. Частота тревожно-депрессивных расстройств при АГ доходит, по некоторым данным, до 40 %. Депрессивные и тревожные расстройства нередко сочетаются, частота коморбидности этих состояний достигает 70 % [9].

Углубление знаний о психологической стороне заболеваний привело к появлению к настоящему времени множества различных концептуальных схем, раскрывающих структуру внутреннего мира больного человека [6].

Состояние психологической защиты при АГ содержит в себе центральное противоречие между стремлением человека сохранить психическое равновесие и теми потерями, к которым приводит в последующем активизация различных защит. Они, с одной стороны, снижают накапливающуюся внутри напряженность через различное искажение исходной информации или соответствующего изменения поведения. Избыточное включение, с другой стороны, не позволя-

ет личности при АГ осознавать объективную ситуацию, проявлять себя адекватно по отношению к происходящему вокруг. Все это вызывает стремление более тщательно изучать особенности внутренней картины болезни при АГ.

Известно, что формирование внутренней картины болезни при АГ начинается на том этапе, когда заболевание еще не выявлено и сначала оно носит нечеткий характер, и складывается, как известно, из трех компонентов: эмоционального, соматического и интеллектуального, каждый из которых составляет совокупность различных субъективных моделей проявления признаков АГ. Образование внутренней картины болезни, структурирование ее модели приводит к осознанной или неосознанной потребности освободиться от ее проявлений, созданию осознанных и неосознанных моделей, направленных на преодоление АГ.

Процесс осознания внутренней картины болезни при АГ определяет создание комплаентного взаимодействия между доктором и пациентом, возможность осмысления пациентом наличия у него заболевания, построения возможных алгоритмов терапии и их адекватности. Показатель индивидуальной реакции пациента на наличие АГ позволяет наиболее точно определить состояние имеющихся психотравмирующих факторов и прошлого психотравмирующего опыта, определить объем недостающей информации, которая при ее интеграции определяет возможности перехода на адаптивный уровень взаимодействия с собой, состояние самокоррекции АД, а также подбор технологий позитивной психотерапии как наиболее эффективного инструмента для создания мотивации и активизации ресурсов личности с изменением системы представлений, ценностей и формированием ответственности.

#### **Цель исследования**

Изучение психологического состояния и оценка сложившегося у пациентов с АГ в процессе заболевания паттерна отношения к болезни, проведенные в период 2010–2011 гг.

#### **Материал и методы**

Обследовано 57 пациентов с артериальной гипертензией, в том числе 27 мужчин, 30 женщин. Возраст варьировал в пределах 31–68 лет (средний —  $52 \pm 15,1$  года).

Все пациенты имели диагноз: «Эссенциальная гипертензия» (класс IX, рубрика I 10). I стадию заболевания имели 36,9 %, II — 56,1 % и III — 7,0 % пациентов. Диагностика психических и поведенческих расстройств осуществлялась в соответствии с исследовательскими диагностическими критериями МКБ-10 (класс V, рубрика F 43; F 54) [5]. Статистический анализ полученных результатов был проведен с применением пакета прикладного программного обес-

печения «Statistica», 6.0. Оценка нормальности распределения с использованием W-критерия Шапиро-Уилка показала, что данные не подчинялись закону нормального распределения. Сравнительный анализ между двумя независимыми группами проводили с использованием хи-квадрата ( $\chi^2$ ). Различия между группами по статистическим показателям считали значимыми при  $p < 0,05$ .

Для исследования эмоциональной реакции пациента на заболевание нами использовался Личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ), разработанный сотрудниками Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева с целью диагностики типов отношения к болезни [4, 6]. С его помощью диагностируется сложившийся под влиянием заболевания паттерн отношений к самой болезни, к ее лечению, врачам и медперсоналу, родным и

близким, окружающим, работе, одиночеству и будущему, своим функциям относительно самочувствия, настроения, сна и аппетита.

Данный опросник многогранно оценивал сложившийся у пациентов с АГ в процессе заболевания паттерн отношений к болезни, ее лечению и возможностям терапевтической коррекции. Тест позволяет выявить 13 типов отношений к болезни: гармоничный (Г), тревожный (Т), ипохондрический (И), меланхолический (М), апатический (А), неврастенический (Н), обсессивно-фобический (О), сенситивный (С), эгоцентрический (Я), эйфорический (Ф), анозогнозической (З), эргопатический (Р), паранойяльный (П).

Анализ полученных данных показал, что для пациентов с АГ характерен смешанный тип реагирования. Показатели отмечаемых в опроснике типов отношения к болезни, характеризующие состояние психологической защиты, в обеих группах представлены на рисунке 1.



**Рисунок 1 — Показатели типа реагирования на болезнь по опроснику ЛОБИ у пациентов с артериальной гипертензией**

При оценке эмоциональной реакции на заболевание у пациентов с АГ преимущественно отмечались следующие типы реагирования: основным был тревожный — у 15 (26,3 %) человек, неврастенический — у 13 (22,8 %) человек, дополнительно выбранным типом был неврастенический — у 14 (24,6 %) и сенситивный — у 11 (19,3 %), также характерными выбранными типами для них были паранойяльный и эйфорический — у 9 (15,8 %) человек.

Проведенный анализ эмоционального типа реагирования на болезнь выявил, что пациенты с АГ имели предпочтительный блок тревожного типа реагирования, и определил важную директорию скрытой информации относительно внутренней картины болезни.

Тревожный тип реагирования предполагает постоянное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни — «никто не вылечился», возможных осложнений — «принимать придется все время таблет-

ки», неэффективности и даже опасности лечения — «от этих постоянных гипотензивных и мочегонных таблеток болит и желудок, и голова». Он включает поиск новых способов и схем лечения АГ, дополнительной информации о заболевании, непрерывный поиск новых «авторитетов». У таких людей значительно меньше интереса к объективным данным о болезни (результатам анализов, заключениям специалистов), чем к собственным ощущениям, что свидетельствует о наличии у них высокого уровня внутреннего беспокойства, мнительности в отношении неблагоприятного течения болезни, а также возможных осложнений, которые могут возникнуть в процессе лечения.

Тревожный тип реагирования скорее всего связан с преморбидными личностными особенностями пациентов с АГ, которые характеризуются трудолюбием, приверженностью долгу, большим чувством ответственности, готовностью оказывать помощь другим. Им так-

же свойственно: упрямство, скрытность, неудовлетворенность собой и окружением, болезненная чувствительность к критике из страха перед личной несостоятельностью.

Необходимо отметить также, что выбранные ими типы реагирования в совокупности: тревожный, неврастенический, сенситивный, паранойяльный и эйфорический — свидетельствуют о наличии внутриличностного и межличностного конфликта.

Неврастенический тип реагирования предполагал наличие поведения по типу «раздражительной слабости», для которого характерны проявления вспышек раздражения, особенно при подъеме АД и неприятных соматических проявлениях, неудачах лечения, неблагоприятных данных обследования, часто нетерпеливость и неспособность ждать облегчения от применяемой терапии.

Полученные данные подтверждают, что пациенты с АГ в силу особенностей внутренней

картины реагирования на стресс, имели до появления заболевания определенные личностные особенности: аффективную неустойчивость, мнительность, повышенную впечатлительность, возбудимость, подозрительность, что определило их настороженное отношение к проводимой гипотензивной терапии при настойчивом побуждении со стороны медицинского персонала.

Анализ картины болезни у мужчин и женщин показал различие в типах реагирования на болезнь. При этом у мужчин основным типом реагирования был неврастенический — у 9 (16,1 %) человек, а дополнительным — сенситивный — у 8 (14 %) человек; у женщин основной — тревожный — у 10 (18 %) человек, а дополнительный — неврастенический — у 10 (18 %) человек. Показатели отмечаемых в опроснике типов отношения к болезни у мужчин и женщин с АГ, характеризующие состояние психологической защиты, в обеих группах представлены на рисунке 2.



Рисунок 2 — Показатели типа реагирования на болезнь по опроснику ЛОБИ у мужчин и женщин с артериальной гипертензией

Статистически значимое различие между группами мужчин и женщин составило: в 2010 г. — по тревожному типу (критерий  $\chi^2$ ) ( $\chi^2 = 5,83, p < 0,016$ ), обсессивно-фобическому ( $\chi^2 = 6,09, p < 0,014$ ); сенситивному ( $\chi^2 = 3,91, p < 0,048$ ).

Таким образом, внутренняя картина болезни у мужчин с АГ характеризовалась высоким уровнем сенситивных проявлений, что определило их озабоченность в плане неблагоприятного впечатления относительно реакции окружающих на наличие у них заболевания. У женщин — тревожных и обсессивно-фобических проявлений, что определило значительную степень внутреннего беспокойства, мнительности в отношении неблагоприятного течения АГ, возможных осложнений (гипертонического криза, инсульта), вопросов, связанных с длительным периодом приема гипотензивных препаратов. Преобладание тревожного, неврастенического, сенситивного и обсессивно-фобического типов реагирования на болезнь способствовало формированию у них пессими-

стической модели прогноза заболевания и отрицательной модели ожидаемых результатов.

Такой анализ типов эмоционального реагирования позволяет понять характеристики внутренней картины болезни у пациентов с АГ, определить ее динамику и наметить план последующих психотерапевтических действий.

**Выводы**

1. Структура внутренней картины болезни пациентов с АГ характеризуется тревожным и неврастеническим типом отношения к болезни, что определяет формирование пессимистической модели прогноза заболевания и отрицательной модели ожидаемых результатов.

2. Выявленные существенные гендерные различия в выборе типа отношения к болезни у пациентов с АГ с преобладанием неврастенического и сенситивного типов у мужчин и тревожного и неврастенического у женщин подтверждены статистически значимыми различиями по тревожному типу ( $\chi^2 = 5,83, p < 0,016$ ) и сенситивному типу ( $\chi^2 = 3,91, p < 0,048$ ), что

определило необходимость построения различного психотерапевтического подхода.

Пациенты, которым установлен диагноз: «Артериальная гипертензия» в связи с выявленным преобладающим тревожным типом реагирования на болезнь нуждаются в адекватной психологической поддержке на всех этапах реабилитации.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Александр, Ф. Психосоматическая медицина / Ф. Александр. — М.: ЭКСМО, 2002. — 351 с.
2. Бройтигам, В. Психосоматическая медицина / В. Бройтигам, П. Кристиан. — М.: Рад., 1999. — 224 с.
3. Бронский, В. И. Приспособительные психофизиологические механизмы и психосоматическое здоровье критических групп населения на радиоактивно загрязненных территориях / В. И. Бронский. — Гомель: ИММС НАНБ, 1999. — 187 с.
4. Володин, Б. Ю. Внутренняя картина болезни и особенности психотерапевтической коррекции у больных раком молочной железы и тела матки / Б. Ю. Володин, С. С. Петров, Е. П. Куликов // Рос. онкол. журн. — 2006. — № 1. — С. 105.

5. Классификация психических и поведенческих расстройств: клинич. описания и указания по диагностике: 10-й пересмотр / Пер. на рус. яз. под ред Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина; ВОЗ. — Киев: Факт, 1999. — 272 с.

6. Лурия, Р. А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания / Р. А. Лурия. — 4-е изд. — М.: Медицина, 1977 — 112 с.

7. Лакосина, Н. Д. Медицинская психология / Н. Д. Лакосина, Г. К. Ушаков. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1984. — 272 с.

8. Любан-Плюцца, Б. Психосоматический больной на приеме у врача / Б. Любан-Плюцца, В. Пельдингер, Ф. Крегер. — СПб.: Изд-во НИПНИ им. В. М. Бехтерева. — 1994. — 245 с.

9. Малкина-Пых, И. Г. Психосоматика: новейший справочник / И. Г. Малкина-Пых. — М.: Изд-во Эксмо; СПб.: Сова, 2003. — 928 с.

10. Мохарт, Т. В. Артериальная гипертензия и сахарный диабет, современное состояние проблемы / Т. В. Мохарт. — Минск: Доктор Дизайн, 2008. — 47 с.

11. Смудевич, А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А. Б. Смудевич. — М.: МИА, 2003. — 432 с.

12. Alexander, F. Psychosomatic Medicine: It's principles and application / F. Alexander. — New York: Ronald, 1953. — 268 p.

13. Dunbar, F. H. Psychosomatic diagnosis / F. H. Dunbar. — New York: London, 1948. — 67 p.

Поступила 22.06.2011

УДК [616.379-008.64-06:616.89-008.454]-071

### ОЦЕНКА КОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ

Я. Л. Навменова

Гомельский государственный медицинский университет

Проведен анализ компенсации сахарного диабета 1 типа у пациентов с депрессивными состояниями. Наличие депрессивного состояния ассоциировано с уровнем HbA1C более 7,5 %. Наличие депрессивного состояния не ассоциируется с показателями общего ХС, ХС ЛПНП.

Ключевые слова: сахарный диабет, депрессия, компенсация.

### ASSESSMENT OF INSULIN-DEPENDENT DIABETES COMPENSATION IN PATIENTS WITH DEPRESSIVE STATES

Ya. L. Navmenova

Gomel State Medical University

The compensation of insulin-dependent diabetes has been analyzed in patients with depressive states. The presence of a depressive state is associated with HbA1c at a level more than 7,5 per cent. The depressive state is not associated with the indices of general cholesterol and LDL-cholesterol.

Key words: insulin-dependent diabetes, depression, compensation.

#### Введение

Несмотря на значительные успехи в диабетологии сахарный диабет (СД) остается одной из глобальных медико-социальных проблем. Важнейшей целью лечения СД является достижение компенсации углеводного обмена. Одним из факторов, влияющих на достижение удовлетворительной компенсации сахарного диабета, является состояние психического здоровья пациента [1]. Доказано, что безучастное отношение пациента к лечению, связанное с различными психологическими проблемами, препятствует достижению наилучших параметров метаболического контроля [1]. По результатам различных исследований, наиболее распространены психическими нарушениями являются депрессивные состояния [2–4]. Данные ряда работ

доказывают, что наличие депрессивного состояния у больных сахарным диабетом существенно утяжеляет течение данного заболевания и тем самым препятствует достижению компенсации углеводного обмена [5–7].

#### Цель исследования

Проведение анализа компенсации сахарного диабета 1 типа у пациентов с депрессивными состояниями, исследование зависимости между показателями компенсации углеводного и липидного обмена и наличием депрессивного состояния.

#### Материалы и методы

Для достижения поставленной цели были обследованы пациенты с сахарным диабетом 1 типа, находящиеся на стационарном лечении в эндокринологическом отделении Республиканского научно-практического центра радиаци-