

ISSN 0044-4588

# ЖУРНАЛ НЕВРОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ

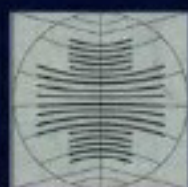
ИМЕНИ С.С. КОРСАКОВА

Том 97



2'1997

Научно-практический журнал



МедиаСфера



© Коллектив авторов, 1997

## КЛИНИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАКЦИИ НА БОЛЕЗНЬ (К ПРОБЛЕМЕ НОЗОГЕНИЙ).

А.Б. СМУЛЕВИЧ, А.Ш. ТХОСТОВ, А.Л. СЫРКИН,  
С.И. ОВЧАРЕНКО, М.Ю. ДРОБИЖЕВ,  
Э.Н. ИЩЕНКО, Н.А. АЛМАЕВ, О.И. ЛЕБЕДЕВА

НИИ клинической психиатрии Научного центра  
психического здоровья РАМН, кафедра внутренних  
болезней № 1 первого лечебного факультета  
Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова

### CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF REACTION TO DISEASE (PROBLEM OF NOSOGENIAS)

A.B. SMULEVICH, A.SH. TKHOSTOV, A.L. SYRGIN,  
S.I. OVCHARENKO, M.YU. DROBIZHEV, E.N. ISCHENKO,  
N.A. ALMAEV, O.I. LEBEDEVA

Термином «нозогения» обозначают реактивные состояния, возникновение которых обусловлено констелляцией психотравмирующих событий, связанных с соматическим заболеванием. В общеврачебной практике они встречаются с частотой от 15 до 90% от общего числа больных соматического стационара. Обследовали 166 пациентов с ишемической болезнью сердца (55), гипертонической болезнью (56) и бронхиальной астмой (56). Представлены результаты, свидетельствующие о существовании двух независимых векторов, характеризующих «крайние» точки континуума восприятия болезни. В основе первого из них лежит значимость переживания телесного неблагополучия — гипер- или гипонозогения, второго — степень оформленности самостоятельного и целостного образа болезни как чего-то отличного от Я — эго-дистонное и эго-синтонное восприятие болезни. Отмечено сочетание указанных векторов с клиническими и психологическими характеристиками в общей картине болезни.

«Nosogenias» is the term describing some reactive states. They account for 15–90% of all the patients of somatic hospital. They are due to constellation of some psychotraumatic events related to somatic disease. A total of 166 patients were examined, among them 55 patients with ischemic heart disease, 56 cases with hypertension and 56 ones with bronchial asthma. The results evidence for the existence of two independent vectors which characterise «extreme» points of continuum of disease perception. The importance of somatic trouble (hyper- or hyponosognomia) was the basis of the first vector while the degree of completeness of independent and the whole image of disease as something which differed from «self» (ego-dystonic and ego-syntonic perception of disease) was the basis of the second vector. Combination of the above vectors with clinical and psychological characteristics in the whole clinical pattern of disease was recorded.

Психическая патология, связанная с соматическим заболеванием, традиционно рассмат-

ривается в рамках двух клинических категорий — соматогений и психогений [8, 9, 16].

Первая из них — категория соматогений — объединяет сравнительно редко встречающиеся психические расстройства, обусловленные воздействием собственно соматической вредности, чаще при комбинации ее с органическим поражением ЦНС. Распространенность их варьирует при разном характере соматической патологии от 2 до 10–12% от общего числа стационарных больных [4, 25]. Такие психические нарушения представлены явлениями помрачения сознания с разной степенью оглушением, эпизодами спутанности, делириозными, галлюцинационными, конфаблюторно-бредовыми синдромами. По клинической картине они соответствуют реакциям экзогенного типа [16].

Вторая категория — психогении — объединяет реактивные состояния, чаще всего встречающиеся в общеврачебной практике. Распространенность их варьирует при разных заболеваниях от 15 до 90% от общего числа больных соматического стационара [2, 14, 25]. Эти психогенные расстройства обусловлены констелляцией психотравмирующих событий, связанных с соматическим заболеванием. Для обозначения таких реакций в отделении пограничной психической патологии и психосоматических расстройств НИИ клинической психиатрии Научного центра психического здоровья РАМН предложен термин «нозогения» (нозогенные реакции) [8, 9]. В зависимости от теоретических установок емкость понятия «нозогения» в разных исследованиях меняется в довольно широких пределах. В одних нозогении квалифицируются в сравнительно узких рамках клинически очерченных (синдромальных) образований психогенного круга [5], в других наряду с психопатологическими расстройствами описываются психопатологически незавершенные («предпатологическая дезадаптация» [6]) и даже адаптивные реакции [2, 13, 15, 17–20, 24, 25]. Таким образом, в рамках нозогений объединяется полиморфная группа клинических и психологических (в рамках нормальной адаптивной реакции) проявлений. Отсюда очевидна необходимость систематизации этих расстройств и в первую очередь разработки типологии нозогений. Актуальность этой проблемы диктуется не только логикой построения концептуального пространства внутренней картины болезни [7], но и потребностями практической медицины, необходимостью разработки дифференцированных подходов к выбору медикаментозной терапии и методов психокоррекции.

В современной психометрии проблема сопоставления многомерных измерений решается выделением минимального количества независимых векторов (факторов) *N*-мерного пространства и установлением уровня координации с ними частных параметров [1]!. Как аналог такого рода независимых факторов может быть интерпретирована описанная ранее [8, 9] дихотомия, отражающая не сводимые к категориям унитарных подходов тенденции отношения Я к болезни: гипернозогения (высокая значимость переживания телесного неблагополучия) и гипонозогения (низкая значимость переживания телесного неблагополучия). Вместе с тем гипер- и гипонозогения являются лишь двумя «крайними» точками — оппозицией (противопоставлением) в спектре нозогенных реакций<sup>2</sup>. Определение иных детерминирующих структуру нозогений оппозиций требует проведения исследования, учитывающего как разнообразие объективных параметров соматического заболевания (динамика симптомов, тип течения, ближайший и отдаленный прогнозы состояния), полиморфность патогенетически связанных с соматическим страданием психопатологических реакций, так и обусловленные структурой личности индивидуальные различия пациентов.

Предпринято изучение типологии нозогенных реакций при таких формах соматической патологии, как ишемическая болезнь сердца (ИБС), гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, которые различаются целым рядом клинических и связанных с ними психологических и социальных параметров. Среди клинических признаков — наряду с показателями, отражающими тяжесть и динамику патологии внутренних органов, в первую очередь должна оцениваться выраженность связанных с соматическим заболеванием тревожно-фобических расстройств. Речь идет о витальном страхе и панических атаках, «запускаемых» периферической составляющей соматической патологии (коронарные сосуды, бронхи) и манифестирующих при нарушении жизненно важных функций (ишемия миокарда, явления бронхоспазма). В ряду психологических и социальных параметров оцениваются такие факторы, как «семантика» диагноза (опасность для жизни, с которой ассоциируется диагноз болезни), «контро-

лируемость» симптомов (потенциальная возможность влиять на проявления болезни), ограничения, накладываемые на бытовую и профессиональную деятельность.

В пределах каждой выбранной для исследования нозологической единицы учитываются также основные демографические показатели (пол, возраст), личностные параметры (характерологические черты, когнитивные конструкты, поведенческие стереотипы, особенности самосознания), коморбидные психические нарушения (расстройства настроения, включая дистимию, хроническую гипертимию, тревожные и соматоформные расстройства, личностные расстройства), сформировавшиеся до манифестации патологии внутренних органов и не обнаруживающие патогенетической взаимосвязи с соматическим страданием.

В настоящей публикации представлен фрагмент исследования, включающий обобщенные данные о типологической структуре нозогений<sup>3</sup>.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В выборку вошли пациенты среднего возраста (по критериям ВОЗ), находившиеся на лечении в факультетской терапевтической клинике Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова, с верифицированным диагнозом ИБС, бронхиальной астмы, гипертонической болезни с длительностью соматического заболевания не менее 1 года.

Верификация ИБС основывалась на характерной клинической картине, наличии достоверных инфарктов миокарда в анамнезе, данных суточного мониторирования ЭКГ, велоэргометрического теста и у части больных на результатах коронароангиографии. Диагноз гипертонической болезни верифицировался детальным клиническим обследованием, позволяющим исключить симптоматические артериальные гипертензии. Диагноз бронхиальной астмы основывался на выявлении у больных повторяющихся, не связанных с другими заболеваниями эпизодов обратимой бронхиальной обструкции (клинически она проявлялась удушьем, приступообразным кашлем, затруднением выдоха, свистящими хрипами), обусловленной хроническим воспалением дыхательных путей, морфологическим маркером которого является эозинофилия. Из выборки исключались больные с сочетанием гипертонической болезни и ИБС, пациенты с острыми или хро-

<sup>1</sup> В этом аспекте термин «нозогения» приобретает более широкое (внесиндромальное) значение, позволяющее дифференцировать изучаемые состояния одновременно на нескольких уровнях — клиническом, психологическом и т.д.

<sup>2</sup> В целях операционализации исследования можно с известной долей условности распределять нозогении по двум указанным категориям.

<sup>3</sup> В последующих сообщениях будут рассмотрены типологическая структура нозогений, зависимости между ее составляющими и перечисленными субъективными и объективными параметрами.



ническими заболеваниями, внутренняя картина болезни которых могла исказить результаты исследования, а также лица с органическими расстройствами (F00 — F09 по МКБ-10), шизофренией, шизотипическим и бредовыми состояниями (F20 — F29), психическими и поведенческими нарушениями вследствие употребления психоактивных веществ (F10 — F19), умственной отсталостью (F70 — F79).

Обследовали 166 пациентов (84 мужчины и 82 женщины). В числе их было 55 человек с ИБС (48 мужчин и 7 женщин), в основном с постинфарктным кардиосклерозом, стабильной и нестабильной стенокардией. В группе больных бронхиальной астмой было 56 человек (20 мужчин и 36 женщин), преобладали случаи инфекционно-аллергической бронхиальной астмы среднетяжелого и тяжелого течения. С гипертонической болезнью было 55 человек (16 мужчин и 39 женщин), преобладала гипертоническая болезнь II стадии.

Выделение образующих типологическую структуру нозогений независимых факторов осуществлялось при сопоставлении экспертной и психометрической оценок. Первая формировалась на основании суждения 3 независимых экспертов в отношении принадлежности нозогенной реакции к гипер- или гипонозогнозии. Наблюдения включались в выборку при совпадении мнений не менее 2 экспертов. Психометрическая оценка отражала результаты использования такой методики, как опросник реагирования на болезнь [23]. Он включает широкий круг вопросов, охватывающих восприятие, интерпретацию болезни, ее личностно значимые последствия, изменение интерперсональных взаимоотношений в связи с заболеванием и основные типы адаптационного поведения (совладания с болезнью).

Статистический анализ осуществляли с помощью пакета статистических программ Statistica for Windows. Факторный анализ проводили методом главных компонент с последующим вращением Varimax raw. В качестве значимых нагрузок (factor loadings) принимали значения более 0,5. Корреляционный анализ осуществляли с помощью рангового коэффициента Спирмена и программы ANOVA/MANOVA.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Согласно экспертной оценке, 87 наблюдений были отнесены к гипернозоогнозии и 79 — к гипонозогнозии.

В соответствии с данными психометрической оценки по опроснику реагирования на болезнь

были выделены 5 факторов. Все они приведены в табл. 1. Первые 2 фактора объясняют наибольший процент общей дисперсии (24%) и не коррелируют между собой на статистически достоверном уровне. Соответственно они могут в первую очередь претендовать на статус независимых измерений (факторов) и рассматриваться в соотношении с экспертной оценкой.

Соотношение между экспертной и психометрической характеристиками нозогений. Сравнение средних факторных значений (factor scores) у больных с гипер- и гипонозогнозией выявил статистически значимое различие по фактору «обеспокоенность состоянием» и аналогичную тенденцию для фактора «противостояние, активное совладание с болезнью». При этом высокие факторные значения характерны для гипернозоогнозии, низкие — для гипонозогнозии (табл. 2).

## ОБСУЖДЕНИЕ

Фактор «обеспокоенность состоянием» является наиболее близким психометрическим коррелятом экспертной оценки в рамках оппозиции гипер/гипонозогнозия. Второй по весу фактор — «противостояние, активное совладание с болезнью» — независим от «обеспокоенности состоянием». Такие результаты свидетельствуют о существовании еще одного отражающего типологическую структуру нозогений независимого вектора, противопоставляющего эго-дистонное восприятие болезни эго-синтонному. В его основе лежит наличие (высокие факторные значения) или отсутствие либо слабая оформленность (низкие факторные значения) самостоятельного и целостного образа болезни определенно, как чего-то отличного от Я. В первом случае (эго-дистонное восприятие болезни) симптомы соматического страдания противопоставлены Я, воспринимаются отчужденно, как объект борьбы, проблема, с которой необходимо справиться (позиция больного: «у меня есть болезнь»). Во втором (эго-синтонное восприятие болезни) проявления заболевания переживаются как измененное состояние самого Я, подверженное страданию болеющее тело (позиция: «Я болен»).

Данные, представленные в табл. 2, свидетельствуют о вероятности существования двух вариантов противопоставления (опозиции) гипер/гипонозогнозия. Первый из них связан с фактором «обеспокоенность состоянием», второй — с «противостоянием, активным совладанием с болезнью». Соответственно представляется возможным соотнести гипер-гипонозогнозию и вновь выделенную бинарную оппозицию друг с другом.

Таблица 1. Результаты факторного анализа опросника реагирования на болезнь

Фактор	Факторные нагрузки	Вклад в общую дисперсию	
<b>1. «Обеспокоенность состоянием»</b>			
Я боюсь своей болезни	0,78588	0,12563	
Из-за болезни я чувствую себя несчастным	0,72848		
Болезнь вызывает у меня чувство тревоги	0,64667		
Болезнь как бы «побеждает» меня	0,63822		
Я много думаю о своей болезни	0,62153		
Я беззащитен перед своей болезнью	0,62083		
Болезнь вызывает у меня чувство подавленности	0,56589		
Болезнь вызывает у меня раздражение	0,50256		
<b>2. «Противостояние, активное совладание с болезнью»</b>			
Я обязан бороться со своей болезнью	0,76651		0,11453
Болезнь — это проблема, за которую нужно взяться	0,76278		
Я хотел бы ускользнуть от своей болезни	0,7389		
Я был бы рад «убежать» от своей болезни	0,65666		
Болезнь — это мой враг	0,55153		
Я чувствую, что могу сопротивляться своей болезни	0,52058		
Я ценю помощь и сострадание окружающих	0,51897		
Окружающие виноваты в моей болезни	-0,589		
Окружающие виноваты в возникновении моей болезни	-0,5612		
Мне кажется, что болезнь — это проявление моей неполноценности	-0,5336		
<b>3. «Причина болезни — в моем поведении»</b>			
Я чувствую, что сделал что-то такое, что привело к моей болезни	0,77734	0,05982	
Я все же чем-то «заслужил» эту болезнь	0,62741		
В какой-то мере я ответственен за возникновение моей болезни	0,61613		
Болезнь — это наказание за мои прошлые поступки	0,60098		
Я не думаю, что в моих поступках можно отыскать причины моей болезни	-0,5688		
<b>4. «Ориентировочная реакция»</b>			
Я отношусь к болезни как к вызову	0,53231	0,05539	
Многое в моей болезни остается для меня неясным	0,52689		
Болезнь похожа на врага, внезапно напавшего на меня	0,52069		
<b>5. «Болезнь — стыдно»</b>			
Мне не хотелось бы выяснять подробности о своей болезни	0,66151	0,05139	
Я стыжусь своей болезни	0,50813		
Я не хочу, чтобы окружающие знали о моей болезни	0,47575		
Я хочу, чтобы о моей болезни знал только я	0,46651		
Я хочу узнать все, что только возможно, о своей болезни	-0,4585		

При этом выявляются следующие 4 варианта сочетаний, характеризующие «крайние» точки континуума восприятия болезни: гипернозоогнозиче-

ский эго-дистонный, гипернозоогнозический эго-синтонный, гипонозогнозический эго-дистонный, гипонозогнозический эго-синтонный.



Таблица 2. Сравнение средних факторных значений по факторам «обеспокоеенность состоянию» (фактор 1) и «противостояние, активное совладание с болезнью» (фактор 2)

Тип нозогенных реакций	Средние факторные значения* по фактору 1	Средние факторные значения** по фактору 2
Гипернозогнозия	0,277875	0,196656
Гипонозогнозия	-0,20973	-0,18085

Примечание. Одной звездочкой обозначено  $-F(1,71) = 4,35$ ,  $p < 0,0405$ ; двумя  $-F(1,71) = 2,60$ ,  $p < 0,1114$ .

Анализируемая структура при сопоставлении с классификацией ипохондрии, также разработанной в отделении пограничной психической патологии и психосоматических расстройств НИИ клинической психиатрии Научного центра психического здоровья РАМН [10], позволяет определить предпочтительные клинические варианты нозогений для каждого из указанных сочетаний. Так, для гипернозогнозического эго-дистонного варианта характерны реакции, протекающие с явлениями сверхценной ипохондрии. На первом плане, с одной стороны, убежденность в крайней тяжести соматического состояния, а с другой — доминирующие представления, содержанием которых могут выступать основанные на умозрительных интерпретациях и/или почерпнутые из популярной литературы идеи ликвидации причин возникновения заболевания, полного устранения его последствий (ипохондрия здоровья [21]). Нередко также психопатологические расстройства сопряжены с нарастающей тенденцией к аутоагрессии (травматические манипуляции, направленные на преодоление болезни, стремление любой ценой добиться оперативных вмешательств). Психологическим коррелятом рассматриваемого типа реакций являются «преодолевающий стиль поведения» [12], при котором наиболее значимы различные меры по восстановлению здоровья (диета, физические упражнения, оперативные вмешательства), активное стремление любой ценой способствовать выздоровлению. Такие реактивные состояния описываются и в рамках «активного совладающего поведения». При этом объектом активности является сама болезнь (либо представления о ней).

Для гипернозогнозического эго-синтонного варианта характерны реакции, протекающие с явлениями истероипохондрии и навязчивой ипохондрии. На первом плане — конверсионные (ограниченные нарушения телесной чувствительности, координации, моторики) и/или соматизированные (полиморфные, непродолжительные, рецидивирующие пси-

халгии) расстройства. Характерны также гипертрофированная оценка угрозы со стороны болезни для ее исхода и возможности социальной реабилитации, страх и тревожные опасения по поводу любых изменений своего самочувствия. Нередко такие расстройства сопряжены с явлениями ригидной ипохондрии [9]. Пациенты придерживаются раз и навсегда заведенного распорядка дня, смысл которого сводится к полному исключению влияния стрессорных факторов и нагрузок, частому приему медикаментов, «предохраняющих» от возможных осложнений соматического заболевания. В психологически ориентированных исследованиях такие реакции характеризуются как «пассивные» [7], при которых на первый план выступает отказ от активного совладания с болезнью, «полет в болезнь (flight to illness)» [15]. Объектом манипуляции в данном случае выступают не сама болезнь, а скорее условия, соответствующие «плохому самочувствию».

Гипонозогнозический эго-дистонный вариант представлен явлениями эйфорической ипохондрии. На первый план выступает сопряженная с повышенным аффектом неадекватно оптимистическая оценка как настоящего состояния, так и последствий болезни. При формальной констатации реальности опасности (инфаркт миокарда, гипертонический криз с высоким артериальным давлением, угроза возникновения астматического статуса) больной обнаруживает стремление к нивелировке угрожающих аспектов заболевания, «не воспринимает» себя в роли «серьезного» пациента. Нередко рассматриваемые расстройства сопровождаются игнорирующим поведением, сопряженным с убежденностью в «абсолютной исправности» или «полном восстановлении» функций организма. В основе такой «устойчивости к стрессу», по мнению «психодинамически» ориентированных исследователей, лежат «селективный отбор позитивной информации» и различные варианты психологической защиты [26]. В гуманистической психологии такие реакции описаны в рамках феномена «самоактуализации» или «личности, подтверждающей собственное здоровье» [15]. Наконец, социальные психологи предлагают рассматривать обсуждаемый вариант нозогений в пределах концепции «твердости» [22], «чувства когерентности» [11] — констелляции личностных характеристик, позволяющих пациентам «в период, когда они подвергаются стрессу, чувствовать себя здоровыми».

Гипонозогнозический эго-синтонный вариант характеризуется признаками диссоциации

между соматовегетативными проявлениями лаг tentной тревоги (тахикардия, дрожь, потливость и т. д.) и демонстративно пренебрежительным отношением к лечению, проблемам, связанным с исходом и прогнозом заболевания, — синдром «прекрасного равнодушия» (la belle indifference) [3]. Нарочито отрицая какое-либо беспокойство по поводу утраты здоровья и трудоспособности, интерпретируя заболевание как «временную, ситуационно обусловленную реакцию организма на стресс», «результат переутомления», пациенты тем не менее соглашались на проведение лечебных процедур, соблюдают рекомендации относительно режима физической активности. В психологических и пси-

хологических исследованиях такие реакции рассматриваются как проявление «невротического отрицания» [26] — «временной, но драматичной модификации характера или чувства собственной идентичности для избегания эмоционального стресса».

В заключение необходимо подчеркнуть, что хотя представленная структура нозогений не исчерпывает всего многообразия реально существующих психогенных реакций, попытка выделения минимального числа структурообразующих независимых факторов позволяет установить значимые соотношения с разнородными объективными и субъективными параметрами взаимодействия системы болезнь — личность.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Айзенк Г.Ю. Иностранная психология 1993; 1: 5—16.
2. Гургунян С.В., Погосова Г.В., Вартамян Ж.Г. Тер арх 1995; 12: 21—25.
3. Жане П. Неврозы. М 1911; 315.
4. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. М 1994; 672.
5. Коркина М.В., Марилов В.В. Журн невропатол и психиатр 1995; 6: 43—47.
6. Семичев С.Б. Предболезненные психические расстройства. Л 1987; 184.
7. Смирнов В.М., Резникова Т.Н. Основные принципы и методы психологического исследования «внутренней картины болезни». Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Под ред. М.М. Кабанова, А.Е. Личко, В.М. Смирнова. Л 1983; 38—62.
8. Смудевич А.Б., Фильд А.О., Гусейнов И.Г., Дроздов Д.В. К проблеме нозогений. Ипохондрия и соматоформные расстройства. Под ред. А.Б. Смудевича. М 1992; 111—123.
9. Смудевич А.Б. Психическая патология и ишемическая болезнь сердца (к проблеме нозогений). Психические расстройства и сердечно-сосудистая патология. Под ред. А.Б. Смудевича и А.Л. Сыркина. М 1994; 12—19.
10. Смудевич А.Б. Журн невропатол и психиатр 1996; 2: 9—13.
11. Antonovsky A. Health, stress and coping. Washington DC 1979; 123.
12. Barsky A.J., Klerman G. Am J Psychiat 1983; 140: 273—283.
13. Barsky A.J., Hochstrasser B., Coles N.A. et al. JAMA 1990; 264: 1132—1135.
14. Barsky A.J., Wyshak G., Klerman G. Arch Gen Psychiat 1990; 47: 746—752.
15. Beisser A.R. Am J Psychiat 1979; 136: 1026—1030.
16. Bonhoeffer K. Arch Psychiat Nervenkr 1917; 58—76.
17. Denollet J., de Potter B. Psychol Med 1992; 22: 667—684.
18. Druss R.G., Douglas C.J. Gen Hosp Psychiat 1988; 10: 163—168.
19. Druss R.G. The Psychology of illness. In sickness and health. Washington DC, London 1995; 114.
20. Hackett T.A. Psychosomatics 1985; 26: 11(Suppl): 23—28.
21. Jahreis W. Arch Psychiat Nervenkr 1930; 92: 686—823.
22. Kobasa S.C., Maddi S.R., Kahn S. J Pers Soc Psychol 1982; 42: 168—177.
23. Pritchard M. J of Psychosom Res 1974; 18: 55—67.
24. Shaw R.E., Cohen F., Fishman-Rosen J. et al. Psychosom Med 1986; 48: 582—597.
25. Stern T.A. Am J Cardiol 1987; 60: 59j—67j.
26. Vaillant G.E. Arch Gen Psychiat 1971; 24: 107—120.

Поступила 27.06.96