

**Н. В. ТЕРЛЕЦЬКА**

Міжрегіональна Академія управління персоналом, м. Київ

## **ВНУТРІШНЯ КАРТИНА ХВОРОБИ І ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ ІЗ ПСИХОГЕННИМИ ДЕПРЕСІЯМИ НЕВРОТИЧНОГО РІВНЯ**

Наукові праці МАУП, 2010, вип. 4(27), с. 205–209

Різного роду стресові подразники викликають у людини безліч пристосувальних реакцій. У випадках надмірного по силі стресу або довготривалої дії подразника середньої сили, що мають травмуючий вплив на актуальні, життєво важливі потреби людини, закономірно виникають відповідні реакції, патологічним проявом яких є депресивні розлади, як правило, це психогенні депресії невротичного рівня [3, 8]. Якість життя пацієнта зазнає істотних змін порівняно із дохворобливим рівнем, адже якість життя — це сукупність переживань і відносин людини, орієнтованих на осмислення існування, цінності здоров'я й можливості особистості встановлювати взаємозв'язок із зовнішнім світом відповідно до власних потребам й індивідуальних можливостей, у тому числі й в умовах хвороби [4]. Психологічні механізми впливу хвороби на особистість і її благополуччя мають розглядатися у зв'язку зі зміною всього ядра особистості — системи відносин у цілому, зумовленим суб'єктивним змістом хвороби як події у житті [2]. Специфічність депресивного розладу полягає в зміні емоційного тла й когнітивних процесів, тому природно, що сприйняття пацієнтом свого життя, свого оточення й власної особистості змінюватиметься відповідно до ваги наявної у преморбіді й реактивно виникаючої патології. Тому зниження якості життя депресивних хворих є маркером подібного роду розладів. Депресія серйозно впливає на якість життя й адаптаційні можливості пацієнта [5]. Частка хворих, у яких депресія істотно порушує звичний спосіб життя, коливається залежно від ступеня важкості афективного розладу й зростає від 18,1 % при стертих і 52,3 % при чітко виражених формах депресій [6]. Метою проведеного нами дослідження було вивчення особливостей якості життя, розглянутих крізь призму системи ставлення до хвороби в рамках невротичної симптоматики при психогенних депресіях. Внутрішня картина хво-

роби (ВКХ) формується в захисних цілях перед стресом, що викликають хворобливі переживання. Процес формування ВКХ пов'язаний з усією системою відносин особистості, тому наявні невротичні схильності й розлади, що є внутрішнім конфліктом, справляють моделюючу дію на всю систему в цілому. При депресивних реакціях різного роду стреси, ставлення до власних тяжких переживань вступає у протиріччя із захисними тенденціями, що, в свою чергу, ще більше посилює патогенність цієї ситуації для особистості, знижуючи її адаптивні можливості й погіршуючи якість життя. Тому, з огляду на зазначене, комплексний біопсихосоціальний підхід, спрямований на вивчення клінічних проявів, психологічних особливостей, параметрів соціального оточення і якості життя як інтегруючого принципу хворих депресіями, є найбільш перспективним.

Нами було обстежено 47 пацієнтів (8 чоловіків і 39 жінок) клініки неврозів ім. академіка І. П. Павлова, середній вік — 35 років, депресивні реакції виникли під тривалим впливом стресової ситуації, з характерними для даної групи пригніченістю, песимістичністю, астеничними й іпохондричними проявами (сумарний бал по опитувальнику депресивності Бека 11–25 і 50–60 по опитувальнику Зунга). За діагностичними критеріями МКХ-10 [4] досліджені пацієнти відповідали таким нозологічним категоріям: F43.20 — пролонговані депресивні реакції (23 особи), хронічні депресивні стани тривалістю більше двох років F34.1 (8 осіб), F41.2 — змішаний тривожно-депресивний розлад (6 осіб), F32.0 — короткочасна депресивна реакція легкого ступеня виразності (10 осіб).

Використовувалися клініко-анамнестичні дані, експериментально-психологічні методи (опитувальники депресивності Бека й Зунга, методика “Тобол”, методика ОНР-СИ, методика “SF-36”), методи статистичної обробки даних (комп'ютерний пакет математичної обробки SPSS 11.5).

Проведене експериментально-психологічне вивчення психогенних депресій дало можливість визначити структуру ставлення до хвороби й, зокрема, до наявного афективного розладу (рис 1). Як метод вивчення, була використана методика “ТОБОЛ”. Переважним типом ставлення до хвороби в депресивних хворих є змішаний сенситивно-іпохондричний тип з елементами тривожності, що говорить про інтропсихічну спрямованість особистісного реагування на хворобу. Деадаптивне поведіння проявляється в афективній сфері, порушення якої є необхідним елементом у депресивному симптомокомплексі.

Оскільки метою вивчення є взаємовплив ставлення до хвороби і параметрів якості життя при психогенних депресіях, ми використали методику оцінки якості життя “Короткий загальний опитувальник оцінки статусу здоров’я” “*The Medical Outcomes Study Short Form 36 Items Health Survey*” (SF-36. SF-36 — один з найбільш широко використовуваних загальних опитувальників для оцінки якості життя — дає можливість оцінити якість життя пацієнтів за такими критеріями: фізична активність; роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності, болю, загального здоров’я, життєздатності; соціальна активність; роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності, психічно-

го здоров’я (настрою) [9]. Отримані результати подано в таблиці.

Найявний симптомокомплекс пацієнтів із психогенною депресією невротичного рівня не перешкоджає фізичному функціонуванню, що здійснюється на достатньо високому рівні. Виконання рольових функцій, пов’язаних із соціальними контактами, професійною діяльністю і повсякденними обов’язками, здійснюється на низькому рівні, що значною мірою зумовлено незадовільним фізичним станом (незважаючи на високий, за рахунок виконання звичних стереотипних дій, які не вимагають значних зусиль, рівень фізичного функціонування), а також поганим емоційним станом, що є характерним для депресивних хворих. Інтерес до соціальних контактів, проте, зберігається й здійснюється на середньому рівні. Протистояння наявним симптомам дає можливість займатися повсякденною діяльністю з деякими обмеженнями. Узагальненням усього зазначеного є показник шкали життєздатності відчуття, що має на увазі відчування себе повним сил та енергії, мати здатність до задоволення наявних потреб у сформованих життєвих умовах (стресостійкості), що у депресивних пацієнтів дуже низька. Психічне здоров’я самооцінювально сприймається як знижене, що говорить про критичність свого

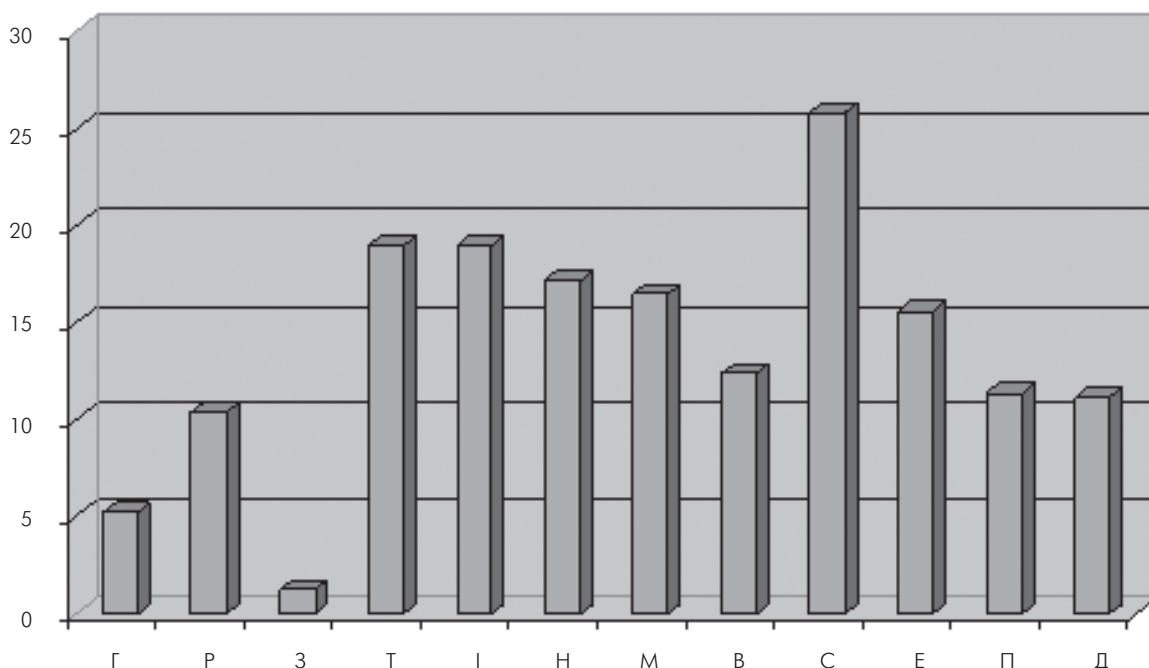


Рис. 1. Ставлення до хвороби при психогенній депресії

Г — гармонійний тип ставлення; Р — ергопатичний; З — анозогнозичний; Т — тривожний; І — іпохондричний; Н — неврастенічний; М — меланхолійний; А — астеничний; С — сенситивний; Е — езопів; П — паранояльний; Д — дисфоричний

### Параметри якості життя у хворих на невротичні депресії психогенного рівня

Загальний стан здоров'я	Фізичне функціонування	Рольове функціонування (пов'язане з фізичним станом)	Рольове функціонування (пов'язане з емоційним станом)	Соціальне функціонування	Протистояння болючим переживанням	Життєздатність	Психічне здоров'я
45,13	70,22	24,44	38,51	47,78	54,71	29,00	34,22

стану (можливо, навіть із тенденцією до гіпернозогнозії).

У рамках експериментально-психологічного обстеження поряд з іншими методиками використовувався багатопрофільний “Симптоматичний опитувальник невротичних розладів” (ОНР-СИ), розроблений на основі опитувальників “S” і “O” у Лабораторії клінічної психології ім. В. М. Бехтерева (К. Р. Червінська, О. Ю. Щелкова, 2002) [7]. Опитувальник ОНР-СИ складається зі 138 пунктів, що відбивають різноманітні невротичні скарги, які поєднуються в 13 невротичних і неврозоподібних симптом-комплексів: тривожно-фобічні розлади, депресивні розлади, афективна напруженість, розлади сну, афективна лабільність, астеничні розлади, сексуальні розлади, дереалізаційно-деперсоналізаційні розлади, обесивні розлади, порушення соціальних контактів, іпохондричні розлади й

соматовегетативні розлади. Оцінка виразності кожного із цих порушень дає можливість скласти індивідуальний “профіль” неврозоподібної симптоматики. Особливим інтересом для нашого дослідження є вивчення такого роду профілів, з метою пошуку тих патологічних, що відхиляються від норми особистісних особливостей (у тому числі й преморбідних), які є суттєвими для психогенезу невротичної депресії, а в деяких випадках навіть і первинно патогенними. Отримані нами результати подано на рис. 2.

Особистісні особливості депресивних пацієнтів у вигляді невротичних симптомів дають можливість говорити про такі розлади: соматичні (і такі, що пов'язані з ними), фобічні, неврастенічні, різного роду занепокоєння. Найменш виявленими, хоча й невротичними розладами, є сексуальні розлади, а також порушення соціальних контактів.

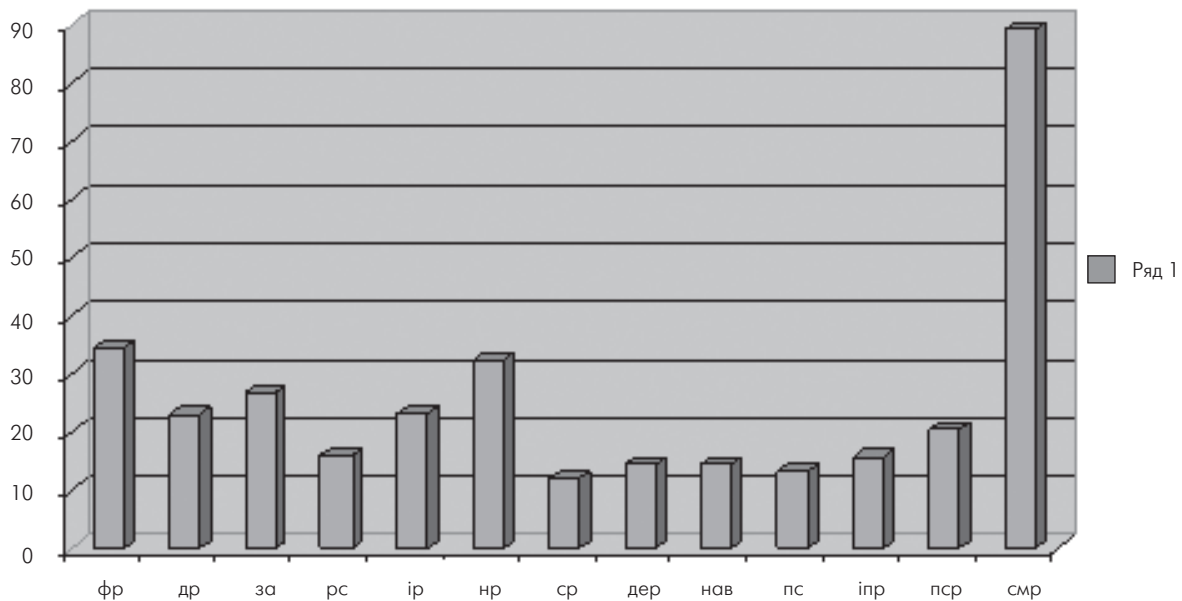


Рис. 2. Невротичні розлади при психогенних депресіях

фр — фобічні розлади; др — депресивні розлади; за — занепокоєння; рс — розлади сну; ір — істеричні розлади; нр — неврастенічні розлади; ср — сексуальні розлади; дер — дереалізаційні розлади; нав — нав'язливості; пс — порушення соціальних контактів; іпр — іпохондричні розлади; пср — психоастеничні розлади; смр — соматичні розлади

Отримані експериментально-психологічні дані були піддані кореляційному аналізу, що виявив значні кореляції між типами ставлення до захворювання, а саме: ергопатичне ставлення сполучається з гармонійним типом ( $r = 0,48$ ;  $p < 0,05$ ), і з іпохондричним ( $r = -0,45$ ;  $p < 0,05$ ); меланхолійне ставлення значно корелює з іпохондричним ставленням до захворювання ( $r = 0,65$ ;  $p < 0,05$ ), з яким також пов'язане астеничне ставлення ( $r = 0,50$ ;  $p < 0,05$ ), найбільш сильний зв'язок астеничного ставлення з меланхолійним ( $r = 0,86$ ;  $p < 0,05$ ), егоцентричність у ставленні до хвороби також значно корелює з іпохондричним типом ( $r = 0,47$ ;  $p < 0,05$ ), дисфоричність у ставленні до хвороби пов'язана прямою кореляцією з неврастенічним ставленням ( $r = 0,64$ ;  $p < 0,05$ ). Також були розраховані наявні внутрішньотестові кореляції за тестом SF-36: фізичний стан та емоційний стан сполучені разом у своєму впливі на рольове функціонування в різних життєво важливих сферах ( $r = 0,58$ ;  $p < 0,05$ ). Також існує сильний позитивний зв'язок між загальною життєздатністю і сприйняттям свого психічного стану, особливо у сфері емоційного життя ( $r = 0,84$ ;  $p < 0,05$ ). Інтерес являють також внутрішньотестові кореляції невротичних симптомів (опитувальник ОНР-СИ): сексуальні розлади як правило пов'язані у депресивних хворих із загальним занепокоєнням ( $r = 0,61$ ;  $p < 0,05$ ), з яким також тісно пов'язані розлади по типу дереалізації ( $r = 0,71$ ;  $p < 0,05$ ) і різного роду нав'язливості ( $r = 0,74$ ;  $p < 0,05$ ), крім цих зв'язків стан занепокоєння пов'язаний із соматичними розладами ( $r = 0,79$ ;  $p < 0,05$ ) та з труднощами у встановленні й підтримці соціальних контактів ( $r = 0,69$ ;  $p < 0,05$ ), на які також впливає наявність психастеничної симптоматики ( $r = 0,69$ ;  $p < 0,05$ ). Іпохондричні прояви тісно пов'язані з фобічними розладами ( $r = 0,80$ ;  $p < 0,05$ ).

Розрахунок інтратестових кореляцій виявив існування значущих взаємозв'язків багатьох значень використаних шкал. Найбільший інтерес являє вивчення зв'язку показників по шкалах депресії з іншими тестами. Так, ергопатичне ставлення до хвороби негативно пов'язане із загальною депресивністю по Зунгу ( $r = -0,47$ ;  $p < 0,05$ ), меланхолійне ж ставлення пов'язане позитивно ( $r = 0,46$ ;  $p < 0,05$ ), як і астеничне ставлення ( $r = 0,46$ ;  $p < 0,05$ ). Субшкала соматичних проявів депресії опитувальника Бека пов'язана з іпохондричним ставленням до захворювання ( $r = 0,47$ ;  $p < 0,05$ ), а також з астеничними проявами у структурі відносин ( $r = 0,49$ ;  $p < 0,05$ ). Є зна-

чимі кореляції станів занепокоєння з когнітивно-афективною субшкалою опитувальника Бека ( $r = 0,54$ ;  $p < 0,05$ ), із субшкалою соматичних проявів депресії ( $r = 0,47$ ;  $p < 0,05$ ), і загальним показником по шкалі Бека ( $r = 0,56$ ;  $p < 0,05$ ), а також з показником депресії по Зунгу ( $r = 0,52$ ;  $p < 0,05$ ). Неврастенічні розлади також виявляють тісний позитивний зв'язок зі шкалами, спрямованими на вивчення виразності депресивної симптоматики (кореляція із загальним показником по Беку дорівнює  $r = 0,54$ ;  $p < 0,05$ ). Є також зв'язок між виразністю депресії й розладами в сексуальній сфері ( $r = 0,60$ ;  $p < 0,05$ ), дереалізацією ( $r = 0,54$ ;  $p < 0,05$ ), іпохондричними розладами ( $r = 0,48$ ;  $p < 0,05$ ), соматичними порушеннями ( $r = 0,63$ ;  $p < 0,05$ ).

Шкали опитувальника SF-36 також пов'язані з депресивними показниками: існує зворотне співвідношення між виразністю депресії і рольовим функціонуванням, що пов'язане з фізичним станом ( $r = -0,49$ ;  $p < 0,05$ ), загальна життєздатність також негативно пов'язана зі шкалами депресії ( $r = -0,55$ ;  $p < 0,05$ ). Ергопатичність у ставленні до хвороби пов'язана з фізичним станом, що забезпечує рольове функціонування ( $r = 0,47$ ;  $p < 0,05$ ), воно, у свою чергу, негативно взаємопов'язано з меланхолійним ставленням до захворювання ( $r = -0,45$ ;  $p < 0,05$ ). Гармонійне ставлення статистично вірогідно пов'язане з рольовим функціонуванням в емоційних його проявах ( $r = 0,50$ ;  $p < 0,05$ ). Незначних або значних кореляцій між шкалами методики "Тобол" і ОНР-СИ виявлено не було. Іпохондричні розлади значно негативно пов'язані зі шкалою обмежуючого впливу болю, тобто чим вище рівень іпохондрії, тим більше болісні подразники здатні негативно впливати як на загальне функціонування, так і на високоспеціалізовану діяльність (у тому числі й професійну).

З аналізу отриманих кореляційних зв'язків можна зробити висновки, що характеризують хворих на психогенні депресії невротичного рівня:

1. Високий рівень депресії пов'язаний з наявністю невротичних розладів, іпохондричних розладів, соматичними порушеннями, сексуальними розладами, а також з астеничним ставленням до захворювання й з небажанням займатися своєю професійною діяльністю (негативна кореляція ергопатичних відносин).

2. Найбільшу кількість кореляційних зв'язків має іпохондричний тип ставлення до хвороби, що говорить про його центральне місце в системі ставлення до захворювання (незважаючи на се-

редньостатистичне переважно типове сенситивне ставлення), що виконує системоутворюючу інтегративну функцію.

3. Рівень депресивного розладу, що сполучається з меланхолійним типом ставлення до хвороби, негативно впливає на рольове функціонування, пов'язане з фізичним станом, що, безсумнівно, знижує якість життя.

4. Когнітивне занепокоєння й породжуваний афективний стан поєднує навколо себе інші невротичні симптоми, що побічно може вказувати на його роль в їхньому патогенезі.

5. У структурі якості життя високий рівень психічного здоров'я загалом, і настрою зокрема, пов'язаний з високими показниками загальної життєздатності.

6. Чим менше пацієнт піддається патогенному впливу емоційного стану на рольове функціонування в життєво важливих сферах, тим більше виражений гармонійний тип ставлення до захворювання, тобто він адекватно оцінює перебіг хвороби.

Отримані результати можна використовувати для забезпечення прицільності психотерапії, використовуючи як мішень для інтервенцій таку особливість депресивних хворих психогенного рівня, як іпохондричність, що є системоутворюючим фактором у структурі ставлення депресивної особистості до хвороби, у поєднанні з високим рівнем сенситивності. Занепокоєння також відіграє важливу роль у загальній невротичній структурі особистості, психотерапевтична робота з якою може істотно знизити рівень депресивної симптоматики, а також зменшити виразність невротичних симптомів за рахунок розв'язання внутріособистісних конфліктів. Корекція емо-

ційного стану має сприяти збільшенню питомої ваги гармонійного типу ставлення до захворювання в загальній системі відносин особистості, завдяки чому невротичний симптомокомплекс буде значно нівельований, а отже афективний стан покращиться, що в тимчасовому аспекті позначиться на поліпшенні якості життя.



## Література

1. Васерман Л. И., Громов С. А., Михайлов В. А., Линник С. Д., Флерова И. Л. Концепция реабилитации и качество жизни: последовательность и расхождение в современных подходах // Сб. науч. тр. Т. 137. Психосоциальная реабилитация и качество жизни. — СПб., 2001.
2. Иовлев Б. В., Карпова О. Б. Психология отношений. Концепция В. Н. Мясищева и медицинская психология. — СПб., 1999.
3. Лакосина Н. Д., Трунова М. М. Неврозы, невротичные развития личности. Клиника и лечение. — М., 1994.
4. Попив Ю. В., Вид В. Д. Современная клиническая психиатрия. — М., 1997.
5. Смулевич А. Б., Дубницка О. Б., Тхостов А. Ш. и др. Психопатология депрессий (к построению типологической модели). Депрессии и коморбидные расстройства. — М., 1997.
6. Смулевич А. Б. Депрессии при соматических и психогенных заболеваниях. — М., 2003.
7. Червинская К. Р., Щелкова О. Ю. Медицинская психодиагностика и инженерия знаний. — М.; СПб., 2002.
8. Beck, A. T. Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. New York: Hoeber, 1967. (Republished as Depression: Causes and Treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1972).
9. Ware J. E. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual. — Boston, 1994.

*Розглянуто психологічні механізми впливу хвороби на особистість та її благополуччя. Подано аналіз досліджень із вивчення особливостей якості життя, розглянутих крізь призму системи ставлення до хвороби за наявності психогенної депресії. Проаналізовано кореляційні зв'язки та зроблено висновки, що характеризують хворих психогенними депресіями невротичного рівня.*

*Рассмотрены психологические механизмы влияния болезни на личность и ее благополучие. Дан анализ исследований по изучению особенностей качества жизни, рассмотренных сквозь призму системы отношения к болезни при наличии психогенной депрессии. Проанализированы корреляционные связи и сделаны выводы, характеризующие больных психогенными депрессиями невротичного уровня.*

*The psychological mechanisms of influencing of illness have been considered on personality and its prosperity. The analysis of researches on the study of features of quality of life of considered through the prism of the system of attitude toward illness at presence of psychogenic depression is given. Correlation links have been analysed and some conclusions characterizing the patients suffering from psychogenic depressions of neurotic level have been made.*

Надійшла 19 листопада 2010 р.