

Отношение к болезни и стратегии психотерапевтических подходов у пациентов с дебютом хронической ишемии мозга

Хяникяйнен И.В.¹, Михайлов В.А.²

¹ Медицинский институт Петрозаводского государственного университета,

² Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

Резюме. С целью выявления психосоциальных характеристик лиц с хронической ишемией мозга обследованы 280 пациентов организованной популяции г. Петрозаводска (средний возраст $53,9 \pm 8,1$ лет; гендерный индекс 1:1). Контрольную группу составили лица ($n=32$), не имеющие признаков цереброваскулярного заболевания, сходные с группой больных по половозрастному составу ($p>0,05$). Установлено, что у пациентов с сосудистым заболеванием головного мозга на инициальной стадии механизмы формирования психической дезадаптации представлены тревожными проявлениями в переживаниях больных с элементами ипохондризации, а также поведенческими сенситивными тенденциями в межличностных взаимодействиях. Выявленные психосоциальные предикторы больных с хронической ишемией мозга необходимо учитывать при организации оказания психотерапевтической помощи.

Ключевые слова: хроническая ишемия мозга, отношение к болезни.

An attitude to the disease and strategies of psychotherapeutic approaches among patients with chronic cerebral ischemia debut

Hyanikyaynen I.V.¹, Mikhailov V.A.²

¹ Medical Institute of Petrozavodsk State University

² St. Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute

Summary. In order to identify the psychosocial characteristics of patients with chronic cerebral ischemia there were examined 280 patients of the organized population of Petrozavodsk (the median age $53,9 \pm 8,1$ years; gender index 1:1). The control group consisted of persons ($n=32$) without signs of cerebrovascular disease, similar to the group of patients by sex and age composition ($p>0,05$). It was found, that patients with cerebrovascular diseases at an initial stage formation mechanisms of mental maladjustment presented anxiety symptoms in experiences of patients with ipohondrizatsii elements, as well as behavioral sensitivity trends in interpersonal interactions. Identified psychosocial predictors of patients with chronic cerebral ischemia should be considered when organizing the provision of psychotherapeutic care.

Keywords: chronic cerebral ischemia, attitude to the disease.

На современном этапе развития медицины в рамках биопсихосоциального (холистического) подхода к пониманию сущности сосудистых заболеваний головного мозга (СЗГМ) [2], помимо выявления [7] и коррекции [16] биологических (этиологических) факторов риска, все большее внимание уделяется изучению психосоциальных характеристик [12] и качества жизни [8] этих пациентов, а также применению психотерапевтических методик [18], позволяющих предотвратить негативные явления стигматизации у больных с цереброваскулярными заболеваниями [10].

Хроническая ишемия мозга (ХИМ; в соответствии с МКБ-10), что сопоставимо с так называемой дисциркуляторной энцефалопатией, — синдром прогрессирующего многоочагового поражения головного мозга, проявляющийся клиническими неврологическими, нейропсихологическими и/или психическими нарушениями, обусловленный хронической сосудистой мозговой недостаточностью и/или повторными эпизодами острых нарушений мозгового кровообращения [9]. Современная парадигма гетерогенности церебральной ишемии [19] в полной мере применима

к оценке полиморфной клинической картины заболевания [6], определению дифференцированной лечебной тактики с учетом патогенетических вариантов ХИМ (атеросклеротического, гипертонического, венозного, смешанного) [7]. Стадийность развития патологического процесса характеризуется выделением трех стадий ХИМ (I — умеренно выраженная, II — выраженная, III — резко выраженная) [6], в зависимости от интенсивности клинических симптомов [6] и структурных изменений вещества головного мозга (например, распространенности лейкоареозиса как предиктора сосудистой деменции) [15]. Помимо неврологических проявлений [15], у лиц с ранними формами СЗГМ выявляется сопутствующая психическая патология: соматоформная вегетативная дисфункция (у 35%); смешанное тревожное и депрессивное расстройство (у 24%); кратковременная депрессивная реакция (у 21% пациентов) [1].

К сожалению, научно-техническая революция в медицине породила иллюзию возможности достижения высокой эффективности лечебного процесса без внимания к уникальной роли личности пациента в лечебно-профилактическом процессе, к индивидуальным особенностям переживания

им обстоятельств болезни [4]. Внутренняя картина болезни (ВКБ; отношение к болезни) — продукт сознания, отражающий болезнь в психике индивида. Она представляет собой интегративную многоуровневую систему личности больного, сформировавшуюся вследствие динамического психического отражения ее актуального состояния, включающую в себя такие компоненты, как знания, представления, оценки, эмоциональные реакции, чувства, мотивационные тенденции, поведенческие стратегии, механизмы защиты в связи с заболеванием [13]. Внутренняя картина болезни включает 4 уровня психического отражения болезни в психике заболевшего: чувственный, эмоциональный, интеллектуальный, мотивационно-волевой [11], на каждом из которых существуют свои приемы коррекции [5].

Сегодня имеется большой массив литературных источников, посвященных изучению ВКБ при многих терапевтических заболеваниях: саркоидозе [17], витилиго [14], сахарном диабете [20] и т.д. Вместе с тем, применительно к проблеме ХИМ, вопросы отношения к болезни и выбора психотерапевтических стратегий коррекции ВКБ проанализированы лишь в малом количестве работ [2, 5].

Целью исследования явилось изучение отношения к болезни с последующим выбором тактики психотерапевтических вмешательств у пациентов с хронической ишемией мозга на инициальной стадии.

Материалы и методы исследования

Основную группу (ОГ) составили лица организованной популяции г. Петрозаводска ($n=280$; средний возраст $53,9 \pm 8,1$ лет; гендерный индекс 1:1), имеющие клиническую картину цереброваскулярного заболевания (общемозговые «церебральные» жалобы; нарушение высших мозговых функций; очаговая рассеянная неврологическая симптоматика), подтвержденную результатами магнитно-резонансной томографии головного мозга (сосудистые очаги — $n \leq 5$, лейкоареозис — ≤ 10 мм, атрофия мозга — $\leq 1/8$ объема полушарий) при инициальной (первой) стадии ХИМ [9]. Кроме того, диагноз СЗГМ подтверждали посредством оценки церебральной гемодинамики с помощью триплексного сканирования брахиоцефальных и мозговых артерий (Logiq3-Expert, GE, США, 2007), а также использовали прочие лабораторные (липидный спектр, биохимические маркеры, в частности, гомоцистеин крови) и нейрофункциональные (электроэнцефалография) общепринятые методы диагностики ХИМ [6]. Контрольная группа (КГ) включала здоровых лиц ($n=32$; средний возраст $52,4 \pm 6,5$ лет; гендерный индекс 1:1; $p > 0,05$).

Помимо сбора анамнестических данных и верификации ХИМ, использовали тестовую методику, направленную на диагностику вариантов личностного реагирования на заболевание и типа отношения к болезни (ТОБОЛ) [3] у па-

циентов ОГ и КГ. Опросник состоит из 12 наборов фраз-утверждений, в каждом наборе содержится 11-17 утверждений, из которых испытуемому предлагается выбрать 2 наиболее подходящих для него утверждения. Для выбранных испытуемым утверждений определяются диагностические коэффициенты, суммирование которых дает шкальные оценки 12 типов отношения к болезни. Анализ соотношения шкальных оценок позволяет диагностировать тип отношения к болезни. С целью обобщенного анализа профиля шкальных оценок шкалы объединены в 3 блока. В первый блок (отсутствие дезадаптации) включены шкалы гармоничного, эргопатического и анозогнозического типов реагирования. Второй блок включает типы реагирования с интрапсихической направленностью (раздражительная слабость, «капитуляция» перед заболеванием и т.д.): тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и апатический. Третий блок содержит типы реагирования личности на болезнь с интерпсихической направленностью. Эти типы отражают такое сенсibilизированное отношение к болезни, которое связано с преморбидными особенностями личности: сенситивный, эгоцентрический, паранояльный, дисфорический.

В исследовании использовалась автоматизированная процедура (Microsoft Excel) обработки протоколов методики ТОБОЛ. Статистическая обработка данных выполнялась с помощью пакета Statistica 6.0 ($M \pm \sigma$).

Результаты и обсуждение

Для пациентов с ХИМ на инициальной стадии был характерен диффузный тип отношения к болезни: как видно из представленной таблицы, наиболее высокие оценки шкалы ТОБОЛ — по сенситивному, эргопатическому, тревожному, ипохондрическому типам. При этом, у лиц с СЗГМ, по сравнению со здоровыми, значимых различий по эргопатическому типу не выявили, поэтому он (как и диагностируемый только в «чистом» виде гармонический тип) не имел самостоятельного диагностического значения. Вместе с тем, сравнительный анализ всех прочих типов отношения к болезни показал достоверное преобладание шкальных оценок у лиц ОГ по сравнению с лицами КГ, что вполне объяснимо тем, что лица с ХИМ, в отличие от здоровых, имеют соматогенно-обусловленную, связанную с сосудистой заболеванием, интра- и интерпсихическую дезадаптацию [1, 2, 6].

Сенситивный тип отношения к болезни ($17,59 \pm 1,34$ б.), проявляющийся в чрезмерной ранимости, уязвимости, озабоченности возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни [3], свидетельствует об элементах интерпсихической дезадаптации пациентов с ХИМ, преимущественно в коммуникативной сфере. Больные СЗГМ с сенситивным типом отношения к болезни опасаются, что окружающие станут их жалеть,

Блок	Тип отношения к болезни	M±σ; баллы		M±σ; баллы		Достоверность различий (p) лиц с ХИМ и лиц КГ
		Лица с хронической ишемией мозга (ХИМ) (n=280)	Ранги	Контрольная группа (КГ) (n=32)	Ранги	
I (отсутствие дезадаптации)	гармоничный	12,76±2,26	3	12,0±2,91	4	p>0,05
	эргопатический	16,65±2,22	2	18,44±2,35	1	p>0,05
	анозогнозический	7,49±1,65	8	16,91±2,53	2	p<0,01
II (интрапсихическая дезадаптация)	тревожный	11,82±1,49	4	5,28±1,07	8	p<0,01
	ипохондрический	11,33±1,37	5	5,59±0,71	6	p<0,01
	неврастенический	10,31±1,03	6	7,06±0,97	5	p<0,05
	меланхолический	5,61±1,11	10	1,25±0,42	12	p<0,01
	апатический	5,04±0,88	12	1,78±0,43	11	p<0,01
III (интерпсихическая дезадаптация)	сенситивный	17,59±1,34	1	12,22±1,45	3	p<0,05
	эгоцентрический	10,04±1,09	7	5,56±0,81	7	p<0,05
	паранояльный	6,76±0,66	9	4,25±0,58	9	p<0,05
	дисфорический	5,20±0,90	11	3,13±0,73	10	p<0,05

считать неполноценными, пренебрежительно относиться, избегать общения. Они боятся стать обузой для близких людей из-за болезни и неблагоприятного отношения с их стороны в связи с этим. Всё это приводит к колебаниям настроения, связанным с межличностными контактами.

У лиц с дебютом ХИМ, блок интрапсихической дезадаптации был представлен двумя типами отношения к болезни, попавшими в диагностическую зону: тревожным (11,82±1,49 б.) и ипохондрическим (11,33±1,37 б.). Первый характеризуется непрерывным беспокойством и мнительностью больных в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений (главным образом — инсульта), неэффективности и опасности лечения. Пациенты с СЗГМ постоянно жаждут дополнительной информации о методах терапии заболевания, заняты поисками «авторитетных специалистов», часто меняют лечащих врачей, фанатично интересуются любыми объективными данными о болезни (результатами анализов, рекомендациями консультантов). Всё это происходит на фоне тревожно-угнетённого настроения [3].

Ипохондрический вариант отношения к болезни проявляется чрезмерным сосредоточением пациентов с дебютом ХИМ на субъективных болезненных ощущениях («церебральные» жалобы). Они стремятся постоянно рассказывать о них медицинским работникам и всем окружающим, при этом преувеличивая действительные и выискивая несуществующие болезни и страдания, акцентируя внимание на неприятные ощущения в связи с побочными действиями лекарств. Имеется противоречивое сочетание желания лечиться и неверия в успех, постоянных требований тщательного обследования и боязни вреда и болезненности процедур [3].

Полученные нами результаты не противоречат данным литературы. В смысловом содержании ВКБ при ранних стадиях хронических СЗГМ существуют такие ведущие направления, как гипер-

социализация с тенденцией к подавлению субъективных болезненных переживаний (социализированность жалоб, социально-позитивное изображение своей личности и образа жизни), что отчетливо согласуется с такими психоэмоциональными особенностями пациентов, как повышенная тревожность, алекситимия и одновременно рентно-ипохондрические тенденции [2, 5]. Некогнитивные нервно-психические расстройства на ранних стадиях ХИМ проявляются чаще в виде астеноневротического синдрома [1, 12] (субъективные неврологические проявления в виде цефалгий, головокружения, шума в голове, повышенной утомляемости, диссомнии, которые, однако, могут быть компенсированы больными) [9]. Также у лиц с дебютом СЗГМ описаны социальная дезадаптация [5] и нозогения — синдром «ипохондриии здоровья» [1].

В целом следует отметить «диффузность» отношения к болезни у лиц с дебютом ХИМ, проявляющуюся в сочетании сенситивности (повышенной ранимости, чувствительности к болезненным проявлениям, главным образом в коммуникативной сфере) с большой озабоченностью «церебральными» жалобами в рамках тревожно-ипохондрического симптомокомплекса, наличием негативных эмоциональных переживаний, с ними связанных. Подобное отношение к болезни не может не затруднять процесс лечения и, возможно, способствует снижению эмоциональному фону пациентов, депрессивным переживаниям, а также через сложную систему соматопсихических и психосоматических соотношений приводит к усугублению болезненной симптоматики [11].

Изучение ВКБ у пациентов с дебютом ХИМ послужило основанием применения индивидуальных психотерапевтических программ, «адресованных» к разным психологическим факторам патогенеза данной патологии [5]. Отслеживая динамику редукции патологических проявлений в ходе той или иной методики и зная механизм ее терапевтического действия, можно сделать вывод о па-

тогенетических механизмах ранних форм СЗГМ. Тем самым проливается свет на сложную многозвенную структуру развития хронической цереброваскулярной патологии, включающую в себя «центральное звено» в виде индивидуальных особенностей когнитивного и психо-эмоционального функционирования (характерологические особенности, «автоматические мысли», когнитивные схемы, в том числе, смысловое содержание ВКБ), подлежащее коррекции психотерапевтом с помощью когнитивной психотерапии Бека; более низкоуровневое «психофизиологическое звено» в виде кататимных психо-вегетативных изменений, доступных коррекции медицинским психологом при помощи психо-релаксационных методов (в частности, прогрессирующей мышечной релаксации по Джейкобсону при посещении сенсорной комнаты); и, наконец, «низший уровень» патофизиологических, а в перспективе патоморфологических изменений в мозговых сосудах и, как следствие, в окружающей их мозговой ткани — «точку приложения» комплексной фармакотерапии, назначаемой терапевтом и/или неврологом, по стандартным методикам. Таким образом, с учетом полиморфизма патогенетических механизмов развития ХИМ, в реабилитации этих лиц мы используем сочетание стандартной терапии с коррекцией негативных эмоциональных переживаний посредством интегративной психотерапии силами мультидисциплинарной бригады специалистов (терапевт, невролог, медицинский психолог, психотерапевт) [10, 12].

В рамках такого лечебного холистического подхода ведущее место занимает многоуровневая коррекция всех уровней внутренней картины болезни у лиц с дебютом ХИМ. Так, с использованием метода психотерапевтической беседы в структуре планового осмотра больного врач разъясняет пациенту причины и механизмы его болезненных ощущений и подтверждает его самоидентичность, которая может искажаться заболеванием (коррекция чувственного уровня ВКБ). Разъяснение устраняет неясность и провоцируемую ею тревогу. Используются также приемы прямого психотерапевтического воздействия на болезненные ощущения (методы косвенного внушения с опорой на получаемую больным медикаментоз-

ную терапию: «После приема лекарства Вы почувствуете себя намного лучше!»). Коррекция эмоциональной стороны ВКБ достигается приемами релаксации (целенаправленного расслабления), оказывающими нормотимическое и анксиолитическое действие (аутогенная тренировка по Шульцу, прогрессирующая мышечная релаксация по Джейкобсону). Коррекция интеллектуальной (рационально-информативной, в том числе ятрогенной) стороны ВКБ практически полностью исчерпывается методом психотерапевтической беседы, включающей разъяснение диагноза и прогноза заболевания и, в случае надобности, императивное внушение наяву в состоянии сильного эмоционального напряжения по Шкловскому. Психотерапевтическая работа лечащего врача с мотивационно-волевой стороной ВКБ состоит в рациональном ее прояснении в рамках терапевтической беседы — в направленном привлечении внимания больного к вопросам сознательно-волевого ответа на заболевание и его значимости для успешности лечения, в разъяснении различий между эмоциональным и волевым ответом на болезнь.

Таким образом, у больных с ХИМ при лечении основного заболевания по стандартным методикам, при назначении психофармакокоррекции и организации оказания психотерапевтической помощи необходимо учитывать выявленные личностные особенности ВКБ.

Выводы

Особенности личностно-типологических характеристик и реакций (отношений) личности пациентов на проявления инициальной стадии хронической ишемии мозга выступают в качестве предикторов психосоциальной дезадаптации при данном заболевании. Для лиц с дебютом цереброваскулярного заболевания патогномичен диффузный тип отношения к болезни с наиболее высокими оценками по сенситивному, тревожному, ипохондрическому типам. Выявленные закономерности учитывались нами при разработке индивидуальных психотерапевтических программ в рамках комплексной (медико-психологической) реабилитации данных пациентов.

Литература

1. Антонен Е.Г., Буркин М.М., Хяникяйнен И.В., Кручек М.М. Психопатологические расстройства у лиц с доклинической стадией недостаточности мозгового кровообращения // Психические расстройства в общей медицине. — 2009. — № 2. — С. 10-13.
2. Бардеништейн Л.М., Голубев М.В., Пузин М.Н., Бухаров Я.М. Эффективность и патогенетическая значимость психоэмоциональной коррекции при ранних формах хронической цереброваскулярной патологии // Клиническая неврология. — 2008. — № 4. — С. 38-42.
3. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Психологическая диагностика отношения к болезни: Пособие для врачей. — СПб.: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева. — 2005. — 32 с.
4. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Федорова В.Л. Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных с соматической патологией // Сибирский психологический журнал. — 2008. — № 27. — С. 67-71.
5. Голубев М.В., Бухаров Я.М., Головкин И.С. Эффективность психотерапии при ранних фор-

- мах хронической церебро-васкулярной недостаточности (хронической ишемии мозга) // *Практическая неврология и нейрореабилитация*. — 2007. — № 2. — С. 35-40.
6. Кадыков А.С., Манвелов Л.С., Шахпоронова Н.В. Хронические сосудистые заболевания головного мозга (дисциркуляторная энцефалопатия). — М.: ГЭОТАР-Медиа. — 2006. — 221 с.
 7. Кандыба Д.В. Дисциркуляторная энцефалопатия: гетерогенность развития хронической ишемии мозга, современные подходы к терапии // *Российский семейный врач*. — 2012. — № 3. — С. 4-13.
 8. Коробков М.Н., Дуданов И.П., Хяникяйнен И.В. Распространенность ранних нарушений мозгового кровообращения у жителей Республики Карелия // *Медицинский академический журнал*. — 2004. — № 2. — С. 96-104.
 9. Маркин С.П. Современный подход к диагностике и лечению хронической ишемии мозга // *Русский медицинский журнал*. — 2010. — № 6. — С. 1-7.
 10. Михайлов В.А., Лукина Л.В., Балунев О.А., Семенова Н.В., Ситник Л.И. Терапия непсихотических психических расстройств в практике невролога // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии*. — 2014. — № 4. — С. 100-105.
 11. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. — М.: МГУ. — 1987. — 168 с.
 12. Хяникяйнен И.В., Михайлов В.А., Антонен Е.Г. Психосоциальные характеристики лиц с хронической ишемией мозга на инициальной стадии // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии*. — 2014. — № 4. — С. 106-113.
 13. Штрахова А.В. Психосемантика боли в структуре внутренней картины болезни у неврологических больных // *Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология*. — 2009. — № 30. — С. 76-82.
 14. Alghamdi K.M. Beliefs and perceptions of Arab vitiligo patients regarding their condition // *Int. Journal Dermatol.* — 2010. — Vol. 49. — № 10. — P. 1141-1145.
 15. Bowler J.V. Vascular cognitive impairment // *Stroke*. — 2004. — Vol. 35. — P. 378-388.
 16. Fisher M., Davalos A. Emerging therapies for cerebrovascular disorders // *Stroke*. — 2004. — Vol. 35. — P. 367-369.
 17. Ireland J., Wilscher M. Perceptions and beliefs in sarcoidosis // *Sarcoidosis vasc. diffuse lung dis.* — 2010. — Vol. 27. — P. 36-42.
 18. Heuft G. *Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterpsychoterapie*. München, Basel: E. Reinhardt. — 2000. — 294 p.
 19. Roman G.C. Vascular dementia prevention: A risk factor analysis // *Cerebrovascular diseases*. 2005. Vol. 20. Suppl. 2. P. 91-100.
 20. Wasserman L.I., Trifonova E.A. Diabetes mellitus as a model of psychosomatic and somatopsychic interrelationships // *The Spanish Journal of Psychology*. — 2006. — Vol. 9. — P. 75-85.

Сведения об авторах

Хяникяйнен Игорь Викторович — к.м.н., ассистент кафедры неврологии и психиатрии Медицинского института Петрозаводского государственного университета, докторант НИПНИ им. В.М. Бехтерева. E-mail: hanikainen@yandex.ru

Михайлов Владимир Алексеевич — д.м.н., главный научный сотрудник, заместитель директора по инновационному научному развитию и международному сотрудничеству НИПНИ им. В.М. Бехтерева, руководитель отделения реабилитации больных с психосоматическими нарушениями. E-mail: vladmikh@yandex.ru