

Л.Б. Содномова, И.А. Шпак

**НОЗОГЕНИИ У БОЛЬНЫХ ИБС**

Республиканская клиническая больница (Улан-Удэ)

*Учет выделенных в настоящем исследовании клинических параметров коронарной болезни, связанных с формированием гипер- и гипонозогнозических нозогений может способствовать оптимизации лечения ИБС.*

**Ключевые слова:** нозогения, опросники

**NOSOGENIAS IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE**

L.B. Sodnomova, I.A. Shpak

Republican Clinical Hospital named after N.A. Semashko (Ulan-Ude)

*Taking into consideration clinical parameters of coronary heart disease connected with formation of hyper- and hyponosognosic nosogenias marked out in this study can contribute to optimization of coronary heart disease treatment.*

**Key words:** nosogenia, inquirers

Любое соматическое заболевание у больного имеет психологический отклик в виде собственного видения недуга, собственного отношения к факту имеющейся болезни — так называемой внутренней картины болезни (ВКБ).

Психологические и патопсихологические реакции на соматическую болезнь называются нозогениями. Типология нозогений основывается на результатах статистической обработки данных психометрического обследования, проведенного с помощью ряда тестов, состоящих из опросников реагирования на болезнь (ОРБ), уровня субъективного контроля (ОУСК), локуса контроля в болезни (ОЛКБ), госпитального опросника тревоги и депрессии (ГОТД).

В содержание факторов ОРБ входят фактор «Катастрофа», фактор «Наказание/бегство»,

фактор «Утаивание», фактор «Запрос на информацию». В ГОТД входят фактор «Беспокойство» и фактор «Ангедония». Факторы ОУСК: «Интернальность», «Экстернальность», «Семейная экстернальность», «Экстернальность неудач», «Интернальность успеха». Факторы ОЛКБ: «Экстернальность выздоровления», «Интернальная атрибуция причин болезни», «Интернальность выздоровления» (табл. 1).

В 1 группу вошли факторы: 1) «Катастрофа» (ОРБ), отражающий восприятие болезни как значимого диффузного стрессора, полностью нивелирующего личность пациента, не оставляющего возможности для самостоятельного совладания; 2) «Наказание/бегство» (ОРБ), отражающий представления пациента о своем заболевании как о незаслуженном наказании, стремление к избе-

**Таблица 1**  
Результаты корреляционного анализа факторных значений факторов ОРБ, ГОТД, ОУСК, ОЛКБ

Коррелирующие факторы	r	p
1 группа		
«Катастрофа» (ОРБ) и «Беспокойство» (ГОТД)	0,55	0,001
«Экстернальность выздоровления» (ОЛКБ) и «Экстернальность» (ОУСК)	0,38	0,001
«Катастрофа» (ОРБ) и «Экстернальность» (ОУСК)	0,38	0,001
«Катастрофа» (ОРБ) и «Экстернальность выздоровления» (ОЛКБ)	0,032	0,006
«Экстернальность» (ОУСК) и «Наказание/Бегство» (ОРБ)	0,30	0,005
«Катастрофа» (ОРБ) и «Ангедони» (ГОТД)	0,28	0,017
2 группа		
«Интернальность» (ОУСК) и «Запрос на информацию» (ОРБ)	0,37	0,001
«Интернальность» (ОУСК) и «Интернальная атрибуция причин болезни»	0,34	0,003
«Интернальность» (ОУСК) и «Интернальность выздоровления» (ОЛКБ)	0,29	0,011
«Интернальность выздоровления» (ОЛКБ) и «Утаивание» (ОРБ)	0,27	0,021

гающему поведению»; 3) «Беспокойство» (ГОТД) – отражающий высокий уровень выраженности ситуативной тревоги, обеспокоенность пациента серьезностью своего состояния; 4) «Ангедония» (ГОТД), свидетельствующий о сниженном настроении и пессимистическом восприятии пациентом серьезности своего состояния; 5) «Экстернальность» (ОУСК), свидетельствующий о переадресации ответственности за значимые события внешним влияниям и, соответственно, к преуменьшению собственных возможностей в плане самостоятельного совладания с проблемами; 6) «Экстернальность выздоровления» (ОЛКБ), отражающий отказ от личной ответственности за выздоровление, перекладывание ее на врачей.

Во 2 группу вошли следующие факторы: 1) «Утаивание» (ОРБ), свидетельствующий о стремлении скрыть от окружающих сам факт наличия заболевания и о преуменьшении значимости заболевания и психологическом дистанцировании от него; 2) «Запрос на информацию» (ОРБ), отражающий потребность пациента в информации о причинах, течении и прогнозе имеющегося у него соматического страдания с целью подтверждения и уточнения субъективной концепции заболевания, самостоятельного корректирования течения заболевания (т.е. активного совладания по типу борьбы); 3) «Интернальность» (ОУСК), свидетельствующий о принятии на себя ответственности за все значимые события в жизни и, соответственно, о преувеличении собственных возможностей в плане самостоятельного совладания с проблемами, включая заболевание; 4) «Интернальная атрибуция причин болезни» (ОЛКБ), отражающий поиск аспектов собственного поведения, которые могли привести к возникновению заболевания (ретроспективный ракурс); 5) «Интернальность выздоровления» (ОЛКБ), отражающий восприятие пациентом своего заболевания как локальной, автономной от его личности проблемы, принятие личной ответственности за выздоровление, стремление контролировать действия врачей, а также чрезмерный оптимизм в отношении возможности совершения самостоятельных действий в целях выздоровления.

Рассматриваемые совокупности факторов могут быть идентифицированы как гипер- и гипонозогнозия – два основных типа нозогенных реакций, выявляемых на психологическом уровне. Анализ внутренней структуры выделенных типов позволяет констатировать существенные различия между ними в способе формирования образа болезни, ведущей психологической модальности реагирования, а также в субъективной локализации контроля в ситуации болезни.

При гипернозоогнозии последняя воспринимается как совокупность угрожающих жизни симптомов заболевания (факторы «Катастрофа», «Наказание/бегство»). Иными словами, образ болезни складывается в виде перцепта, т.е. непосредственно под воздействием переживаний, связанных с выраженным телесным дискомфортом. При гипонозогнозии, напротив, заболевание воспринимается как совокупность информации об имеющемся соматическом неблагополучии (фактор «Запрос на информацию»). Образ болезни складывается в виде концепта, опосредованно, под влиянием не столько телесного дискомфорта, сколько интерпретации состояния пациента окружающими.

Формирование образа болезни в виде перцепта нивелирует возможности рациональной (когнитивной) переработки стрессовой ситуации. При этом «легитимизируется» единственно возможная при таких обстоятельствах эмоциональная модальность реагирования («Беспокойство» и «Ангедония»), реализуемая преимущественно в негативном ключе (подавленность, тревога, страх, отчаяние и пр.). Одновременно такой образ болезни предоставляет пациенту когнитивные и мотивационные основания для экстернальной локализации контроля в болезни (т.е. переадресации ответственности за собственное выздоровление другим), то есть наиболее характерно пассивное совладание (факторы «Экстернальность», «Экстернальность выздоровления»). Такая позиция реализуется либо в отказе от каких-либо самостоятельных действий, либо в попытке переадресовать ответственность за все значимые события, связанные с заболеванием, другим лицам.

В случае гипонозогнозии образ болезни (формирующийся как концепт) предоставляет предпосылки для незамедлительного реагирования в когнитивно-поведенческой модальности («Запрос на информацию», «Интернальность выздоровления» и «Интернальная атрибуция причин болезни») и когнитивные и мотивационные основания для интернальной локализации контроля в болезни (т.е. атрибуции ответственности за выздоровление самому себе). Когнитивно-поведенческая модальность реализуется в субъективном анализе собственного поведения и модификации тех его аспектов, которым приписывается главенствующая роль в возникновении болезни. Характерно активное совладание (факторы «Интернальность», «Интернальность выздоровления»). Такая позиция реализуется в субъективном принятии личной ответственности за все значимые события, связанные с болезнью. При этом для пациента наиболее предпочтительны самостоятельные действия, направленные на совладание.

На формирование нозогений влияют клинические характеристики ИБС – состояние пациента на момент обследования, течение коронарной болезни сердца (КБС) – данные анамнеза, социальные последствия соматического страдания. В исследовании включались больные среднего и пожилого возраста без сопутствующих заболеваний (табл. 2).

Учет выделенных в настоящем исследовании клинических параметров коронарной болезни, связанных с формированием гипер- и гипонозогнозических нозогений может способствовать оптимизации лечения ИБС. Большая часть выявленных особенностей ИБС, ассоциирующихся с гипернозоогнозическими реакциями, являются

**Дифференциация клинических проявлений ИБС, учитывающая субъективную значимость симптомов заболевания**

Клинические проявления ИБС	Гипернозогнозия	Гипонозогнозия
Варианты течения	Дебют с ОИМ, Быстро прогрессирующий с дебютом в среднем возрасте, сопряженный с повторными ИМ и/или развитием СН	Медленно прогрессирующий с дебютом в пожилом возрасте, без развития ИМ и СН или с наличием единственного инфаркта
Стенокардия	Стабильная классическая стенокардия напряжения	Атипичная стенокардия «Немая» ишемия миокарда (БИМ)
Аритмии	Аритмии, протекающие с персистирующей высокой ЧСС, нарушением гемодинамики, не поддающиеся самостоятельному купированию.	Пароксизмальные аритмии без нарушения гемодинамики, поддающиеся самостоятельному купированию приемом внутрь антиаритмических препаратов
Сердечная недостаточность (СН)	Выраженная ЛЖН	Ранние стадии СН или ее отсутствие

клиническим выражением тяжелой коронарной болезни. При этом у больных с такими манифестациями ИБС весьма вероятной является сопряженная с гипернозогнозией заниженная оценка эффективности лечения. Это может приводить к назначению неадекватно высоких доз кардиотропных препаратов, так и к частичному или полному прекращению проводимой терапии в связи с ее мнимой бесперспективностью. С другой стороны, клинические характеристики ИБС, связанные с формированием гипонозогнозии, могут рассматриваться как факторы риска прогрессирования коронарной болезни, обусловленного несоблюдением пациентом врачебных рекомендаций. У

больных при отсутствии адекватного лечения и своевременного обращения за медицинской помощью более вероятно дальнейшее прогрессирование болезни с возникновением повторных ИМ, развитием тяжелой сердечной недостаточности и летальным исходом.

Таким образом, клинические параметры ИБС, ассоциирующиеся с гипер- и гипонозогнозическими нозогениями, могут использоваться для вероятностного определения ВКБ и осуществления дифференцированного вмешательства, направленного на изменение отношения пациента к проводимой терапии, а также на оптимизацию сотрудничества между врачом и пациентом.

**Сведения об авторах:**

**Содномова Лариса Балдановна** – к.м.н., врач-кардиолог РКБ им. Н.А. Семашко, г. Улан-Удэ, ул. Павлова, 12. Тел. 8 (3012) 43-65-36.

**Шпак Ирина Иннокентьевна** – к.м.н., врач-гематолог РКБ им. Н.А. Семашко, г. Улан-Удэ, ул. Павлова, 12. Тел. 8 (3012) 43-71-47.