

ТИПЫ РЕАГИРОВАНИЯ НА ХРОНИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

С.И. Овчаренко¹, Я.К. Галецкайте¹, Б.А. Волець¹, Д.Ф. Пушкарев¹, Е.А. Лас²

¹ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России;

²ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН, Москва

Контакты: Светлана Ивановна Овчаренко svetfik@mail.ru

Цель исследования — изучить типы реагирования на заболевание у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и ревматоидным артритом (РА).

Материалы и методы. Выборка составила 100 пациентов (средний возраст $59,2 \pm 14,4$ года) Университетской клинической больницы № 1 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, 57 из которых получали лечение по поводу РА, 43 — по поводу ХОБЛ. Все больные были обследованы психиатром, психологом, терапевтом. Кроме этого, использовали шкалу депрессии Beck Depression Inventory, опросник качества жизни SF-36, проективные психологические методики.

Результаты. Выявлены 3 основных типа реагирования на заболевание. У пациентов с ХОБЛ наиболее часто обнаруживались черты aberrантной ипохондрии (23 (53,5 %) из 43 наблюдений). При РА было характерно формирование у значительной части пациентов (24 (42,1 %) из 57 наблюдений) ипохондрического развития — по типу конфронтации с болезнью. Общим типом реагирования для пациентов с ХОБЛ и РА являлась невротическая ипохондрия (тревожные опасения за здоровье, органоневротические и соматовегетативные нарушения), встречающаяся в 27 (27 %) из 100 наблюдений и более распространенная при РА — 17 (29,8 %) из 57 наблюдений. Нозогенные депрессивные реакции выявлялись на момент обследования у 19,2 % пациентов с РА (11 из 57 наблюдений) и 9,3 % пациентов с ХОБЛ (4 из 43 наблюдений).

Заключение. Изучены основные типы реагирования на соматическое заболевание при двух сходных по влиянию на качество жизни хронических болезнях, что в дальнейшем может быть использовано в процессе ведения этой категории больных.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, ревматоидный артрит, стратегии совладания с болезнью, типы реагирования, нозогении, депрессия, образ тела

DISEASE COPING STYLES IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE OR RHEUMATOID ARTHRITIS

S.I. Ovcharenko¹, Y.K. Galetskaite¹, B.A. Volel¹, D.F. Pushkarev¹, E.A. Las²

¹I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Ministry of Health of Russia;

²Mental Health Research Center, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

Objective: to study the types of response to illness in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) or rheumatoid arthritis (RA).

Subjects and methods. The sample consisted of 100 patients (mean age 59.2 ± 14.4 years) from University Clinical Hospital One, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, 57 of whom were treated for RA and 43 were for COPD. All the patients were examined by a psychiatrist, a psychologist, and a therapist. The Beck Depression Inventory, SF-36 quality of life questionnaire, and projective psychological tests were also used.

Results. Three main types of response to illness were identified. The features of aberrant hypochondria were most common in the patients with COPD (53.3 % (23/43)). In RA, hypochondriacal development as a confrontation with illness was intrinsic to a considerable proportion of patients (42.1 % (24/57)). The common response was hypochondriacal neurosis (health anxiety, organ neurotic and somatoautonomic disorders) that was encountered in 27 % (27/100) in the patients with COPD or RA and more common in those with RA (29.8 % (17/57)). The examination revealed nosogenic depressive reactions in 19.2 % (11/57) of the patients with RA and in 9.3 % (4/43) of those with COPD.

Conclusion. The main types of response to somatic illness in the two chronic diseases similar in their impact on quality of life have been investigated, which may be further used to manage this category of patients.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, rheumatoid arthritis, disease coping strategy, types of response, nosogenies, depression, body image

Введение

В силу необходимости понимания патологии в целом, важнейшей тенденцией развития современной медицины является интеграция различных ее направлений. Одним из ярких примеров этого процесса служит психосоматическая медицина, в спектр задач которой входит изучение структуры коморбидных соотношений психических и соматических расстройств. В качестве актуального объекта исследований психосоматики выступает личностное реагирование на соматическое заболевание (СЗ): реакция на болезнь, «патологическое поведение в болезни» по I. Pilowsky [1], стратегии совладания с телесным недугом — «копинг-стратегии» [2]. В соответствии с современными представлениями проблема взаимодействия личности и соматической патологии приобретает особое значение при хронических СЗ, значительно влияющих на качество жизни (КЖ) пациента [3], и обуславливает, в частности, эффективность лечения и приверженность пациентов терапии.

В настоящей работе в качестве такого рода хронической соматической патологии избраны 2 болезни — хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) и ревматоидный артрит (РА), встречающиеся достаточно часто среди респираторных и ревматологических заболеваний соответственно [4, 5]. Следует отметить, что актуальность проблемы влияния копинг-стратегий на КЖ при данных заболеваниях соотносится и с их возрастающей распространенностью (1,7–7,0 % для ХОБЛ и 0,3–2,1 % для РА) [6, 7] и социальным бременем. По эпидемиологическим данным, основной проблемой ХОБЛ является (наряду с неуклонным ростом распространенности) тенденция к прогрессированию показателей смертности на фоне снижения летальности при других (например, сердечно-сосудистых) СЗ. Так, по прогнозам ВОЗ, к 2020 г. ХОБЛ будет занимать 4-е место среди всех причин смерти. РА, не являясь причиной роста смертности, обуславливает высокую частоту инвалидизации пациентов (20–60 %) [8], что приобретает особое значение в случае ранней потери трудоспособности. Поражая на начальных этапах патогенеза 2 различные системы органов, РА и ХОБЛ имеют ряд сходных клинических характеристик: манифестация во 2-й половине жизни (в среднем — с 35 лет); неуклонно прогрессирующее (без выраженных жизнеугрожающих состояний) течение; ограничение физической и другой повседневной активности больного; невозможность полного излечения и пр. Эти и другие факторы, влияющие на формирование отношения пациента к болезни и возникновение психосоматических нарушений, участвуют в реализации сходных на первый взгляд стратегий

совладания с болезнью. Однако существует иная, противоположная точка зрения, согласно которой контингенту больных РА и ХОБЛ свойственны не однотипные, а, наоборот, полярные формы реагирования на СЗ [9–12]. Необходимостью изучения врачом-интернистом стратегий совладания, определяющих дифференцированный подход к тактике ведения пациентов при каждом из указанных заболеваний, продиктована актуальность настоящего исследования.

Целостный клинический анализ стратегий совладания с телесным недугом при СЗ невозможен без внедрения в практику специалистов понятия нозогений — психопатологически завершенных реактивных расстройств, манифестирующих в связи с психотравмирующим воздействием СЗ [13, 14]. Необходимо отметить, что в формировании нозогений участвуют различные факторы: «семантика»¹ диагноза и клинические особенности заболевания (сопровожающееся витальным страхом острое нарушение жизненно важных функций — бронхоспазм, ишемия миокарда и др., частые обострения основного заболевания, выраженный болевой синдром; ограничения, налагаемые СЗ на бытовую и профессиональную деятельность).

С точки зрения психологических аспектов формирования нозогенных реакций/развитий² основную роль, определяющую тот или иной тип поведения, играет отношение пациента к собственному заболеванию, которое в соответствии с концепцией внутренней картины болезни [15] представлено 2 типами реагирования: гипернозогнозией и гипонозогнозией. Их можно рассматривать в качестве «зеркальных» явлений, которым соответствуют клинические варианты нозогений, дифференцированные на уровне синдрома: гипер- (чаще всего ипохондрические, тревожно-фобические, невротические) и гипо- или анозогнозические (синдром антиипохондриии [16], аберрантная ипохондрия [17]).

Прежде чем перейти к характеристике реагирования на болезнь при каждой избранной патологии, отметим, что в качестве общих вариантов нозогенных реакций, встречающихся как при РА, так и при ХОБЛ, рассматриваются прежде всего нарушения тревожно-депрессивного спектра [9, 18–22]. Данные последних лет свидетельствуют о том, что фактор «депрессия и тревога» является сопутствующим расстройством у пациентов с ХОБЛ, в наибольшей степени влияющим на прогноз и течение СЗ [23–26]. Это обстоятельство отражено в программном документе по менеджменту ХОБЛ — Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (revised 2011) [4]. Распространенность расстройств депрессивного спектра оценивается в пределах от 6 до 42 % при ХОБЛ [27, 28] и от 13 до 65 % при РА [18, 29, 30]. Согласно разным источникам,

¹ Определение болезни, распространенное среди населения и зачастую не совпадающее с профессиональными представлениями, принятыми в медицинских кругах.

² Критерием нозогенного развития является наличие персистирующих не менее 2 лет психопатологических расстройств, находящихся во временной и клинико-патогенетической связи с патологией внутренних органов (Б.А. Волель, 2008) [17].

распространенность психопатологических нарушений, несмотря на значительный массив эпидемиологических данных, характеризуется выраженным разбросом значений. Так, распространенность расстройств тревожного круга при ХОБЛ варьирует от 2 до 96 %³ [21], тогда как при РА тревожные (анксиозные) нарушения встречаются практически в 2 раза реже — в 9,5–44,4 % случаев [31, 32].

Вариабельности представленных эпидемиологических данных соответствует и неоднозначность клинической характеристики депрессивных расстройств при рассматриваемых заболеваниях. В то время как при РА в большинстве случаев регистрируются очерченные депрессивные фазы длительностью до 3–4 нед, сопряженные с манифестацией/обострениями ревматической патологии, при ХОБЛ такие нарушения отличаются преимущественно затяжным и хроническим течением по типу дистимии⁴ [33] и, напротив, связаны с ритмом соматической патологии в незначительной степени. Гетерогенность расстройств депрессивного спектра является и при формализованной оценке последних. Так, для больных РА наиболее типичны депрессивные нарушения, соответствующие тяжелому или умеренному эпизоду по МКБ-10, тогда как среди пациентов с ХОБЛ распространены депрессии легкой степени тяжести [23].

Наряду с описаниями тревожно-депрессивных состояний в литературе, затрагивающей аспекты психопатологических изменений при РА, существуют данные о состояниях, реализующихся аффективным компонентом реакции на болезнь по типу активного преодоления недуга⁵ [9].

Вопреки мнению ряда авторов о широкой представленности психических расстройств при ХОБЛ⁶, в литературе встречаются данные, указывающие на сравнительно небольшую распространенность неаффективных нозогенных реакций в исследуемых выборках. В проведенном клинико-эпидемиологическом исследовании на выборке 122 пациентов с респираторной патологией при значительной частоте встречаемости органических психических нарушений представленность ипохондрических, невротических расстройств была сравнительно невысока [34]. При этом О.С. Ахмедова прямо указывает на недооценку большинством пациентов с ХОБЛ тяжести своего состояния, подчеркивая их «недостаточную эмоциональную вовлеченность» по отношению к забо-

леванию (по данным формализованных опросников у больных с такими чертами не выявлено значимых изменений эмоционального фона по сравнению с возрастной популяционной нормой) [9].

На основании вышеизложенного представляется актуальным комплексное (с участием терапевта, психиатра и психолога) изучение типов реагирования на болезнь и их основных характеристик у пациентов с рассматриваемыми патологиями.

Цель исследования — изучить типы реагирования на заболевание у пациентов с ХОБЛ и РА.

Материалы и методы

Исследование выполнено при совместном участии сотрудников кафедры факультетской терапии № 1 (зав. кафедрой — проф., д.м.н. В.А. Сулимов), кафедры психиатрии и психосоматики факультета послевузовского профессионального образования врачей (зав. кафедрой — акад. РАМН А.Б. Смулевич) Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Протокол исследования одобрен Межвузовским комитетом по этике при Ассоциации медфармвузов России. У всех пациентов получено информированное согласие на участие в исследовании.

Набор материала проводили на базе терапевтического отделения Клиники факультетской терапии им. В.Н. Виноградова (зав. отделением — к.м.н. С.Р. Белоусов), пульмонологического кабинета (зав. кабинетом — к.м.н. Э.Н. Ищенко) в составе Лечебно-диагностического отделения № 1 (зав. отделением — к.м.н. Л.М. Смирнова) и ревматологического отделения Центра суставной боли (зав. отделением — д.м.н. И.В. Меньшикова, в качестве экспертов-ревматологов выступали врачи Н.В. Петухова и А.К. Тарасова) УКБ № 1 (главный врач — доц., к.м.н. О.В. Бабенко) Первого МГМУ им. И.М. Сеченова среди пациентов, проходивших стационарное лечение по поводу ХОБЛ и РА.

Критерии включения:

- возраст от 30 до 80 лет;
- ХОБЛ среднетяжелого, тяжелого и крайне тяжелого течения (GOLD, 2010 г.), эмфизематозный, бронхитический и смешанный варианты;
- РА I–IV рентгенологической стадии (по Штейн-брокеру), I–III степени активности (по критерию DAS28), I–III функционального класса (ФК);

³ Приводимые оценки распространенности тревожных расстройств при ХОБЛ в большой степени зависят от характеристик изученной выборки. Распространенность и выраженность тревожных расстройств увеличиваются по мере прогрессирования заболевания. В более широких выборках, включавших пациентов начиная со среднетяжелой стадии ХОБЛ, выявлены меньшие значения распространенности анксиозных нарушений, часто приближающиеся к популяционной норме, варьирующей в пределах 5,5–10,5 % [31–33].

⁴ Дистимия (греч. *dys* — нарушение, *thymos* — настроение, чувство), диагностическая категория МКБ-10, — хронические (длительностью не менее 2 лет) депрессии непсихотического уровня, протекающие с минимальной выраженностью симптоматики (даже в периоды обострений отсутствуют не только бредовые, галлюцинаторные и/или ступорозные проявления, но и такие свойственные тяжелым депрессиям симптомы, как стойкие идеи виновности, суицидальные мысли и попытки, выраженное психомоторное торможение или ажитация).

⁵ Большинство авторов, затрагивающих проблему реагирования на болезнь при РА, отмечают такие вторичные черты, как стоицизм и оптимизм.

⁶ В обзорных статьях, посвященных данной проблеме, подчеркивается, что распространенность депрессивных и тревожных расстройств при ХОБЛ может быть преувеличена [19]. Это связано с несовершенством используемых психометрических инструментов и дефицитом клинических работ, включавших непосредственную психопатологическую оценку состояния пациента психиатром.

— длительность течения каждого заболевания не менее 2 лет, что обусловлено установленными критериями длительности ипохондрического развития личности [17];

— согласие больного на участие в исследовании.

Критерии исключения:

— ХОБЛ крайне тяжелого течения с выраженными явлениями тяжелой дыхательной недостаточности (ДН) и ХОБЛ с декомпенсированными сопутствующими заболеваниями, при которых больные в силу тяжести своего состояния не могут быть интервьюированы;

— наличие злокачественных образований, в том числе и в анамнезе;

— наличие признаков манифестных психических заболеваний (шизофрении, текущего маниакального эпизода с психотическими симптомами);

— психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ;

— органические психические расстройства: деменция при болезни Альцгеймера и других заболеваниях, сосудистая деменция, неуточненная деменция, органический амнестический синдром, делирий, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами, органический галлюциноз, органическое кататоническое состояние, органическое бредовое шизофреноподобное расстройство;

— отказ пациента от участия в исследовании.

После получения информированного согласия все пациенты были проконсультированы сотрудником межклинического психосоматического отделения Первого МГМУ им. И.М. Сеченова д.м.н. Б.А. Волель. Исследование проводили клиническим методом (сбор субъективных и объективных анамнестических данных, психопатологическое обследование). Каждый больной был осмотрен клиническим психологом НЦПЗ РАМН Е.А. Лас, в ходе консультации применяли психометрическую шкалу Beck Depression Inventory, проективные психологические опросники «Цветовой тест отношений» и «Проективный рисунок человека». Кроме того, оценивали КЖ больных при помощи русскоязычной версии опросника SF-36. Заключительным этапом являлось представление пациента на клиническом разборе акад. РАМН А.Б. Смулевича, в котором принимали участие сотрудники научных групп психиатров, психологов и врачей-интернистов.

Диагноз ХОБЛ верифицировали в соответствии с принятыми стандартами [4, 35]: спирометрический критерий — постбронходилатационное значение $ОФВ_1/ФЖЕЛ < 70\%$ (где $ОФВ_1$ — объем форсированного выдоха за 1 с, $ФЖЕЛ$ — форсированная жизненная емкость легких), наличие факторов риска (табакокурение, воздействие аэрополлютантов, включая продукты сгорания органического топлива, пыль, химические агенты); а также с клиническими прояв-

лениями заболевания — длительным кашлем, отделением мокроты и одышкой.

Оценивали следующие клинические характеристики РА: достоверность диагноза в соответствии с критериями Американской коллегии ревматологов; степень активности по шкале DAS28; ФК РА; длительность заболевания в месяцах к моменту обследования; выраженность и динамику болевого синдрома.

Все больные подвергались полноценному клиническому обследованию по общепринятой схеме с оценкой результатов физического осмотра и традиционных лабораторных (общеклинический, биохимический и иммунологический анализ крови, общеклиническое исследование мокроты, при необходимости — бактериологический анализ мокроты) и инструментальных исследований (электрокардиография, эхокардиография, рентгенологическое исследование пораженных суставов, органов грудной клетки, включающее обзорную рентгенографию либо мультиспиральную компьютерную томографию, оценка функции внешнего дыхания с проведением ингаляционных проб с бронходилататорами).

Для оценки симптомов основного заболевания проводили анкетирование с помощью валидизированных вопросников: модифицированного вопросника Британского медицинского исследовательского совета (Modified British Medical Research Council — mMRC), теста оценки ХОБЛ (COPD Assessment Test — CAT), а также сбор полного анамнеза заболевания, включая длительность симптомов, их динамику, частоту и проявления обострений.

Итоговая выборка составила 100 наблюдений, из них 57 — больные РА, 43 — пациенты с ХОБЛ. Всего в исследовании приняли участие 57 женщин и 43 мужчины. Гендерное соотношение различалось для нозологических групп пациентов: среди больных РА преобладали женщины (7 мужчин, 50 женщин), среди пациентов с ХОБЛ — мужчины (36 мужчин, 7 женщин). Такое соотношение соответствует эпидемиологическим характеристикам заболеваний (по данным литературы, при ХОБЛ соотношение женщин и мужчин оценивается как 1:5 [36], при РА — 3:1 [7]). Средний возраст обследованных — $59,2 \pm 14,4$ года. Повозрастное распределение больных представлено в табл. 1.

Средний возраст манифестации заболевания для пациентов с РА составил $43,7 \pm 11,1$ года, средняя продолжительность заболевания — $13,4 \pm 9,6$ года. Для больных ХОБЛ эти показатели были на уровне $59,2 \pm 8,6$ и $6,4 \pm 2,7$ года соответственно.

При анализе распространенности курения, которое является одним из ведущих факторов риска развития ХОБЛ, в нашем исследовании количество настоящих и бывших курильщиков составило 88,4 %. У 11,6 % ведущим фактором риска были профессиональные вредности. По эпидемиологическим данным, никотиновая зависимость выявляется у 80 % больных ХОБЛ [37].

Таблица 1. Повозрастная характеристика больных изученной выборки

Диагноз	Возраст, годы							
	30–39		40–49		50–59		> 59	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
РА	6	10,5	15	26,3	19	33,3	17	29,8
ХОБЛ	2	4,6	5	11,6	17	39,5	20	46,5
Всего	8	8,0	20	20,0	36	36,0	37	37,0

Примечание. Повозрастное распределение приводится по классификации J. Birren (1968): до 29 лет (юность и ранняя зрелость), 30–59 лет (зрелость – 3 декады жизни: 30–39, 40–49, 50–59 лет), > 59 лет (пожилой возраст).

Большинство пациентов с ХОБЛ (30 (69,8 %)) страдали смешанным (эмфизематозно-бронхитическим) вариантом заболевания, 11 (25,6 %) – эмфизематозным, 2 (4,6 %) – бронхитическим. Преобладали больные со среднетяжелым (20 (46,5 %) наблюдений) и тяжелым (16 (37,2 %) наблюдений) течением заболевания. Крайне тяжелое течение выявлено у 7 (16,3 %) больных.

Признаки ДН III степени были определены у 8 (18,6 %) пациентов, на долю ДН I и II степеней приходилось соответственно 15 (34,9 %) и 16 (37,2 %) больных. У 4 (9,3 %) обследованных пациентов признаков ДН не отмечалось.

Формирование легочного сердца обнаружено у 24 больных (в фазе компенсации – у 7 (16,3 %); субкомпенсации – у 9 (20,9 %); декомпенсации – у 8 (18,6 %) пациентов).

Для выборки пациентов с РА было характерно преобладание серопозитивных форм заболевания (36 (63,2 %) наблюдений), с системными проявлениями (33 (57,9 %) наблюдения). У большинства пациентов была определена активность II (32 (56,1 %) случая) и III (16 (28,1 %) случаев) степени. Наиболее часто встречались II (17 (29,8 %) наблюдений), III (18 (31,6 %) наблюдений) и IV (13 (22,8 %) наблюдений) рентгенологические стадии РА, I стадия была выявлена у 9 (15,8 %) больных. Клинические характеристики обследованных пациентов приведены в табл. 2 и 3.

КЖ как пациентов с ХОБЛ, так и больных РА было значительно снижено по сравнению с показателем, средним для населения, что отражено в табл. 4. При этом показатели КЖ были сопоставимы для обеих нозологических групп и приближались к средним значениям для популяций больных РА и ХОБЛ [38, 39]. Таким образом, общее бремя хронической болезни между группами пациентов с РА и ХОБЛ в изученной выборке существенно не различалось.

Как уже говорилось выше, оба заболевания характеризуются высокой степенью инвалидизации, что соотносится с данными по изученной выборке: среди

57 обследованных больных РА отмечено 26 случаев инвалидности, из них у 12 (46,1 %) пациентов установлена II группа, у 14 (53,9 %) – III группа инвалидности. Среди 43 пациентов с ХОБЛ – 15 инвалидов, из них у 9 (60,0 %) пациентов установлена II группа, у 6 (40,0 %) – III группа инвалидности. Во всех случаях, за исключением 2 больных из группы ХОБЛ, группа инвалидности была установлена в связи с профильным заболеванием.

Результаты

При анализе типов реагирования на заболевание у пациентов с рассматриваемыми патологиями были выявлены 3 основных стратегии совладания с болезнью. В большинстве случаев⁷ (89 % наблюдений) у пациентов с ХОБЛ и РА формировались 2 полярных типа отношения к болезни: при ХОБЛ – гипонозогнозический, соответствующий клиническому понятию «аберрантная ипохондрия»; при РА – гипернозогностический, проявляющийся в ипохондрическом развитии по типу «конфронтации с болезнью» [40]. Если основной чертой 1-го типа реагирования являлась недооценка симптомов заболевания и зачастую полное игнорирование его наличия, то при 2-м, напротив, отмечалось выраженное стремление к активному преодолению проявлений суставной болезни.

У большинства пациентов с ХОБЛ (23 (53,5 %) из 43 наблюдений) были обнаружены черты аберрантной ипохондрии⁸: несмотря на объективную тяжесть соматических проявлений (одышки вплоть до удушья, кашля, снижения толерантности к физическим нагрузкам), отчетливых представлений о болезни не формировалось. Эти пациенты пренебрегали проявлениями заболевания, списывая возникшие симптомы на «возрастные изменения», избегали мыслей о возможном прогрессировании болезни, продолжали курить, оставались на вредном производстве; они также не были заинтересованы в получении информации о своем заболевании. В 15 случаях даже после экстренной госпитализации по поводу невыносимой одышки пациенты

⁷ Помимо пациентов с аномальным поведением в болезни в выборке встречались и пациенты без каких-либо патологических реакций на заболевание – в 11 % наблюдений (5 при РА и 6 – при ХОБЛ).

⁸ Термин «аберрантная ипохондрия» по сути равен понятию гипо-/анозогнозии, употребляемому психологами.

Таблица 2. Характеристика РА у больных изученной выборки (n = 57)

Показатели	Абс.	%
Рентгенологическая стадия		
I	9	15,8
II	17	29,8
III	18	31,6
IV	13	22,8
Степень активности		
I	9	15,8
II	32	56,1
III	16	28,1
Системные проявления		
есть	33	57,9
нет	24	42,1
Серопозитивность		
+	36	63,2
–	21	36,8

продолжали отрицать факт наличия заболевания легких. При получении медицинской помощи, несмотря на логичность отсроченного действия препарата при хронической патологии, больные были заинтересованы лишь в немедленном улучшении функциональных возможностей. Приверженность лечению среди больных данной группы была крайне низкой (пациенты пропускали назначенные визиты к врачу, пренебрегали врачебными рекомендациями, нерегулярно и не в полном объеме принимали лекарства).

Психопатологические характеристики соотносятся с данными экспериментально-психологических методик обследования пациентов с ХОБЛ. Так, больные с аберрантной ипохондрией (22 наблюдения) отличаются эгодистонным (психологическое определение) отношением к телу (тело воспринимается как чужое, «далекое», отстраненное). Такие пациенты слабо ориентировались в телесных ощущениях, не дифференцировали сигналы от внутренних органов, пренебрегали заботой о здоровье ради достижения поставленных целей (не берегли себя на работе, пренебрегали техникой безопасности и пр.) или находились под действием импульсивного влечения (включая такие формы самоповреждающего поведения, как курение, употребление алкоголя и др.).

При сопоставлении отношения к собственному телу и характеристик образа тела выявлено, что пациенты с аберрантной ипохондрией характеризовались аморфным, лишенным подробностей образом тела,

с плохо дифференцированными, схематичными или фрагментарными границами, размытыми контурами рисунка.

При РА у значительной части пациентов (24 (42,1 %) из 57) формировалось ипохондрическое развитие по типу конфронтации с болезнью – сверхценное преодоление полиартрита и связанных с ним функциональных ограничений. Охваченные идеей восстановления подвижности суставов в целях улучшения работы опорно-двигательной системы, пациенты совершали длительные изнурительные прогулки на большие расстояния. Несмотря на мышечную слабость, преодолевая боли в суставах, «тренировали» мышечно-суставной аппарат путем переноски тяжелых сумок, выполнения работ на приусадебном участке. В оздоровительный режим включались также общеукрепляющие мероприятия: плавание, гимнастика на свежем воздухе, горячие ванны. Принимая за основу рекомендованное ревматологом лечение, больные дополняли его средствами народной медицины: растираниями, травяными примочками, гомеопатическими мазями. Таким образом, пациенты из этой группы подчиняли свой распорядок жизни преодолению проявлений РА, не жалея ни времени, ни материальных средств.

По данным психологических методик, при этом типе реагирования в большинстве случаев (21 (87,5 %)

Таблица 3. Характеристика ХОБЛ у больных изученной выборки (n = 43)

Показатели	Абс.	%
Стадия ХОБЛ		
среднетяжелая	20	46,5
тяжелая	16	37,2
крайне тяжелая	7	16,3
Тип		
бронхитический	2	4,6
эмфизематозный	11	25,6
смешанный	30	69,8
Дыхательная недостаточность		
нет	4	9,3
I степень	15	34,9
II степень	16	37,2
III степень	8	18,6
Легочное сердце		
нет	19	44,1
в фазе компенсации	7	16,3
в фазе субкомпенсации	9	20,9
в фазе декомпенсации	8	18,6

Таблица 4. КЖ больных изученной выборки (SF-36)

Подшкала	GH	PF	RP	RE	SF	BP	VT	MH
Пациенты с ХОБЛ	40,1 ± 1,7	42,2 ± 2,4	29,0 ± 3,8	51,1 ± 6,1	51,4 ± 2,5	59,9 ± 9,0	42,3 ± 1,1	56,2 ± 2,1
Пациенты с РА	42,16 ± 9,01	35 ± 2,32	21,05 ± 6,32	52,63 ± 5,75	48,21 ± 10,01	35,1 ± 7,41	49,73 ± 4,94	62,1 ± 5,86
Среднее для популяции больных ХОБЛ*	39,0 ± 0,7	48,7 ± 1,0	37,3 ± 1,6	50,5 ± 1,6	63,0 ± 1,0	66,0 ± 1,1	40,8 ± 0,8	52,0 ± 0,7
Среднее для популяции больных РА**	47,0 ± 11,2	35 ± 1,51	Нет данных	66,7 ± 6,44	66,7 ± 7,93	33,3 ± 7,88	45,0 ± 4,83	68,0 ± 6,30
Среднее для здорового населения***	75,4 ± 5,9	98,5 ± 1,06	86,3 ± 12,3	75,4 ± 5,9	80,0 ± 8,6	86,4 ± 7,3	69,3 ± 5,04	70,2 ± 6,28

Примечание. * — данные А.Г. Чучалина (2004); ** — данные J. Talamo et al. (1997); *** — данные Н.Н. Бримкулова, Н.Ю. Сенкевича (1998); GH — общее состояние здоровья; PF — физическое функционирование; RP — влияние физического состояния на ролевое функционирование; RE — влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование; SF — социальное функционирование; BP — физическая боль; VT — витальность, энергичность; MH — самооценка психического здоровья.

из 24 наблюдений) выявлено эгосинтонное отношение к телу (психологическое определение) — тело воспринимается как близкое, присутствует ясная дифференцировка телесных и психологических нарушений. Пациенты этой группы были ориентированы на телесные сигналы, хорошо дифференцировали внутренние ощущения, стремились заботиться о состоянии организма. Для этих больных значимыми являлись телесное удовольствие и неудовольствие.

Образ тела пациентов с ипохондрическим развитием характеризовался целостностью, четкостью границ тела, точно прорисованными деталями, практически не встречались фрагментарные, схематичные или аморфные изображения тела.

Для 2 СЗ — ХОБЛ и РА — в меньшем количестве случаев (27 (27 %) из 100 наблюдений) выявлялся общий тип реагирования — невротическая ипохондрия (тревожные опасения за здоровье, органоневротические и соматовегетативные нарушения). При ХОБЛ проявления невротической ипохондрии встречались у 23,3 % пациентов (10 из 43 наблюдений), при РА — у 29,8 % (17 из 57 наблюдений). Пациенты с данной стратегией совладания характеризовались прежде всего тревогой за здоровье в связи с возникновением/обострением основного заболевания, чувством обостренного самонаблюдения. Такие больные активно искали информацию о собственном заболевании в различных источниках, меняли свой привычный образ жизни, формируя вокруг себя охранительный «щадающий» режим (снижение нагрузок, отказ от вредных привычек, переход на более легкую работу, отказ от привычных обязанностей по дому и пр.). Пациенты

отличались склонностью к органоневротическим проявлениям, усиливающим основные соматические нарушения (так, у больных РА появлялась болезненность в области суставов, в том числе не пораженных воспалительным процессом; при ХОБЛ наблюдались панические атаки, сопровождающиеся чувством нехватки воздуха, страхом смерти от удушья). Несмотря на приверженность лечению в целом, степень кооперации с лечащим врачом у этих пациентов в части случаев также была снижена. Таким больным свойственна настороженность в отношении любых новых лекарственных средств, что приводит порой к самостоятельному решению об изменении, как правило в сторону уменьшения, применяемой дозы лекарственного препарата. Для убеждения пациента помимо высокой квалификации специалиста в этих случаях требуются и большие временные затраты на беседы с больным со стороны врача.

Нозогенные депрессивные реакции выявлялись на момент обследования у 19,2 % пациентов с РА (11 из 57 наблюдений). Тяжесть депрессий была преимущественно умеренной (среднее значение по шкале депрессии Бека — 14,1 балла), в клинической картине преобладала гипотимия⁹ — подавленность, тоска, сопряженная со страхом инвалидизации, невозможности в будущем полноценно себя обслуживать. Изменения психического состояния коррелировали с соматическими проявлениями РА: время суток, на которое приходилось усугубление симптомов артрита (преимущественно ночные часы и раннее утро), сопровождалось наибольшей выраженностью депрессивных проявлений, нарушения сна были связаны с интенсивными ночными болями; снижались

⁹ Гипотимия (греч. *hypo* — под, *thymos* — настроение, чувство) — стойкое снижение настроения, сопровождающееся уменьшением интенсивности эмоциональной жизни, двигательной и психической активности (А.Б. Смулевич, 2007) [41].

аппетит и масса тела. Описанное депрессивное состояние длилось от 3 до 6 нед — в среднем около 1 мес. Стихание обострения РА часто ознаменовывалось завершением депрессивной фазы.

Распространенность депрессий в группе больных ХОБЛ составляла 9,3 % (4 из 43 наблюдений). Такой низкий процент депрессий в изученной выборке отличается от многих литературных данных, полученных ранее при использовании для оценки депрессии только результатов опросников, без консультации психиатра. Депрессии встречались в группе ХОБЛ в 2 раза реже, чем в группе РА. При этом отмеченные депрессивные состояния, как и при РА, были непродолжительными¹⁰ (2–4 нед). В отличие от депрессий при РА, характеризуемых преобладанием тревожных и тоскливых клинических вариантов, депрессивные расстройства при ХОБЛ протекали с преобладанием апатического аффекта и имели меньшую тяжесть: соответствовали критериям легкого депрессивного эпизода по МКБ-10 (средний балл по шкале депрессии Бека — 9,4). Манифестация и течение депрессии были сопряжены прежде всего с длительно сохраняющимися, субъективно значимыми социальными последствиями ХОБЛ — ограничением социальных контактов, отказом от профессиональной деятельности, материальными затруднениями.

Обсуждение

Впервые предпринята попытка комплексного анализа типов реагирования на СЗ на примере больных ХОБЛ и РА. Результаты представленного исследования показали, что общим типом реагирования на ХОБЛ и РА является невротическая ипохондрия (23,3 % и 29,8 % соответственно). Однако представленность и выраженность этой копинг-стратегии, а значит и ее вклад в формирование образа типичного пациента, при этих заболеваниях могут различаться.

Несмотря на сходство 2 социально значимых заболеваний, оказывающих одинаково катастрофическое влияние на КЖ пациента, при них отмечены полярно различные типы реагирования на болезнь. У пациентов с ХОБЛ такой тип реагирования, как аберрантная ипохондрия, является выраженной дез-

адаптивной стратегией. При описании особенностей пациентов с этой стратегией совладания с болезнью выделены личностные характеристики, соответствующие прежде всего возбудимому кругу психопатий с аддиктивными тенденциями (аддиктивное поведение, реализовавшееся в первую очередь в форме химических зависимостей — табачной, алкогольной, а также в антисоциальных поступках). Этот факт может объясняться влиянием важнейшего этиологического фактора ХОБЛ — курения, приводящего к преобладанию личностей с данными чертами.

При РА в большинстве случаев подтверждено наличие такой особенной, на первый взгляд, адаптивной стратегии совладания с телесным недугом, как конфронтация с болезнью. Однако в связи с описанными чертами увлеченности, порой даже неудержимости этих личностей, следует учесть необходимость акцентирования их внимания на традиционной базисной терапии и контроля за такими больными для исключения нанесения вреда чрезмерными физическими нагрузками и физиотерапевтическими процедурами.

Заключение

На основании уже изученных характеристик типов реагирования на болезнь можно наметить точки приложения корректирующих реабилитационных мероприятий к сформированному стилю поведения в болезни и методы, используемые при этом. Показано, что одним из факторов развития у пациентов аберрантной ипохондрии служит недостаточно сформированный образ тела, что свидетельствует о необходимости помощи в его создании как определяющем факторе изменения стратегии совладания с заболеванием. Коррекция реакции на СЗ должна проводиться на всех этапах реабилитации (физическая и психосоциальная реабилитация, обучающие программы для пациента).

Актуальным остается вопрос прогнозирования формирования того или иного типа реагирования на СЗ для ранней коррекции и предотвращения возникновения дезадаптивных стратегий в целях повышения приверженности лечению и его эффективности уже на ранних этапах развития заболевания.

¹⁰ В отличие от представленных выше данных литературы о возможности пролонгации депрессивных состояний на фоне ХОБЛ, в изученной выборке длительно протекающих расстройств аффективного спектра не встречалось.

1. Pilowsky I. Abnormal illness behavior (dysnosognosia). *Psychother Psychosom* 1986;46(1-2):76-84.
2. Lazarus R.S., Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Company, 1984.
3. Report of the global survey on the progress in national chronic diseases prevention and control. WHO, 2002.
4. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2011 г.). Пер. с англ. под ред. А.С. Белевского. М.: Российское респираторное общество, 2012.
5. Насонов Е.Л., Насонова В.А. Ревматология. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.
6. Чучалин А.Г. Клинические рекомендации. Хроническая обструктивная болезнь легких. М.: Издательский дом «Атмосфера», 2007.
7. Мясоедова С.Е., Лебедева Е.А., Мясоедова Е.Е. Эпидемиология артритов у городского населения. Науч-практ ревматол 2007;(2):122.
8. Амирджанова В.Н., Фаломеева О.М., Цветкова Е.С., Александров А.А. Применение модифицированной Станфордской анкеты оценки здоровья у больных ревматоидным артритом. Ревматология 1989;(3):56-61.
9. Ахмедова О.С. Качество жизни пациентов с хронической обструктивной болезнью легких. Изв РГПУ им. А.И. Герцена 2007;(22):266-70.
10. Набиуллина Р.Р., Амирова Р.А. Особенности личности и психические расстройства при ревматоидном артрите. Альтерн мед 2010;(2):11-3.
11. Dunbar H.F. Psychosomatic diagnosis. New York: Paul B. Hoeber, Inc., 1943.
12. Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. Пер. с англ. С. Могилевского. М.: Эксмо-Пресс, 2002.
13. Смулевич А.Б., Фильц А.О., Гусейнов И.Г., Дроздов Д.В. К проблеме нозогений. Ипохондрия и соматоформные расстройства. М.: Логос, 1992.
14. Смулевич А.Б. Психические расстройства и сердечно-сосудистая патология. Под ред. А.Б. Смулевича и А.Л. Сыркина. М.: Либлис, 1994.
15. Лурья А.Р. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. М.-Л.: Медгиз, 1944.
16. Jenil-Perrin G. Les paranoïaques. Paris, 1926.
17. Смулевич А.Б., Волель Б.А. Расстройство личности и соматическая болезнь (проблема ипохондрического развития личности). Журн неврол и психиатр 2008;(5):4-12.
18. Dickens C., McGowan L., Clark-Carter D., Creed F. Depression in rheumatoid arthritis: a systematic review of the literature with meta-analysis. *Psychosom Med* 2002;64(1):52-60.
19. Ахунова Р.Р., Яхин К.К., Якупова С.П., Салихов И.Г. Связь клинических, социальных и психологических факторов с психическими расстройствами неспецифического уровня у больных ревматоидным артритом. Неврол вестн. Журн им. В.М. Бехтерева 2012;44(1):24-8.
20. Asnaashari A.M., Talaei A., Haghighi B. Evaluation of psychological status in patients with asthma and COPD. *Iran J Allergy Asthma Immunol* 2012;11(1):65-71.
21. Antoniu S.A. Predictors of depression in chronic obstructive pulmonary disease patients. *Expert Rev Respir Med* 2011;5(3):333-5.
22. Cafarella P.A., Effing T.W., Usmani Z.A., Frith P.A. Treatments for anxiety and depression in patients with COPD: a literature review. *Respirology* 2012;17(4):627-38.
23. Garuti G., Cilione C., Dell'Orso D. et al. Impact of comprehensive pulmonary rehabilitation on anxiety and depression in hospitalized COPD patients. *Monaldi Arch Chest Dis* 2003;59(1):56-61.
24. Gudmundsson G., Gislason T., Janson C. et al. Depression, anxiety and health status after hospitalisation for COPD: a multicentre study in the Nordic countries. *Respir Med* 2006;100(1):87-93.
25. Dahlen I., Janson C. Anxiety and depression are related to the outcome of emergency treatment in patients with obstructive pulmonary disease. *Chest* 2002;122(5):1633-7.
26. Gudmundsson G., Gislason T., Janson C. et al. Risk factors for rehospitalisation in COPD: role of health status, anxiety and depression. *Eur Respir J* 2005;26(3):414-9.
27. Maurer J., Rebapragada V., Borson S. et al. Anxiety and Depression in COPD: current understanding, unanswered questions, and research needs. *Chest* 2008;134(4 Suppl):43S-56S.
28. Van den Bemt L., Schermer T., Bor H. et al. The risk for depression comorbidity in patients with COPD. *Chest* 2009;135(1):108-14.
29. Sheehy C., Murphy E., Barry M. Depression in rheumatoid arthritis – underscoring the problem. *Rheumatology (Oxford)* 2006;45(11):1325-7.
30. Nicassio P.M. The problem of detecting and managing depression in the rheumatology clinic. *Arthritis Rheum* 2008;59(2):155-8.
31. Frank R.G., Beck N.C., Parker J.C. et al. Depression in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1988;15(6):920-5.
32. VanDyke M.M., Parker J.C., Smarr K.L. et al. Anxiety in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2004;51(3):408-12.
33. Van Manen J.G., Bindels P.J., Decker F.W. et al. Risk of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease and its determinants. *Thorax* 2002;57(5):412-6.
34. Пушкарев Д.Ф., Галецкайте Я.К., Захарова Н.В. и др. Расстройства личности и психическая патология при хронической обструктивной болезни легких: клинико-эпидемиологические аспекты. Псих расстройства в общ мед 2012;(4):18-23.
35. Qaseem A., Wilt T.J., Weinberger S.E. et al. Diagnosis and management of stable chronic obstructive pulmonary disease: a clinical practice guideline update from the American College of Physicians, American College of Chest Physicians, American Thoracic Society, and European Respiratory Society. *Ann Intern Med* 2011;155(3):179-91.
36. Peña V.S., Miravittles M., Gabriel R. et al. Geographic variations in prevalence and underdiagnosis of COPD: results of the IBERPOC multicentre epidemiological study. *Chest* 2000;118(4):981-9.
37. Jamrozik K., McLaughlin D., McCaul K. et al. Women who smoke like men die like men who smoke: findings from two Australian cohort studies. *Tob Control* 2011;20(4):258-65.
38. Черняк Б.А., Трофименко И.Н. Хроническая обструктивная болезнь легких. Под ред. А.Г. Чучалина. М.: Атмосфера, 2008.
39. Talamo J., Frater A., Gallivan S., Young A. Use of the short form 36 (SF36) for health status measurement in rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol* 1997;36(4):463-9.
40. Волель Б.А., Пушкарев Д.Ф., Тарасова А.К. Динамика расстройств личности при ревматоидном артрите. Псих расстройства в общ мед 2011;(2):7-15.
41. Смулевич А.Б. Расстройства личности. М.: Издательство МИА, 2007.