

Ган Е.Ю.¹, Шардина Л.А.², Ивашова И.Г.¹, Шардин С.А.²

Характеристика типов отношения к болезни у пациенток с болезнью Шегрена

1- ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница № 1», г. Екатеринбург; 2- ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Екатеринбург

Gan E.U., Shardina L.A., Ivashova I.G., Shardin S.A.

Characteristics of the type of attitude to the disease in patients with Sjogren's syndrome

Резюме

Болезнь Шегрена протекает с формированием внутренней картины заболевания, которая отражает состояние пациента, сформировавшееся в рамках патологии, и представлена тремя компонентами: эмоциональным, поведенческим и когнитивным. В зависимости от сложившейся у пациентки внутренней картины болезни формируются определенные типы отношения к патологии. Тип отношения к болезни характеризует адаптационные возможности человека в условиях соматического заболевания, что оказывает влияние на эффективность терапии и качество жизни пациентов. Проведено исследование типов отношения к своей патологии у 74 пациенток с болезнью Шегрена, наблюдающихся в ревматологическом центре ГБУЗ СО «СОКБ №1». В обследованной группе выявлено: а) преобладание эргопатического, сенситивного и тревожного типов отношения к болезни; б) перевес сочетанных типов над «чистыми»; в) преобладание дезадаптивных типов над адаптивными, с превалированием интерпсихической направленности реагирования на болезнь над интрапсихической.

Ключевые слова: тип отношения к болезни, болезнь Шегрена

Summary

Sjogren's syndrome proceeds with the formation of an internal picture of suffering, which reflects the state of the patient, formed in the pathology, and consists of three components: the emotional, behavioral and cognitive. Depending on the current patient clinical picture formed inside certain types of attitude to the disease. Type of attitude to the disease characterizes adaptability of human beings in physical illness, which affects the efficiency of therapy and quality of life. A study of types related to their disease in 74 patients with Sjogren's syndrome, observed in the rheumatology center «Sverdlovsk regional clinical hospital №1». In the study group identified: a) the prevalence ergopatichesky, sensitivity and alarm types of attitude to his ailment, and b) the advantage of combined types of "clean", and c) the prevalence of maladaptive types of adaptive directional intermental with a prevalence of disease response over intrapsychic.

Key words: type of attitude to the disease, Sjogren's syndrome

Введение

Болезнь Шегрена (БШ) представляет собой системную патологию соединительной ткани, в основе которой лежит аутоиммунный процесс, с развитием лимфоидной пролиферации, сопровождающийся вовлечением эндокринных желез, в первую очередь слюнных и слезных, возможными внежелезистыми проявлениями, характеризующимися лабораторно-иммунологической активностью.

В настоящее время диагностическая и лечебная тактика в отношении БШ достаточно хорошо изучена. Однако акцент в традиционной системе здравоохранения делается на соматической составляющей болезни. В последнее десятилетие в медицине прослеживается тенден-

ция к развитию целостного взгляда на пациента с позиций биопсихосоциального подхода [1]. Указанная модель основана на изучении не только физического состояния пациента, но и его психологического и социального статусов. Не вызывает сомнений тот факт, что соматические проявления болезни и психологические особенности личности больного человека неразрывно связаны между собой и оказывают взаимное влияние друг на друга.

Несмотря на наличие четких рекомендаций в отношении диагностических критериев и лечебных подходов к БШ, клиницисты фиксируют факты неэффективности назначенной терапии, в том числе и в связи с невыполнением пациентами врачебных назначений, вплоть до полного отказа от приема лекарственных препаратов, т.е. с

их низкой комплаентностью [2]. В части случаев данная проблема может быть связана с относительно неплохим самочувствием пациентов с БШ, несмотря на высокую лабораторно-иммунологическую активность и значимый риск развития лимфопролиферативных заболеваний.

Важным фактором, лежащим в основе эффективности терапии пациентов с БШ, является их приверженность к лечению, которая определяется отношением к своему состоянию, к терапии и к медицинскому персоналу. Указанные характеристики входят в понятие внутренней картины болезни [3]. Последняя отражает состояние пациента, сформировавшееся в рамках болезни, и представлена тремя компонентами реагирования на болезнь: эмоциональным, поведенческим и когнитивным. Эмоциональный компонент включает чувства и переживания человека, связанные с болезнью. Поведенческий компонент характеризует модель поведения пациента, выработанную в процессе болезни (принятие роли больного, активная борьба с болезнью, игнорирование заболевания и т.д.) и нацеленную на адаптацию личности к заболеванию. Когнитивный компонент отражает знание и мысли человека о болезни, осознание и понимание ее влияния на жизнь.

В зависимости от сложившейся у пациента внутренней картины болезни развиваются определённые типы отношения к болезни. На их формирование оказывают влияние индивидуальные преморбидные особенности личности, психологическое восприятие больным человеком своего состояния, симптомы соматического заболевания и принимаемые пациентом лекарственные препараты. Мы полагаем, что установление у пациента типа отношения его к болезни, характеризующего адаптационные возможности человека в условиях наличия соматического заболевания, в конечном счёте, оказывает существенное влияние на эффективность проводимой терапии и качество жизни.

Цель работы - оценка типов отношения к болезни у пациентов с болезнью Шегрена для последующей коррекции тактики их ведения.

Материалы и методы

Нами проведено исследование типов отношения к патологии у пациентов с болезнью Шегрена, наблюдающихся в областном ревматологическом центре ГБУЗ СО «СОКБ №1». В исследование включены 74 женщины с диагнозом БШ, который устанавливался согласно европейско-американским критериям, разработанным в 2002 году (American-European Consensus Group Criteria for Sjogren's Syndrome) [4]. Критерии включения пациенток в исследование: возраст до 70 лет, отсутствие психических заболеваний, онкопатологии, тяжёлых сопутствующих соматических болезней, выраженной энцефалопатии, а также других аутоиммунных заболеваний. Средний возраст больных составил 55,16 лет (SD 9,74), средняя продолжительность заболевания - 6,15 лет (SD 3,54).

Изучение типов отношения к болезни проводилось с помощью методики «ТОБОЛ», разработанной в лаборатории клинической психологии Санкт-Петербургского

научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М.Бехтерева [5]. Опросник «ТОБОЛ» состоит из 12 блоков утверждений, отражающих: отношение пациента к болезни, к лечению, к медперсоналу, к близким, к окружающим, к работе, к одиночеству, к будущему, а также оценку самочувствия, настроения, сна и аппетита. Опрос пациенток проводился путём заполнения ими бланков с ответами при непосредственном контакте. Затем производилась обработка полученных данных с помощью специальных таблиц. Статистическая обработка результатов осуществлялась с использованием программы Microsoft Excel.

Как известно, с помощью методики «ТОБОЛ» диагностируются 12 типов отношения к болезни: гармонический (Г), эргопатический (Р), анозогнозический (З), тревожный (Т), ипохондрический (И), неврастенический (Н), меланхолический (М), апатический (А), сенситивный (С), эгоцентрический (Э), паранойальный (П) и дисфорический (Д). Эти типы объединены в три блока: адаптивный (гармонический, эргопатический и анозогнозический), дезадаптивный интрапсихический (тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и апатический) и дезадаптивный интерпсихический (сенситивный, эгоцентрический, паранойальный и дисфорический).

Пациентки, имеющие гармонический тип реагирования, адекватно оценивали своё состояние, активно участвовали в процессе лечения, стремились преодолеть заболевание и сохранить социальное функционирование. Больные с анозогнозическим и эргопатическим типами характеризовались преуменьшением значения симптомов болезни, иногда с элементами игнорирования имеющихся проблем и акцентуацией на работе. Но психическая и социальная адаптация при этих типах существенно не нарушалась, поэтому они включались в один блок с гармоническим типом.

Для второго блока характерными были психическая и социальная дезадаптация в связи с заболеванием и интрапсихическая направленность личностного реагирования на болезнь. Таким пациентам свойственны реакции по типу раздражительной слабости, тревожное или угнетённое состояние, уход в болезнь, отказ от борьбы с заболеванием.

Третий блок характеризовался психической и социальной дезадаптацией больных на фоне заболевания и интерпсихической направленностью личностного реагирования на болезнь. Такие пациентки, как правило, стеснялись своего заболевания и использовали его для достижения определённых целей. Им свойственными оказались формулирование концепции паранойального характера относительно причин своего заболевания, проявление агрессии и обвинения окружающих в своих проблемах.

Результаты и обсуждение

В соответствии с материалами рисунка 1, анализ полученных данных в изучаемой группе пациенток с болезнью Шегрена установил следующую частоту

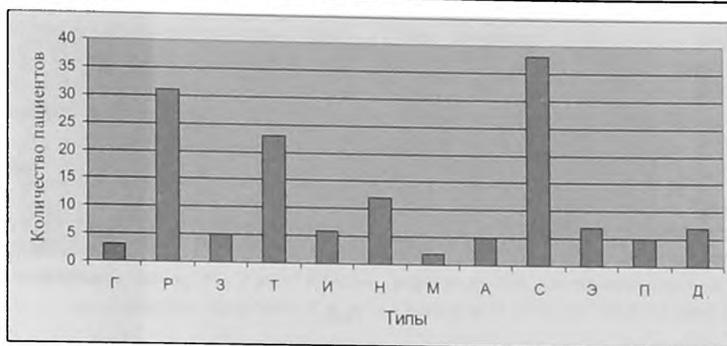


Рис. 1. Распределение типов отношения к болезни у пациенток с БШ

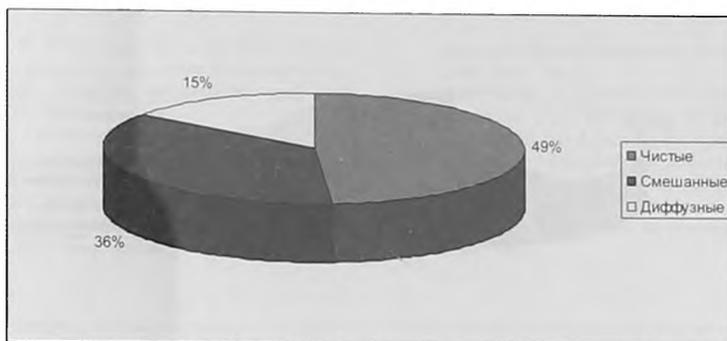


Рис. 2. Структура типов отношения к болезни у пациенток с БШ

встречаемости различных типов отношения к рассматриваемой нозологии: гармонический - у 4 (5,4%), эргодатический - у 31 (41,9%), анозогнозический - у 5 (6,8%), тревожный - у 23 (31%), ипохондрический - у 6 (8,1%), неврастенический - у 12 (16,2%), меланхолический - у 2 (2,7%), апатический - у 5 (6,8%), сенситивный - у 38 (51,4%), эгоцентрический - у 7 (9,5%), паранойяльный - у 5 (6,8%) и дисфорический - у 7 (9,5%) пациенток. Как свидетельствуют материалы диаграммы, у пациенток с БШ прослеживается преобладание сенситивного, эргодатического и тревожного типов отношения к патологии.

В ходе определения структуры типов отношения к болезни (рис.2) нами получены следующие данные: у 36 пациенток (49%) выявлен «чистый» (один) тип отношения к болезни, у 27 пациенток (36%) - смешанный (сочетание двух- трёх типов) и у 11 пациенток (15%)

- диффузный (сочетание более трёх типов). По результатам данной диаграммы у женщин с БШ наблюдается несущественное преобладание сочетанных типов отношения к болезни над «чистыми» типами (51% и 49% соответственно).

Среди чистых типов отношения к болезни в группе обследованных лиц (рис.3) преобладали эргодатический - у 13 (17,6%) и сенситивный - у 11 (14,9%) пациенток; у остальных пациенток диагностированы тревожный - у 5 (6,8%), гармонический - у 4 (5,4%) и анозогнозический - у 3 (4,0%) больных. Другие типы отношения пациенток к болезни среди чистых типов не встречались.

В составе сочетанных типов отношения к болезни в изучаемой группе больных (рис. 4) преобладали следующие типы: сенситивный - у 27 (36,5%), тревожный - у 18 (24,3%), эргодатический - у 18 (24,3%), не-

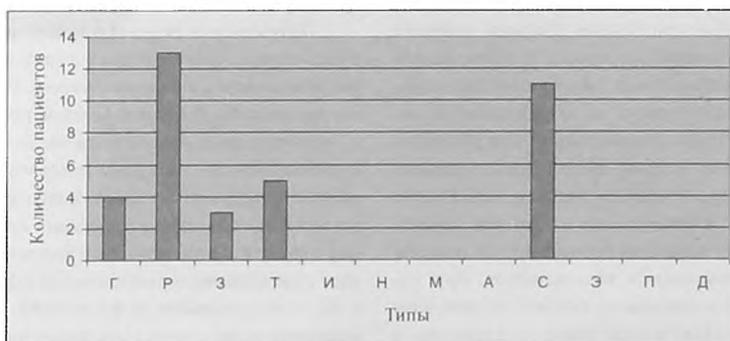


Рис. 3. Структура «чистых» типов отношения к болезни у пациенток с БШ

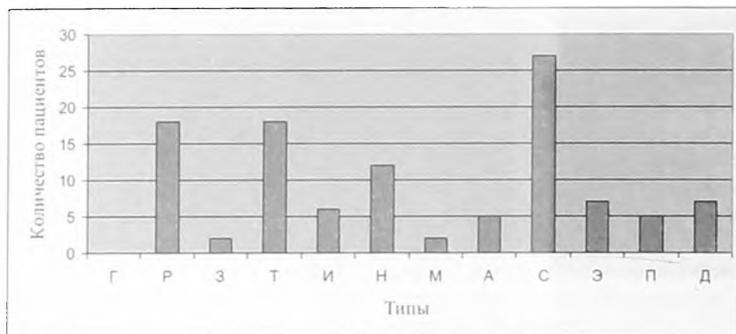


Рис. 4. Структура сочетанных типов отношения к болезни у пациенток с БШ

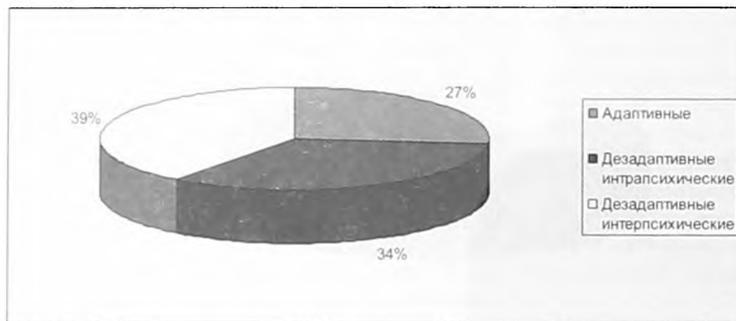


Рис. 5. Структура типов отношения к болезни у пациенток с БШ по уровню адаптации

врастенический - у 12 (16,2%) пациенток. Кроме того, с меньшей частотой встречались: анозогнозический - у 2 (2,7%), апагический - у 5 (6,8), эгоцентрический - у 7 (9,5%), ипохондрический - у 6 (8,1%), паранойяльный - у 5 (6,8%), дисфорический - у 7 (9,5%) и меланхолический - у 2 (2,7%) пациенток.

Частота встречаемости адаптивных типов в чистом виде (рис.5) составила 27%, остальной процент полученных адаптивных типов выявлен лишь в сочетании с дезадаптивными типами отношения к болезни. Гармонический тип отношения к болезни установлен лишь в 5,4% случаев. В целом же по группе обследованных лиц установлено преобладание дезадаптивных типов отношения к болезни (73%) с перевесом типов, имеющих интерпсихическую направленность личностного реагирования на болезнь.

Как видим, анализ структуры типов отношения пациенток к патологии при болезни Шегрена позволяет оценить их адаптационный потенциал. В случае преобладания у больных адаптивных типов отношения к болезни их адаптационный ресурс характеризуется как достаточно высокий, а при превалировании дезадаптивных типов реагирования на болезнь - адаптационные возможности становятся ограниченными. Когда же имеет место преимущественное доминирование интра- или интерпсихических типов, у пациенток происходит парциальное снижение их адаптационных возможностей. При интрапсихическом типе реакции на болезнь дезадаптация пациенток наблюдается, прежде всего, в отношении к самим себе, в то время как при интерпсихическом типе

прослеживается дезадаптация во взаимоотношениях с окружающими. Сочетание у пациенток интра- и интерпсихических типов имеет следствием тотальное снижение их адаптационного потенциала, которое проявляется в отношении как к самим себе, так и к окружающим.

Заключение

Таким образом, исследование типов отношения к своей патологии у пациенток с БШ в группе исследуемых лиц выявило, во-первых, преобладание эргопатического, сенситивного и тревожного типов; во-вторых, небольшой перевес сочетанных типов над «чистыми» (51% и 49% соответственно); в-третьих, преобладание дезадаптивных типов над адаптивными (73% и 27% соответственно) и, в-четвёртых, некоторое превалирование интерпсихической направленности реагирования на болезнь над интрапсихической (39% и 34% соответственно).

Полученные в результате исследования данные свидетельствуют о разнообразии типов отношения к патологии у пациентов с болезнью Шегрена. В связи с многоликостью внутренней картины болезни необходимо внедрять в практику врача-ревматолога индивидуальный и комплексный подход к каждому конкретному пациенту. На диагностическом этапе целесообразно проводить исследование типов отношения к патологии у пациентов с БШ для формирования более целостной картины их состояния. В ходе планирования терапевтической тактики у пациентов с БШ важно учитывать их физический, эмоциональный и психологический статусы для повышения адаптационных возможностей личности по отношению к болезни. С це-

лю повышения эффективности психологического сопровождения пациенток с БШ и, в конечном итоге, улучшения качества их жизни необходимы не только рост уровня психологической компетентности врачей-клиницистов, но и привлечение клинических психологов к совместному ведению такого профиля больных. ■

Ган Е.Ю. - врач-ревматолог консультативно-диагностической поликлиники ГБУЗ СО «СОКБ№1», очный аспирант кафедры сестринского дела ГБОУ ВПО УГМА Минздрава России, г. Екатеринбург; *Шардина Л.А.* -

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой сестринского дела ГБОУ ВПО УГМА Минздрава России, г. Екатеринбург; *Ивашиова И.Г.* - заведующий терапевтическим отделением консультативно-диагностической поликлиники, врач-ревматолог ГБУЗ СО «СОКБ№1», г. Екатеринбург; *Шардин С.А.* - д.м.н., профессор кафедры сестринского дела ГБОУ ВПО УГМА Минздрава России, г. Екатеринбург; Автор, ответственный за переписку - Ган Елена Юрьевна, 620102, г. Екатеринбург, ул. Волгоградская 185, консультативно-диагностическая поликлиника, тел. (343) 351-15-85, e-mail: GEU1978@mail.ru

Литература:

1. Кремлева О.В. Психотерапия в системе лечения больных ревматоидным артритом (с позиций биопсихосоциального подхода). Автореферат дисс. ... док. мед. наук. СПб: 2004.
2. Шардин С.А., Бачерикова Е.А. Комплайенс как актуальная проблема современной практической медицины. Вестник Уральской государственной медицинской академии 2009; 18: 48-50.
3. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике: научно-практическое руководство. СПб: Речь; 2011.
4. Vitali C. Et al. Classification criteria for Sjogren's syndrome: a revised version of the European criteria proposed by the American-European Consensus Group. Ann Rheum Dis 2002; 61: 554-558.
5. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.А. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни: методические рекомендации. СПб: 2001.