

Психологічне підґрунтя внутрішньої картини хвороби у хворих на розсіяний склероз

Григорій Сімоненко

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Даний текст є тезами Науково-практичної конференції з міжнародною участю "Психосоматична медицина: наука і практика". Описане нижче присвячено психологічному підґрунтю внутрішньої картини хвороби у хворих на розсіяний склероз.

Актуальність теми

Внутрішня картина хвороби визнається як сукупність уявлень людини про своє захворювання; результат творчої активності, яку здійснює пацієнт на шляху усвідомлення своєї хвороби (А. Гольдшейдер, 1929; О.Р. Лурія, 1944, 1977).

Внутрішня картина хвороби базується на численних психологічних показниках, таких як переживання хвороби, відношення до хвороби, тип особистісного реагування на хворобу, преморбідні особливості психіки, тип реакції на хворобу, фазність переживань, вікові дані, а також ятрогенії. Вона складається з балансу взаємодії усвідомлених та неусвідомлюваних процесів. У рамках теорії особистості як системи відношень вона розглядається у вигляді багатовимірного утворення, що інтегрує в себе всі психологічні категорії (емоційні, когнітивні, поведінкові тощо), пов'язані з захворюванням. Відчуття у прихованому вигляді містять у собі систему перцепції, культуру, мову, знання, досвід, потреби, мотиви. Особливе значення у структурі внутрішньої картини хвороби належить до неусвідомлюваних складових, дослідження яких є необхідним для розширення розуміння механізмів формування внутрішньої картини хвороби. Несвідомі процеси розуміються часто як механізми захисту, що впливають на адаптивні можливості хворих. У цьому плані велику зацікавленість викликає таке захворювання як розсіяний склероз (РС), що приводить до інвалідизації осіб молодого віку, органічні ураження головного мозку при якому часто не лінійно корелюють з неврологічним дефіцитом. Зміни особистості, можливості мотивації пацієнта на життя в умовах хвороби, лікування та реабілітацію – актуальні питання сучасної неврології.

Методи і матеріали

Був проведений огляд 26 літературних джерел з даної тематики. МРТ головного мозку є необхідним для постановки діагнозу РС та визначення кореляції між психологічними та морфологічними змінами. За даними літератури, для вивчення якості життя хворих на РС звичайно використовується опитувальник SF-36, когнітивного дефіциту – MMSE. Для вивчення усвідомлених та неусвідомлених емоцій (таких як тривога, агресивність, депресія, страх) часто використовуються тести Тейлора, Люшера, Басса-Дарки, Hand-test, Зунга, клініко-анамнестичні дані. Застосовуються також опитувальники ТОБОЛ, СМІЛ, ІСАС.

Результати

За даними раніше проведених досліджень, профіль якості життя хворих на РС значно

знижується, в першу чергу за рахунок фізичних та емоційних проблем, що впливає на обмеження життєдіяльності та соціальної активності пацієнтів. Найбільш зниженими були достовірні показники: фізичне функціонування (PF), рольове функціонування внаслідок фізичного стану (RP), загальний стан здоров'я (GH) та життєва активність (VT). У пацієнтів, які мали когнітивний дефіцит за вищеназваними шкалами зареєстровані більш низькі індекси.

Багато авторів вважають розвиток когнітивних порушень з розповсюдженням вогнищ демієлінізації не тільки лобних, а й скроневих часток, мозолистого тіла, а також з вторинною атрофією кори. Для порушень пам'яті характерне ураження структур гіпокампу. Присутня кореляція між когнітивними порушеннями та кількістю та об'ємом вогнищ на МРТ, атрофією мозку. При загальній кількості вогнищ, більше ніж 30 см², вірогідність розвитку когнітивних порушень є дуже високою. Вираженість когнітивних порушень корелює з активністю патологічного процесу. Когнітивні порушення при РС зустрічаються до 70% випадків. Через 3 роки хвороби 20% пацієнтів мають їх клінічно значними, навіть до розвитку деменції.

Порушення пам'яті відмічається у 20-40% хворих. На дизрегуляторний характер мнестичних розладів вказує тестування хворого на відстрочене відтворення без підказки, з ефективністю підказки при відтворенні. Порушується в основному короткочасна пам'ять, при інтактності довготривалої.

Депресія при РС, за даними різних авторів, зустрічається у 25-55% випадків і може бути реакцією на хворобу, самостійним її симптомом, або побічним ефектом терапії (наприклад, бета-інтерферонами). Депресія частіше виявляється при церебральних вогнищах, ніж при спінальних, більш виражена у період загострення. Четверть хворих має депресію, яка потребує психіатричної допомоги. Ризик суїцидальних спроб, особливо на ранній стадії РС, у кілька разів перебільшує такий у загальній популяції.

Тривожні розлади при РС зустрічаються, за даними різних авторів, з частотою у 40% і відіграють велику роль у збільшенні дезадаптації пацієнта і утрудненні соціальних контактів. Часто при депресії виявляється алекситимія.

У хворих з психотичними порушеннями, як правило, на МРТ виявляються великі вогнища демієлінізації, особливо у тім'яній, скроневій частках і навколо скроневого рогу бокових шлуночків, а також у ділянці гіпокампу.

Підвищена втомлюваність, за даними різних джерел, зустрічається у 75-90% пацієнтів, які страждають на РС. Вона може вказувати на якість життя і стан пацієнтів навіть при відсутності виражених вогнищевих розладів, у тому числі підсилювати когнітивні розлади.

З даними літератури, найбільш вираженими і частими у хворих на РС виявляють усвідомлену та неусвідомлену тривожність, неусвідомлену приховану агресію та песимістичність, в той час як страх не є характерним. При цьому усвідомлена та неусвідомлена депресія має прямий взаємозв'язок з тяжкістю захворювання та ступенем дезадаптації (не дивлячись на різну важкість початку захворювання), на відміну від показників агресивності, які не мають зв'язку з клініко-анамнестичними параметрами.

Дезадаптивний тип відношення до хвороби (змішаний, сенситивний і дифузний) виникає при наявності вогнищ демієлінізації, в тому числі у мозолистому тілі. При дослідженні за методикою ТОБОЛ (типу відношення до хвороби), серед хворих на РС переважають дезадаптивні типи відношення до хвороби (66%). При цьому у цієї групи пацієнтів виявляються найбільші емоційно-особистісні порушення. У 78% досліджених виявляються дисоціації інтрацептивних порушень між зображеними на малюнку і наданих вербально.

Підвищення профілю ММРІ спостерігаються у хворих при порушенні балансу усвідомлюваної та неусвідомлюваної оцінки інтрацептивного відчуття. Спостерігається підвищення 1



(іпохондрії), 2 (депресії), 3 (істерії), 7 (тривожності) та 8 (аутичності) шкал ММРІ. При відсутності вогнищ – домінують адаптивні типи відношення до захворювання і спостерігається незначне підвищення шкал ММРІ, що відбиває роль та значення асоціативних міжпівкульних зв'язків у формуванні внутрішньої картини хвороби.

Висновки

Таким чином, внутрішня картина хвороби у хворих на розсіяний склероз обумовлена когнітивними, мнестичними та емоційними розладами. При цьому переважають загальна втомлюваність, депресивні та тривожні порушення, підвищення неусвідомлюваної агресії, зниження короткочасної пам'яті, в той час як відчуття страху та усвідомлювана агресія не є характерними. Переважає дезадаптивний тип відношення до хвороби, який корелює з величиною і кількістю вогнищ демієлінізації у головному мозку.