

Секция «Клиническая психология, психосоматика и психология телесности»

**Особенности динамики внутренней картины болезни у пациентов с
аффективными расстройствами**

Научный руководитель – Осипова Наталья Владимировна

Мухомтов Игорь Владимирович

Студент (специалист)

Северо-Кавказский федеральный университет, Ставрополь, Россия

E-mail: adam_kesher999@mail.ru

Установлено, что 6,3 % больных маниакально-депрессивным психозом не госпитализируются вообще, а 30,2 % — только 1 раз в жизни. Больные аффективным психозом составляют до 5 % всех госпитализированных больных, но доля аффективных психозов среди психотических расстройств постепенно увеличивается [3].

Существует некоторое сходство определений инсайта и внутренней картины болезни. Если термин «внутренняя картина болезни» отражает восприятие больным своей болезни вне контекста соответствия суждений медико-социальным представлениям, то инсайт — это соответствие внутренней картины болезни представлениям медицинских специалистов [7].

Несмотря на значимость психологического изучения особенностей осознания своего заболевания у лиц с аффективными расстройствами, число таких исследований невелико. Отдельные сведения о характере отношения к своему заболеванию больных с маниакально-депрессивным психозом (МДП) и циклотимией имеются по данным Ю. В. Каннабих Ю, Т.Ф. Пападопулос и др [2, 4].

В исследовании С. Севи пациентов с шизофренией выявлено, что “дефицит” критики таких больных заметно превышает данный показатель у пациентов с шизоаффективными расстройствами, и это привело к предположению о положительном влиянии сохранности аффекта на уровень критики. [6].

М. Вейлер и соавторы определили, что дефицит критики, наблюдаемый при биполярном расстройстве, играл роль доминирующего фактора в усилении симптомов заболевания [1].

Другие данные (Перальта В., Куэста М. Ю., 1998) свидетельствуют о том, что критика к своему состоянию наблюдается чаще у депрессивных пациентов, чем у маниакальных [5].

Гипотезой исследования явилось предположение о том, что динамика ВКБ у больных с аффективными расстройствами различна в зависимости от нозологической принадлежности.

Предмет исследования - динамика внутренней картины болезни у лиц с аффективными расстройствами

Объект исследования - внутренняя картина болезни у лиц с аффективными расстройствами

Диагностическое исследование направленное на изучение особенностей динамики ВКБ у пациентов с аффективными расстройствами проводилось на базе ГБУЗ «СККПБ №1», среди пациентов с аффективными расстройствами. Возраст испытуемых: от 28 до 60 лет. В соответствии с целями, задачами и гипотезой исследования нами были применены следующие методики: Методика исследования самооценки Дембо Т. в модификации Тхостова А.Ш.; Способ диагностики нарушений системы эмоционально-когнитивной оценки телесных ощущений (В. Н. Григорьева, А. Ш. Тхостов и соавторы); Шкала общей самоэффективности (Шварцер Р., Ерусалем М. в адаптации Ромека В. Г); Методика тип отношения к болезни (ТОБОЛ); Опросник уровень субъективного контроля.

В качестве метода статистической обработки результатов данного исследования был выбран U-критерий Манна-Уитни.

Для анализа полученных результатов, в соответствии с задачами и гипотезой исследования мы разделили выборку испытуемых на 3 группы: в первую вошли пациенты с расстройствами депрессивного спектра: депрессивными эпизодами, тревожными расстройствами, дистимией, рекуррентным депрессивным расстройством, во вторую - пациенты с расстройствами маниакального спектра: маниакальным эпизодом, гипоманией, эмоционально-неустойчивым расстройством личности и в третью - пациенты с биполярным аффективным расстройством, циклотимией.

Результаты исследования

Анализ результатов полученных по методике исследования самооценки выявил, что практически все испытуемые первой группы (депрессии, тревожные расстройства) осознают наличие у себя психического заболевания, критично относятся к своему состоянию, а также стремятся к выздоровлению.

Испытуемые второй группы (эмоционально-неустойчивым расстройством личности, маниакальные расстройства) чаще отрицают наличие у себя заболевания, чем осознают или считают его последствия для себя малозначительными. Считают, что их уровень счастья, характер и умственные способности остались на прежнем уровне. Один испытуемый вовсе не выполнил вторую часть инструкции, где необходимо оценить уровень своих качеств до начала болезни, так как не понял, о каком заболевании идёт речь.

У испытуемых третьей группы (биполярное расстройство) осознание своей болезни присутствует незначительно больше, чем в половине случаев. Критика к своему состоянию у испытуемых третьей группы отсутствует преимущественно в случаях первого психического эпизода, поэтому статистически значимых различий с двумя другими группами выявлено не было.

На втором этапе проведения данной методики, спустя семь дней, испытуемым чьё осознание своей болезни было снижено, либо отсутствовало на первом этапе, была предъявлена та же инструкция.

Среди испытуемых второй группы на втором этапе проведения данной методики у двоих испытуемых динамика осознания психического заболевания была положительной, остальные по-прежнему неадекватно относились к ситуации болезни, её симптомам, отрицали социальную дезадаптацию.

Среди испытуемых третьей группы все, кто ранее не критично относился к своему состоянию, на втором этапе демонстрировали положительную динамику осознания болезни. Значимые различия были выявлены только между первой и третьей группой.

Также были выявлены и другие результаты: для испытуемых с расстройствами депрессивного спектра характерен экстернальный тип личности и относительно низкий уровень самоэффективности, а также характерно отсутствие уверенности в своих действиях и поступках, свойственны меланхолический и сенситивный типы отношения к болезни; испытуемым с расстройствами маниакального спектра наоборот свойственен интернальный тип личности и высокий уровень самоэффективности, эргопатический и анозогнозический типы отношения к болезни.

Источники и литература

- 1) Вейлер А. М., и соавт. Инсайт и изменение симптомов при шизофрении и других расстройствах. Шизофр. РЭС, 2000.
- 2) Каннабих Ю.В. Циклотимия (cyclothymia), ее симптоматология и течение. М., 1914.
- 3) Киселев А. С. Закономерности начала, течения и исходов основных психических заболеваний: (Стат. исслед.) / А. С. Киселев, З. Г. Сочнева. - Рига : Зинатне, 1988.

- 4) Пападопулос Т.Ф., Шахматова-Павлова И. В. Маниакально-депрессивный психоз: Руководство по психиатрии под ред. А.В.Снежневского. М.:Медицина, 1983.
- 5) Перальта В., Куэста М. Ю. Отсутствие понимания при расстройствах настроения. Об аффект. расстройствах 1998.
- 6) Севи С., Нэйтансон К. Связь между инсайтом и симптомом шизофрении. Ж. Психиатрия, 2004.
- 7) Тхостов А.Ш., Морозова М.М., Иржевская В.В. Эволюция взглядов на феномен осознания собственной болезни (инсайт) // Проблемы современной клинической психологии, факультет психологии МГУ имени М.В Ломоносова, М, 2007.