

УДК 159.9:159.96

DOI <https://doi.org/10.30970/PS.2021.11.24>

## ВНУТРІШНЯ КАРТИНА ХВОРОБИ І ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ ІЗ ПСИХОГЕННИМИ ДЕПРЕСІЯМИ НЕВРОТИЧНОГО РІВНЯ

Надія Терлецька

*Львівський медичний фаховий коледж післядипломної освіти,  
бул. Липинського, 54, м. Львів, Україна, 79024  
e-mail: nadin.terletska@gmail.com*

У статті розглянуто психологічні механізми впливу хвороби на особистість та її благополуччя. Подано аналіз досліджень із вивчення особливостей якості життя, розглянутих через призму системи ставлення до хвороби за наявності психогенної депресії. Проаналізовано кореляційні зв'язки та зроблено висновки, що характеризують хворих із психогенними депресіями невротичного рівня.

Отримано кореляційні зв'язки, що характеризують хворих із психогенними депресіями невротичного рівня (високий рівень депресії пов'язаний із наявністю невротичних розладів, іпохондричних розладів, соматичними порушеннями, сексуальними розладами, а також з астеничним ставленням до захворювання й небажанням займатися своєю професійною діяльністю (негативна кореляція ергопатичних відносин)). Найбільша кількість кореляційних зв'язків має іпохондричний тип ставлення до хвороби, що говорить про його центральне місце в системі ставлення до захворювання (незважаючи на середньостатистичне сенситивне ставлення), що виконує системоутворювальну інтегративну функцію. У структурі якості життя високий рівень психічного здоров'я, зокрема настрою, пов'язаний із високими показниками загальної життєздатності.

Представлені результати можна використовувати в психотерапії, застосовуючи як мішень для інтервенцій таку особливість депресивних хворих психогенного рівня, як іпохондричність, що є системоутворювальним фактором у структурі ставлення депресивної особистості до хвороби (у поєднанні з високим рівнем сенситивності). Корекція емоційного стану має сприяти збільшенню питомої ваги гармонійного типу ставлення до захворювання в загальній системі відносин особистості, завдяки чому невротичний симптомокомплекс буде нівельований, тобто афективний стан покращиться, що в тимчасовому аспекті позначиться на поліпшенні якості життя.

*Ключові слова:* внутрішня картина хвороби, якість життя, психогенні депресії, невротичні розлади, пацієнти.

**Актуальність дослідження.** Охорона психічного здоров'я людей, створення найбільш сприятливих умов для розвитку особистості є важливими завданнями медицини і психології. Серед порушень психічного здоров'я особливе місце займають нервово-психічні розлади і явища дезадаптації. За даними останніх епідеміологічних досліджень, у 2–3% дітей і підлітків наявні серйозні психічні захворювання, у 8–10% – емоційні розлади, у 22% – ознаки соціальної дезадаптації без виражених загальноневротичних порушень. Кількість випадків нервово-психічних розладів збільшується в препубертатному і ранньому пубертатному періоді.

Труднощі розмежування граничних нервово-психічних розладів, невротичних реакцій, неврозосхожих порушень і системних нервово-психічних розладів ускладнюють проблему виявлення людей групи ризику і надання їм своєчасної допомоги. Особи з такими рисами характеру, як відлюдкуватість, тривожність, боязкість, нерішучість, надумливість, як правило, не привертають уваги, вважаються благополучними. Вони

рідко звертаються до медичних установ по допомогу у випадках доклінічних форм нервово-психічних порушень.

Питання виявлення контингенту людей, підвищено вразливого щодо розвитку невротичних розладів, а також проведення психопрофілактичних і психокорекційних заходів могла б узяти на себе психологічна служба. Але недостатнє науково-методичне забезпечення, брак простих експресметодів скринінгової діагностики та обґрунтованих програм психологічної корекції преневротичних станів у людей і молодших підлітків гальмує цю важливу діяльність. У роботах А.І. Захарова, В.І. Гарбузова, Л.С. Співаковської пропонуються методи сімейної психотерапії і психокорекції невротизів і преневротичних станів у дітей і підлітків. Однак можливості такої роботи в умовах шкільної психологічної служби досить обмежені.

Крім соціальних та біологічних детермінант виникнення та розвитку невротичних розладів у формуванні стійких дезадаптивних поведінкових стереотипів, пов'язаних із ризиком розвитку невротичних розладів у людей та підлітків, велике значення мають психологічні фактори. В останні роки в західній когнітивно-поведінковій психотерапії (А. Beck, G. Emery, A. Ellis, Ph. Kendall та ін.) пропонують методи лікування, профілактики і корекції тривожних розладів, які базуються на уявленнях про важливу роль особливостей сприйняття, переробки та структурування інформації в їх походженні. Більшість цих досліджень спрямовано на роботу з дорослими, але в деяких літературних джерелах наводяться дані, які свідчать про ефективність когнітивно-поведінкових методів під час корекції тривожних розладів у дітей та підлітків (Ph. Kendall, Prins, Francis, S. Deal). У вітчизняній науці такі дослідження не проводились.

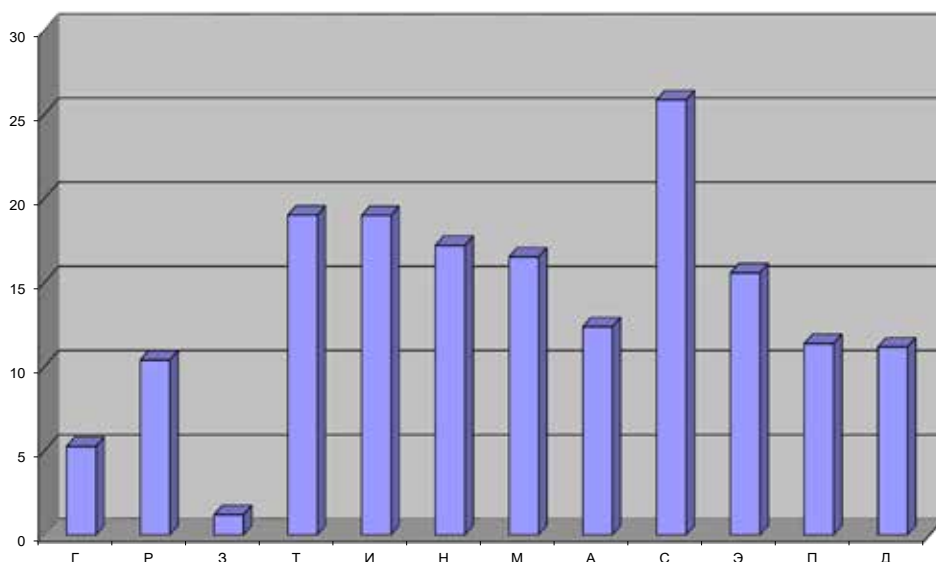
**Виклад основного матеріалу.** Різні стресові подразники викликають у людини безліч пристосувальних реакцій. У випадках надмірно сильного стресу або довгострокового подразника середньої сили фруструвальні життєво важливі потреби людини викликають відповідні реакції, патологічним виявом яких є депресивні розлади (як правило, це психогенні депресії невротичного рівня) [3; 8]. Якість життя такого пацієнта змінюється (порівняно з дохворобним рівнем), адже якість життя – це сукупність переживань і відносин людини, орієнтованих на осмислення існування, цінності здоров'я й можливості особистості встановлювати зв'язки із зовнішнім світом відповідно до своїх потреб й індивідуальних можливостей (зокрема, в умовах хвороби) [1]. Психологічні механізми впливу хвороби на особистість і її благополуччя повинні розглядатися у зв'язку зі зміною всього ядра особистості – системи відносин загалом, зумовлених суб'єктивним змістом хвороби як події в житті [2]. Специфічність депресивного розладу складається зі зміни емоційного тла й когнітивних процесів, тому природно, що сприйняття пацієнтом свого життя, оточення й особистості мінятиметься відповідно до значущості патології, наявної в преморбіді й такої, що реактивно виникає. Тому зниження якості життя депресивних хворих є маркером таких розладів. Депресія впливає на якість життя й адаптаційні можливості пацієнта [5]. Частка хворих, у яких депресія порушує звичний спосіб життя, коливається залежно від ступеня важкості афективного розладу й зростає від 18,1% (при стертих формах депресій) до 52,3% (при чітко виражених формах депресій) [6]. Мета дослідження – вивчити особливості якості життя, розглянуті через призму системи ставлення до хвороби в межах невротичної симптоматики за умов психогенних депресій. Внутрішня картина хвороби (далі – ВКХ) формується для захисту перед стресом, який викликають хворобливі переживання. Процес формування ВКХ пов'язаний з усією системою відносин особистості, тому наявні невротичні схильності й розлади, що є внутрішнім конфліктом, моделювально діють на всю систему. У разі депресивних реакцій на різні стреси ставлення до власних тяжких переживань суперечить захисним тенденціям, що підсилює патогенність цієї ситуації для особистості, знижуючи її адаптивні можливості й погіршуючи якість життя. Отже,

з огляду на вищесказане, комплексний біопсихосоціальний підхід, спрямований на вивчення клінічних виявів, психологічних особливостей, параметрів соціального оточення і якості життя як інтегрувального принципу хворих депресіями, є найбільш перспективним.

Ми обстежили 47 пацієнтів (8 чоловіків і 39 жінок) Клініки неврозів імені академіка І.П. Павлова, середній вік яких – 35 років; депресивні реакції в них виникли під тривалим впливом стресової ситуації з характерними для цієї групи пригніченістю, песимістичністю, астеничними й іпохондричними виявами (сумарний бал за опитувальником депресивності Бека – 11–25, за опитувальником Зунга – 50–60). Згідно з діагностичними критеріями МКХ-10 [4] досліджені пацієнти відповідали таким нозологічними категоріям: F43.20 – пролонговані депресивні реакції (23 особи), F34.1 – хронічні депресивні стани тривалістю більше двох років (8 осіб), F41.2 – змішаний тривожно-депресивний розлад (6 осіб), F32.0 – короточасна депресивна реакція легкого ступеня виразності (10 осіб).

Використовувалися клініко-анамнестичні дані, експериментально-психологічні методи (опитувальники депресивності Бека й Зунга, методика «Тобол», методика «ОНРСИ», методика «SF-36»), методи статистичної обробки даних (комп'ютерний пакет математичної обробки SPSS 11.5)

Проведене експериментально-психологічне вивчення психогенних депресій дозволило визначити структуру ставлень до хвороби, зокрема до наявного афективного розладу (див. рис. 1). У дослідженні використана методика «ТОБОЛ». Переважальним типом ставлення до хвороби в депресивних хворих є змішаний сенситивно-іпохондричний тип з елементами тривожного ставлення, що вказує на інтропсихічну спрямованість особистісного реагування на хворобу. Деадаптивне поведіння виявляється в афективній сфері, порушення якої є необхідним елементом у депресивному симптомокомплексі.



**Рис. 1. Відношення до хвороби при психогенній депресії**

Г – гармонійний тип ставлення, Р – ергопатичний, З – анозогнозичний, Т – тривожний, И – іпохондричний, Н – неврастенічний, М – меланхолійний, А – астеничний, С – сенситивний, Э – езопів, П – паранояльний, Д – дисфоричний.

Метою дослідження є взаємовплив ставлення до хвороби й параметрів якості життя при психогенних депресіях. Ми використовували методику оцінки якості життя «Короткий загальний опитувальник оцінки статусу здоров'я», "The Medical Outcomes Study Short Form 36 Items Health Survey" (SF-36). SF-36 – один із найбільш використовуваних загальних опитувальників для оцінки якості життя, що дозволяє оцінити якість життя пацієнтів за такими критеріями, як фізична активність, роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності, болю, загального здоров'я, життєздатності, соціальна активність, роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності, психічного здоров'я (настрою) [9]. Отримані результати представлені в таблиці 1.

Таблиця 1

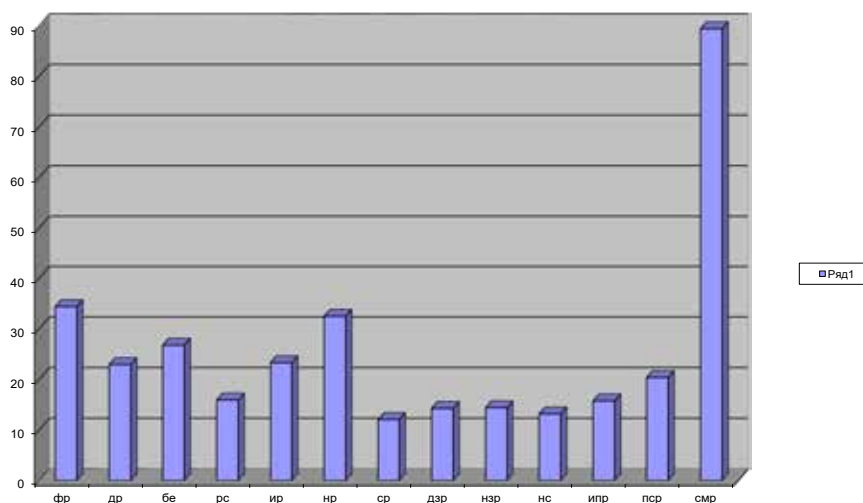
**Параметри якості життя у хворих із невротичними депресіями психогенного рівня**

Загальний стан здоров'я	Фізичне функціонування	Рольове функціонування (пов'язане з фізичним станом)	Рольове функціонування (пов'язане з емоційним станом)	Соціальне функціонування	Протистояння болісним переживанням	Життєздатність	Психічне здоров'я
45,13	70,22	24,44	38,51	47,78	54,71	29,00	34,22

Наявний симптомокомплекс пацієнтів із психогенною депресією невротичного рівня не перешкоджає фізичному функціонуванню, що здійснюється на досить високому рівні. Виконання рольових функцій, пов'язаних із соціальними контактами, професійною діяльністю й повсякденними обов'язками, здійснюється на низькому рівні, що зумовлено незадовільним фізичним станом (незважаючи на високий (за рахунок виконання звичних стереотипних дій, у яких не потрібно докладати значних зусиль) рівень фізичного функціонування), а також поганим емоційним станом, характерним для депресивних хворих. Проте інтерес до соціальних контактів зберігається й здійснюється на середньому рівні. Протистояння наявним симптомам дозволяє займатися повсякденною діяльністю з деякими обмеженнями. Узагальненням вищесказаного є показник шкали життєздатності (відчувати себе повним сил і енергії, здатним до задоволення наявних потреб у сформованих життєвих умовах, до стресостійкості), який у депресивних пацієнтів дуже низький. Психічне здоров'я сприймається як занижене, що говорить про критичність до важливості свого стану (можливо, з тенденцією до гіпернозогнозії).

У межах експериментально-психологічного обстеження поряд із іншими методиками використовувався багатопрофільний «Симптоматичний опитувальник невротичних розладів» (ОНР-СИ), розроблений на основі опитувальника «S» і «O» в Лабораторії клінічної психології імені В.М. Бехтерева (К.Р. Червінська, О.Ю. Щелкова, 2002) [7]. Опитувальник ОНР-СИ складається з 138 пунктів, що відбивають різноманітні невротичні скарги, які поєднуються в 13 невротичних і неврозоподібних симптомокомплексів, як-от тривожно-фобічні розлади, депресивні розлади, афективна напруженість, розлади сну, афективна лабільність, астеничні розлади, сексуальні розлади, дереалізаційно-деперсоналізаційні розлади, obsesivні розлади, порушення соціальних контактів, іпохондричні розлади й сомато-вегетативні розлади. Оцінка виразності кожного з цих порушень дозволяє скласти індивідуальний «профіль» неврозоподібної симптоматики. Особливий інтерес для нашого дослідження становить вивчення таких профілів із метою пошуку позанормових патологічних особистісних особливостей (зокрема, преморбідних), які є першочерговими для психогенезу невротичної депресії, а в деяких випадках – первинно патогенними. Отримані нами результати представлені на рис. 2.

Особистісні особливості депресивних пацієнтів у вигляді невротичних симптомів дозволяють говорити про такі розлади, як соматичні (і пов'язані з ними), фобічні, неврастенічні, різні занепокоєння. Найменш виявленими серед невротичних розладах, які мають місце, є сексуальні, а також порушення соціальних контактів.



**Рис. 2. Невротичні розлади при психогенних депресіях**

Фр – фобічні розлади, др – депресивні розлади, бе – занепокоєння, рс – розлади сну, ир – істеричні розлади, нр – неврастенічні розлади, ср – сексуальні розлади, дэр – дереалізаційні розлади, нэр – нав'язливості, нс – порушення соціальних контактів, ипр – іпохондричні розлади, пср – психастенічні розлади, смр – соматичні розлади.

Отримані експериментально-психологічні дані піддано кореляційному аналізу. Виявлено значущі кореляції між типами ставлення до захворювання, а саме: ергопатичне ставлення сполучається з гармонійним типом ( $r=0.48$ ;  $p<0,05$ ) і з іпохондричним ( $r=-0,45$ ;  $p<0,05$ ); меланхолійне ставлення корелює з іпохондричним ставленням до захворювання ( $r=0.65$ ;  $p<0,05$ ), з яким також пов'язане астеничне ( $r=0.50$ ;  $p<0,05$ ), найсильніший зв'язок астеничного ставлення з меланхолійним ( $r=0.86$ ;  $p<0,05$ ), егоцентричність у ставленні до хвороби також корелює з іпохондричним типом ( $r=0.47$ ;  $p<0,05$ ), дисфоричність у ставленні до хвороби пов'язана прямою кореляцією з неврастенічним ставленням ( $r=0.64$ ;  $p<0,05$ ). Також розраховані наявні внутрішньотестові кореляції за тестом «SF-36» (фізичний стан і емоційний стан сполучені разом у своєму впливі на рольове функціонування в різних життєво важливих сферах ( $r=0.58$ ;  $p<0,05$ )). Спостерігається сильний позитивний зв'язок між загальною життєздатністю й сприйняттям свого психічного стану, особливо у сфері емоційного життя ( $r=0.84$ ;  $p<0,05$ ). Інтерес становлять також внутрішньотестові кореляції невротичних симптомів (опитувальник ОНР-СИ): сексуальні розлади, як правило, пов'язані в депресивних хворих із загальним занепокоєнням ( $r=0.61$ ;  $p<0,05$ ), з яким також тісно пов'язані розлади за типом дереалізації ( $r=0.71$ ;  $p<0,05$ ) і різної нав'язливості ( $r=0.74$ ;  $p<0,05$ ), крім цих зв'язків, стан занепокоєння пов'язаний із соматичними розладами ( $r=0.79$ ;  $p<0,05$ ) та з труднощами у встановленні й підтримці соціальних контактів ( $r=0.69$ ;  $p<0,05$ ), на які також впливає

наявність психастенічної симптоматики ( $r=0.69$ ;  $p<0,05$ ). Іпохондричні вияви тісно пов'язані з фобічними розладами ( $r=0.80$ ;  $p<0,05$ ).

Розрахунок інтергестових кореляцій виявив існування взаємозв'язків між багатьма значеннями використаних шкал. Найбільший інтерес становить вивчення зв'язку показників за шкалами депресії з іншими тестами, оскільки ергопатичне ставлення до хвороби пов'язане із загальною депресивністю за Зунгом ( $r=-0.47$ ;  $p<0,05$ ), меланхолійне ж ставлення пов'язане позитивно ( $r=0.46$ ;  $p<0,05$ ), як і астеничне ( $r=0.46$ ;  $p<0,05$ ). Субшкала соматичних виявів депресії опитувальника Бека пов'язана з іпохондричним ставленням до захворювання ( $r=0.47$ ;  $p<0,05$ ), а також з астеничними виявами в структурі відносин ( $r=0.49$ ;  $p<0,05$ ). Є значущі кореляції станів занепокоєння з когнітивно-афективною субшкалою опитувальника Бека ( $r=0.54$ ;  $p<0,05$ ), із субшкалою соматичних виявів депресії ( $r=0.47$ ;  $p<0,05$ ) і загальним показником за шкалою Бека ( $r=0.56$ ;  $p<0,05$ ), а також із показником депресії за Зунгом ( $r=0.52$ ;  $p<0,05$ ). Неврастенічні розлади також виявляють тісний позитивний зв'язок зі шкалами, спрямованими на вивчення виразності депресивної симптоматики (кореляція із загальним показником за Беком –  $r=0.54$ ;  $p<0,05$ ). Є також зв'язок між виразністю депресії й розладами в сексуальній сфері ( $r=0.60$ ;  $p<0,05$ ), дереалізацією ( $r=0.54$ ;  $p<0,05$ ), іпохондричними розладами ( $r=0.48$ ;  $p<0,05$ ), соматичними порушеннями ( $r=0.63$ ;  $p<0,05$ ).

Шкали опитувальника «SF-36» також пов'язані з депресивними показниками: є зворотне співвідношення між виразністю депресії й рольовим функціонуванням, пов'язаним із фізичним станом ( $r=-0.4$ ;  $p<0,05$ ), загальна життєздатність також негативно пов'язана зі шкалами депресії ( $r=-0.55$ ;  $p<0,05$ ). Ергопатичність у ставленні до хвороби пов'язана з фізичним станом, що забезпечує рольове функціонування ( $r=0.47$ ;  $p<0,05$ ), яке негативно пов'язане з меланхолійним ставленням до захворювання ( $r=-0.45$ ;  $p<0,05$ ). Гармонічне ставлення пов'язане з рольовим функціонуванням в емоційних його виявах ( $r=0.50$ ;  $p<0,05$ ), яких між шкалами методики «Тобол» і ОНР-СИ не виявлено. Іпохондричні розлади негативно пов'язані зі шкалою обмежувального впливу болю (чим вищий рівень іпохондрії, тим болісніші подразники, здатні негативно впливати як на загальне функціонування, так і на високоспеціалізовану діяльність (зокрема, професійну)).

З аналізу отриманих кореляційних зв'язків можна зробити такі висновки, що характеризують хворих із психогенними депресіями невротичного рівня:

1) високий рівень депресії пов'язаний із наявністю невротичних розладів, іпохондричних розладів, соматичними порушеннями, сексуальними розладами, а також з астеничним ставленням до захворювання й небажанням займатися своєю професійною діяльністю (негативна кореляція ергопатичних відносин);

2) найбільша кількість кореляційних зв'язків має іпохондричний тип ставлення до хвороби, що говорить про його центральне місце в системі ставлень до захворювання (незважаючи на середньостатистичне сенситивне ставлення), що виконує системоутворювальну інтегративну функцію;

3) рівень депресивного розладу, який сполучається з меланхолійним типом ставлення до хвороби, негативно впливає на рольове функціонування, пов'язане з фізичним станом, що, безсумнівно, знижує якість життя;

4) когнітивне занепокоєння й породжуваний афективний стан, поєднує інші невротичні симптоми, що побічно може вказувати на його роль у патогенезі;

5) у структурі якості життя високий рівень психічного здоров'я, зокрема настрою, пов'язаний із високими показниками загальної життєздатності;

6) Чим менше пацієнт піддається патогенному впливу емоційного стану на рольове функціонування в життєво важливих сферах, тим більше виражений гармонійний тип ставлення до захворювання, тобто він має оцінку, адекватну дійсній значущості хвороби.

**Висновки.** Отримані результати можна використовувати для забезпечення прицільності психотерапії, використовуючи як мішені для інтервенцій таку особливість депресивних хворих психогенного рівня, як іпохондричність, що є системоутворювальним фактором у структурі відносин депресивної особистості до хвороби в поєднанні з високим рівнем сенситивності. Занепокоєння також відіграє важливу роль у загальній невротичній структурі особистості, психотерапевтична робота з яким може істотно знизити рівень депресивної симптоматики, а також зменшити виразність невротичних симптомів за рахунок дозволу внутрішніх конфліктів. Корекція емоційного стану має сприяти збільшенню значущості гармонійного типу ставлення до захворювання в загальній системі відносин особистості, завдяки чому невротичний симптомокомплекс буде нівельовано, а афективний стан покращиться, що в тимчасовому аспекті позначиться на поліпшенні якості життя.

### Список використаної літератури

1. Васерман Л.І., Громов С.А., Михайлів В.А., Линник С.Д., Флерова І.Л. Концепция реабилитации и качества жизни: преемственность и различие в современных подходах : сб. науч. трудов. Том 137. Санкт-Петербург, 2001.
2. Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. Психология отношений. Концепция В.Н. Мясищева и медицинская психология. Санкт-Петербург, 1999.
3. Лакосина Н.Д., Трунова М.М. Неврозы, невротичные развития личности. *Клиника и лечение*. Москва, 1994.
4. Попив Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. Москва, 1997.
5. Смулевич А.Б., Дубницкая О.Б., Тхостов А.Ш. Психопатология депрессий (к построению типологической модели). Депрессии и коморбидные расстройства. Москва, 1997.
6. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психогенных заболеваниях. Москва, 2003.
7. Червинская К.Р., Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика и инженерия знаний. Санкт-Петербург, 2002.
8. Beck A.T. Depression : Clinical, experimental, and theoretical aspects. New York : Hoeber, 1967. (Republished as Depression : Causes and Treatment. Philadelphia : University of Pennsylvania Press, 1972).
9. Ware J.E. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales : A User's Manual. Boston, 1994.

## INTERNAL PICTURE OF THE DISEASE AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH PSYCHOGENIC DEPRESSION OF NEUROTIC LEVEL

**Nadiya Terletska**

*Lviv Medical Professional College of Postgraduate Education,  
54, Lypynskoho str., Lviv, Ukraine, 79024  
e-mail: nadin.terletska@gmail.com*

The article examines the psychological mechanisms of the disease on the individual and his well-being. An analysis of research on the study of the quality of life, considered through the prism of the system of treatment of the disease in the presence of psychogenic depression. Correlation relationships have been analyzed and conclusions have been drawn that characterize patients with psychogenic depression of the neurotic level.

Correlations have been obtained that characterize patients with psychogenic depression of the neurotic level: high levels of depression are associated with the presence of neurotic disorders, hypochondriac disorders, somatic disorders, sexual disorders, as well as asthenic attitudes and unwillingness to engage in professional activities. correlation of ergopathic relations). The hypochondriac type of attitude to the dis-

ease has the largest number of correlations, which indicates its central place in the system of relations to the disease (despite the average more typical sensitive attitude), which performs a system-forming integrative function. In the structure of quality of life, a high level of mental health in general, and mood in particular, is associated with high overall viability.

The presented results can be used for psychotherapy, using as a target for interventions such a feature of depressed patients of psychogenic level as hypochondria, which is a system-forming factor in the structure of the depressed person's relationship to the disease, combined with high sensitivity. Correction of emotional state should increase the proportion of harmonious type of attitude to the disease in the general system of personality relations, so that the neurotic symptom complex will be significantly reduced, and therefore the affective state will improve, which will temporarily improve quality of life.

*Key words:* internal picture of disease, quality of life, psychogenic depression, neurotic disorders, patients.