



И.А. Сафонова<sup>1</sup>, И.Н. Хмарук<sup>2</sup>

## ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ КАК ФАКТОР УСПЕШНОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С АДЕНОМОЙ ГИПОФИЗА

*Ростовский государственный медицинский университет,*

*<sup>1</sup>кафедра неврологии и нейрохирургии ФПК и ППС,*

*<sup>2</sup>кафедра медицинской психологии и психотерапии ФПК и ППС*

*Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29. E-mail: safonovairinaalex@yandex.ru*

Цель: изучить восприятия больными, прооперированными по поводу аденомы гипофиза, своего заболевания и типов реагирования на болезнь, а также влияния типа внутренней картины болезни (ВКБ) на успешность лечебно-реабилитационного процесса.

Материалы и методы: обследовано 52 пациента (24 мужчины, 28 женщин) в возрасте от 32 до 46 лет (средний возраст –  $37,7 \pm 1,2$ ), прооперированных по поводу аденомы гипофиза. Использовались: анализ медицинской документации, интервьюирование, оценка состояния пациента с применением ряда оценочных шкал, психодиагностическая методика для определения типа отношения к болезни «ТОБОЛ».

Результаты. У больных выявлен высокий уровень нозогенных стрессовых реакций и значительное преобладание дезадаптивного отношения к болезни интрапсихической направленности (92,3%).

Вывод. Наличие у больных доминантного дезадаптивного типа ВКБ существенно снижает социально-психологическую адаптацию в послеоперационном периоде. В процессе формирования стратегии послеоперационной нейрореабилитации и в целях успешного восстановления психосоциального статуса больных с аденомами гипофиза необходимо учитывать характер дезадаптивных личностных реакций.

*Ключевые слова:* аденома гипофиза, нейрореабилитация, внутренняя картина болезни..

I.A. Safonova<sup>1</sup>, I.N. Khmaruk<sup>2</sup>

## INNER PICTURE OF THE DISEASE AS A FACTOR OF SUCCESSFUL POSTOPERATIVE NEUROREHABILITATION OF PATIENTS WITH PITUITARY ADENOMAS

*Rostov State Medical University,*

*<sup>1</sup>Department of Neurology and Neurosurgery The Faculty of Qualification Increase  
and Professional Retraining of Specialists,*

*<sup>2</sup>Department of Medical Psychology and Psychotherapy The Faculty of Qualification Increase & Professional  
Retraining of Specialists*

*29 Nakhichevanskiy st., Rostov-on-Don, 344022, Russia. E-mail: safonovairinaalex@yandex.ru*

Purpose: To study inner disease image (IDI) and type of disease perception of the operated patients with pituitary adenomas, the impact on the success of the IDI on neurorehabilitation process.

Materials and methods. The study sample consisted of 52 patients (28 females, 24 males) aged 32 to 46 years ( $37,7 \pm 1,2$  years old), operated on pituitary adenoma. The following methods were used: medical records analysis, clinical interview, «Method for psychological diagnostics of attitude towards disease».

Results. Most patients have high level of post-traumatic stress reactions caused by pituitary adenoma.

Summary. Patients have a dominant type of maladaptive IDI which significantly reduces the social and psychological adaptation in the postoperative period. In the formation of post-operative neurorehabilitation strategies for the successful recovery of psychosocial status in patients with pituitary adenomas is necessary to consider the nature of maladaptive personality reactions.

*Keywords:* pituitary adenomas, neurorehabilitation, inner picture of the disease.



## Введение

**Р**азработка и совершенствование системы комплексных нейрореабилитационных мероприятий, учитывающих индивидуально-личностные особенности нейроонкологических больных, является одной из актуальных задач современной неврологии и клинической психологии.

В настоящее время основными критериями эффективности лечения и реабилитации выступают традиционные медико-биологические параметры, однако они не отражают характера самочувствия пациента, успешности его функционирования в повседневной жизни и качества жизни в целом. В соответствии с одним из важнейших принципов реабилитации – личностным подходом – именно психическая адаптация является процессом, позволяющим поддерживать динамическое равновесие (гомеостаз) организма с внешней средой и устанавливать эффективные отношения с социальным окружением. С позиций современного комплексного нейрореабилитационного подхода больной уже не является пассивным объектом воздействия, а совместно с врачом участвует в лечебно-реабилитационном процессе как его активный субъект. Особенности личности больного и его позиция по отношению к своему заболеванию становятся важными факторами успешности его социально-психологической адаптации и реабилитации.

Субъективная оценка больным своего состояния лежит в основе внутренней картины болезни (ВКБ) – клинико-психологического феномена, представляющего собой особую форму психологической адаптации и ведущую подсистему регуляции поведения человека. Понятие внутренней картины болезни включает в себя «все то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, не только местных болезненных, но и его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, о ее причинах, – все то, что связано для больного с приходом его к врачу, весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущений, эмоций, аффектов, конфликтов, психологических переживаний и травм» (цит. по Р.А. Лурия, 1977) [1].

Субъективное переживание самого факта выявления нейроонкологического заболевания и последующее оперативное вмешательство относятся к числу чрезвычайных психотравмирующих стрессоров, в результате воздействия которых у большинства больных развивается посттравматический стресс различной степени выраженности [2]. Выявление формирующегося под его воздействием типа внутренней картины болезни позволяет оптимизировать стратегию нейрореабилитационных мероприятий за счет психотерапевтической коррекции дезадаптивных личностных реакций.

При описании клинической картины онкологических больных принято выделять два основных психологических варианта, отражающих полярные типы внутренней картины болезни, – гипернозогностический и гипонозогностический [3].

Первый вариант характеризуется высокой значимостью переживания телесного неблагополучия и убежденностью в невозможности самостоятельно справиться с болезнью. В клинической картине на первый план вы-

ходят тревожно-депрессивные и ипохондрические переживания, резко возрастает частота обращений за медицинской помощью, появляется стремление к активному использованию средств нетрадиционной медицины и неоправданному комбинированию препаратов. Второй тип – гипонозогностический – связан с обесцениванием и игнорированием симптомов соматического заболевания и наивной убежденностью в самопроизвольном «естественном» выздоровлении («и так все само пройдет»). Для таких больных характерна несвоевременность обращения за медицинской помощью, невыполнение врачебных рекомендаций и предписаний, отказ от курсовой терапии, грубое нарушение лечебного режима. Выраженные проявления как гипернозогностии, так и гипонозогностии, оказывают серьезное негативное влияние на эффективность всех этапов лечебно-диагностического процесса [3].

Цель исследования – изучение восприятия больными, прооперированными по поводу аденомы гипофиза, своего заболевания и типов реагирования на болезнь, а также влияния типа ВКБ на успешность лечебно-реабилитационного процесса.

## Материалы и методы

В исследовании приняли участие 52 пациента (24 мужчины и 28 женщин) в возрасте 32-46 лет (средний возраст  $37,7 \pm 1,2$ ), прооперированных по поводу аденомы гипофиза в нейрохирургических отделениях стационаров г. Ростова-на-Дону за период с 1 января 1988 по 31 декабря 2007 гг.

Критериями включения в исследование являлись: верифицированный диагноз, срок – не менее 36 месяцев после оперативного вмешательства, заверченный этап физиологически резервного функционального восстановления, отсутствие интенсивных нейрореабилитационных мероприятий в специализированных российских и зарубежных клиниках, отсутствие неврологической симптоматики, обусловленной другим актуальным заболеванием нервной системы, отсутствие тяжелой соматической патологии.

В рамках медико-психологического исследования использовали следующие методы и методики:

- неврологический осмотр пациента;
- анализ медицинской документации (история болезни, амбулаторная карта);
- полуструктурированное интервью, направленное на уточнение сведений о социально-психологической и трудовой адаптации, обстоятельствах жизни и болезни пациента;
- оценка состояния пациента с применением оценочных шкал (Нейроповеденческая Оценочная Шкала, Шкала Нарушений Жизнедеятельности Раппопорт, Индекс Бартела, Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии, Тест на Ориентацию и Амнезию Галвестон, Шкала исходов Глазго);
- анализ результатов дополнительных методов исследования, проводимых на момент осмотра (МРТ, СКТ, ЭЭГ, УЗИ экстракраниальных сосудов, гормональных спектр, биохимические показатели крови, консультации смежных специалистов).

Для субъективной оценки успешности/неуспешности адаптации пациентов в послеоперационном периоде



нами были использованы: методика диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда (СПА), методика для психологической диагностики типов отношения к болезни «ТОБОЛ» [4], Гиссенский опросник соматических жалоб [5]. Уровень когнитивно-мнестических функций у всех больных не выявил достоверных различий ( $p > 0,05$ ), что позволило включить группу указанной численности ( $n=52$ ) в данное исследование.

### Результаты исследования

При неврологическом обследовании был диагностирован определенный неврологический дефицит (Табл.1). При сравнении неврологического статуса пациентов в раннем послеоперационном периоде и на момент текущего осмотра был выявлен значительный регресс неврологической симптоматики за исследуемый период ( $p < 0,05$ ).

Таблица 1

#### Объективная неврологическая симптоматика, наблюдающаяся у прооперированных больных по поводу аденомы гипофиза, на момент первичного осмотра

Симптомы	Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
Односторонний амавроз	0	0,0	2	7,1	2	3,9
Амблиопия	6	25,0	3	10,7	9	17,3
Сочетание амавроза и амблиопии	2	8,3	6	21,4	8	15,4
Битемпоральная гемианопсия	0	0,0	1	3,6	1	1,9
Эндокринные нарушения	6	25,0	2	7,1	8	15,4
Поражение III п, ликворрея	1	4,2	0	0,0	1	1,9
Атрофия ЗН, трофические нарушения	1	4,2	4	14,3	5	9,6
Сочетание зрительных и эндокринных расстройств	8	33,3	10	35,7	18	34,6
Итого	24	100,0	28	100,0	52	100,0

Как видно из таблицы, у подавляющей части больных после оперативного вмешательства сохранились зрительные и эндокринные расстройства, у части больных они появлялись непосредственно после оперативного вмешательства и лучевой терапии [6]. Однако, несмотря на то, что большинство выявленных расстройств не имели значительной выраженности и не препятствовали их социально-бытовой и социально-трудовой (профессиональной) адаптации, все пациенты имели II (38 чел./73,1%) и III (14 чел./26,9%) группы инвалидности. Преобладающая часть больных (41 чел./78,8%) относилась к группе «нетрудоспособных» и «нуждающихся в посторонней помощи».

Обращал на себя внимание тот факт, что у исследуемой группы больных на момент осмотра объективные клинические проявления сопровождалось наличием значительно выраженной субъективной симптоматики (Табл.2). Практически все больные, как правило, жаловались на головные боли, головокружение, шум в голове и ушах, боли и неприятные ощущения в области сердца, нарушения сна, общую слабость, реже на двоение предметов, боли в конечностях, мышцах, суставах, у значительного количества больных наблюдались частые психовегетативные пароксизмы. В связи с чем в подавляющем большинстве случаев больные (50 чел./96,2%), выписанные после хирургического лечения, были вынуждены от-

казываться от активной трудовой деятельности или же изменять свою профессиональную принадлежность в соответствии с имеющимися возможностями, не являясь при этом глубоко инвалидизированными пациентами.

По нашим наблюдениям, существенное влияние на успешность послеоперационной адаптации и реабилитации пациентов оказывают их индивидуальные особенности отношения к болезни и переживаний, связанных с перенесенным серьезным оперативным вмешательством.

Для верификации системы отношений личности, связанных с заболеванием, в данном исследовании была использована методика «ТОБОЛ» [4], базирующаяся на классификации отношения к болезни А.Е. Личко и Н.Я. Иванова. Указанная тестовая процедура позволяет диагностировать ведущий тип реагирования пациента на болезнь и лечение: сенситивный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, эгоцентрический, паранойяльный, анозогнозический, дисфорический, эргопатический и гармоничный. Перечисленные 12 типов отношения объединены в 3 блока по двум критериям: первый – «адаптивность-дезадаптивность», который отражает влияние отношения к болезни на адаптацию личности больного, второй – «интерпсихическая-интрапсихическая направленность» дезадаптации.



Таблица 2

**Жалобы, предъявляемые больными, прооперированными по поводу аденомы гипофиза, на момент первичного осмотра**

Симптомы/жалобы	Кол-во жалоб (мужчины)	Кол-во жалоб (женщины)	Всего жалоб, предъявляемых больными	% жалоб от кол-ва обследуемых больных
Головная боль	18	22	40	76,9
Головокружение	2	16	18	34,6
Боли в области сердца	8	20	28	53,8
Шум в голове/ушах	6	1	7	13,5
Боли в конечностях	4	18	22	42,3
Нарушение сна	16	20	36	69,2
Приступы удушья (изолированные)	4	6	10	19,2
Приступы сердцебиения (изолированные)	6	4	10	19,2
Развернутые психовегетативные припадки (типичные и атипичные панические атаки)	6	18	24	46,2
Всего обследуемых	24	28	52	

Первый блок включает гармоничный, эргопатический и анозогностический типы отношения к болезни, при которых психическая и социальная адаптация существенно не нарушается. Во второй блок входят типы отношения к болезни, вызывающие психическую дезадаптацию, и, имеющие в основном интрапсихическую направленность реакций на болезнь (тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и апатический). В третьем блоке объединены типы отношения к болезни, которые также ведут к дезадаптации, но характеризуются

интерпсихической направленностью реагирования, то есть проявляются, прежде всего, в межличностном взаимодействии (сенситивный, эгоцентрический, дисфорический и паранойяльный типы отношения).

Применение методики «ТОБОЛ» позволило получить развернутую характеристику системы отношений личности пациентов, прооперированных по поводу аденомы гипофиза, и определить целостный тип реагирования на болезнь. Сводные результаты обследованных больных представлены в Таблице 3.

Таблица 3

**Особенности внутренней картины болезни пациентов, прооперированных по поводу аденомы гипофиза**

Тип отношения к болезни	Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
Гармоничный	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Эргопатический	3	12,5	1	3,6	4	7,7
Анозогностический	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Тревожный	2	8,3	5	17,9	7	13,5
Ипохондрический	5	20,8	4	14,3	9	17,3
Неврастенический	3	12,5	3	10,7	6	11,5
Меланхолический	1	4,2	1	3,6	2	3,9
Апатический	1	4,2	4	14,3	5	9,6
Сенситивный	3	12,5	2	7,1	5	9,6
Эгоцентрический	1	4,2	3	10,7	4	7,7
Паранойяльный	1	4,2	3	10,7	4	7,7
Дисфорический	4	16,6	2	7,1	6	11,5
Итого	24	100,0	28	100,0	52	100,0

Приведенные в таблице данные свидетельствуют о том, что для «типичного» больного, прооперированного по поводу аденомы гипофиза, характерно полное отсутствие гармонического (адекватного) и анозогностического типов ВКБ. Обращает на себя внимание минимальная выраженность (4 чел./7,7%) эргопатического варианта отношения

к болезни, ориентированного на преодоление болезни и выраженное стремление сохранить прежний уровень социальной активности.

Отчетливое доминирование эмоционально-насыщенных гипернозогностических вариантов реагирования на болезнь с преобладанием навязчивых опасений, раздражи-



тельной слабости, с пессимистической оценкой перспективы, имеющих в основном интрапсихическую направленность (т.е. причиняющих страдания самому больному) реакций на болезнь, выявлено у 29 человек (55,8% случаев). Среди указанных вариантов реагирования наибольший удельный вес принадлежит ипохондрическому типу ВКБ (9 чел./17,3%), что находит отражение в результатах Таблицы 2. В частности, именно для данного варианта реагирования характерна чрезмерная сосредоточенность пациентов на своих субъективных болезненных ощущениях. Такие больные жалуются окружающим на состояние своего здоровья, часто аггривируя собственные страдания в поисках внимательного и участливого к ним отношения. В связи с испытываемым страхом «упустить что-то очень важное» и значимое для правильного понимания их состояния такие пациенты описывают свое самочувствие с излишней детализацией. Замечания ближайшего окружения относительно преувеличения больным тяжести имеющегося заболевания, наличия рентных установок (цель которых – извлечение вторичной выгоды от болезни) и недоверия к жалобам, как правило, вызывают у них крайне негативную, агрессивно-протестную реакцию. Отличительной особенностью данного типа ВКБ является исключительно амбивалентное сочетание желания лечиться и неверие в успех лечения, требований скрупулезного обследования и одномоментной боязни вреда и болезненности процедур.

Непрерывное беспокойство и мнительность пациентов, уверенность в неблагоприятном течении болезни, возможных осложнениях характерно для диагностированного тревожного типа отношения к заболеванию. Указанный тип реагирования на болезнь и лечение был выявлен у 7 человек (13,5% случаев общей выборки). Типичными проявлениями тревоги данного типа пациентов был повышенный интерес к медицинской литературе в связи с поиском дополнительной информации, объективных данных о болезни, о новых способах лечения. Вместе с тем такие больные часто резко критически высказываются в адрес медицинского персонала, стремятся к перепроверке получаемых от врачей сведений о болезни, так как крайне беспокоятся, что в связи с болезнью изменится их привычный образ жизни и деятельности.

Более того, в обследованной группе больных выявлено преобладание неврастенического типа реагирования. Такие больные численностью 6 человек (11,5% случаев) в своих высказываниях отмечали субъективную непереносимость болевых ощущений, нетерпеливость и несдержанность в отношении своего состояния. Поведение представителей такого типа ВКБ реализуется по типу «раздражительной слабости» со вспышками вербальной агрессии, гнева в ответ на неприятные ощущения и/или боль, на необходи-

мость обследования и рекомендованных процедур. Часто такие реакции по типу смещенной агрессии «изливаются» на ближайшее окружение. В последующем из-за чувства вины и наступающего раскаяния больные часто начинают реализовывать стратегии извинительного поведения.

Последним наиболее выраженным типом ВКБ для обследованной нами группы больных, прооперированных по поводу аденомы гипофиза, оказался дисфорический тип (6 чел./11,5%). Данный вариант личностного реагирования, как и предыдущий тревожный тип, ведет к дезадаптации, но характеризуется, прежде всего, интерпсихической направленностью. Это пациенты с тяжелым угрюмым внешним видом, с постоянным мрачно-озлобленным настроением, с завистью и неприязненным отношением к здоровым людям. Качественными характеристиками представителя данного типа являются: вспышки озлобленности по отношению к окружающим, склонность обвинять других (особенно близких) в своей болезни и ее последствиях. Такие пациенты болезненно требовательны, с подозрением и недоверием относятся и к процедурам, и к лечению, ожидая от медперсонала и от жизни очередного подвоха. Очень часто такие больные в семейном окружении превращаются в домашних деспотов.

### Заключение

Проведенное исследование больных, прооперированных по поводу аденомы гипофиза, позволяет констатировать высокий уровень нозогенных стрессовых реакций, во многом объясняемой длящейся психотравмирующей ситуацией нейроонкологического заболевания. Выявленные варианты внутренней картины болезни «типичного» представителя данной когорты больных свидетельствуют о значительном преобладании дезадаптивного отношения к болезни и лечению (48 чел./92,3% в противоположность адаптивному, а именно эргопатическому – 4 чел./7,7%) преимущественно интрапсихической направленности ( $p < 0,05$ ). Диагностированное доминирование дезадаптивных типов ВКБ существенно снижает эффективность и препятствует успешности послеоперационной нейрореабилитации больных.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о необходимости обязательного включения комплекса психолого-психотерапевтических мероприятий для коррекции дезадаптивных личностных реакций и качественной перестройки системы личностных отношений в целях максимально полного восстановления физического, психологического и социального статуса больных с аденомой гипофиза.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Лурия, Р.А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания [Текст] / Р.А. Лурия. – 4-е изд. – М.: Медицина, 1977. – 112 с.
2. Курчакова, М.С. Психологическая защита и онкология – психофизиологический подход [Текст] / М.С. Курчакова, Н.В. Тарабрина // Сб. тезисов I Международного конгресса «Психосоматическая медицина 2006». – СПб., 2006. – С.121.
3. Андрющенко, А.В. Основные принципы реабилитации онкологических больных [Текст] / А.В. Андрющенко // Материалы VI Всероссийского съезда онкологов (11-13 октября) – М., 2005. – С. 39–40.
4. Вассерман, Л.И. Психологическая диагностика отношения к болезни [Текст]: Пособие для врачей / Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова. – СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. – 32 с.
5. Абабков В.А., Бабин С.М., Исурина Г.Л. и соавт. Применение Гиссенского опросника соматических жалоб в клинике пограничных нервно-психических и психосоматических расстройств: Методическое пособие. СПб.: Психоневрол. ин-т, 1993. – 24 с.
6. Jane, J.A. Surgical Management of Pituitary Adenomas [Text] / J.A. Jane, E.R. Laws // Singapore Med J. – Vol 43(6). – 2002. – P. 318-323.