

УДК: 616.895.4-02:616.1]-071

## КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ З РІЗНИМИ ТИПАМИ ІПОХОНДРИЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ



І. С. Дьома



В. Л. Підлубний

© Дьома Інна Станіславівна (Україна) – ст. лаборант кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету, пр. Маяковського, 26, м. Запоріжжя, 69035; e-mail: innadema@gmail.com; ORCID: 0000-0003-1230-8443.

© Inna Dema (Ukraine) – senior laboratory assistant of the Department of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology of Zaporizhzhia State Medical University, 26 Mayakovsky avenue, Zaporizhzhia, 69035; e-mail: innadema@gmail.com; ORCID: 0000-0003-1230-8443.

© Дьома Інна Станіславівна (Україна) – ст. лаборант кафедри психіатрії, психотерапії, общей и медицинской психологии, наркологии и сексологии Запорожского государственного медицинского университета, пр. Маяковського, 26, г. Запорожье, 69035; e-mail: innadema@gmail.com; ORCID: 0000-0003-1230-8443.

© Підлубний Віталій Леонідович (Україна) – д.м.н. доцент кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету, пр. Маяковського, 26, м. Запоріжжя, 69035; e-mail: pvl5473@gmail.com; ORCID: 0000-0001-9371-9855.

© Vitaliy Pidlubnyy (Ukraine) – MD, PhD in Medicine (doctor of medical sciences); Associate Professor of the Department of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology of Zaporizhzhia State Medical University, 26 Mayakovsky avenue, Zaporizhzhia, 69035; e-mail: pvl5473@gmail.com; ORCID: 0000-0001-9371-9855.

© Подлубный Виталий Леонидович (Україна) – д.м.н. доцент кафедри психіатрії, психотерапії, общей и медицинской психологии, наркологии и сексологии Запорожского государственного медицинского университета, пр. Маяковського, 26, г. Запорожье, 69035; e-mail: pvl5473@gmail.com; ORCID: 0000-0001-9371-9855.

№ 9, 2018, стор. 78–81

### CLINICAL AND ANAMNEST FEATURES OF PATIENTS WITH SERIOUS DISEASES WITH DIFFERENT TYPES OF IPOCHONDRIC SYMPTOMATICS

#### Abstract.

In order to establish a link between clinical and anamnestic factors and types of hypochondriacal disorders in patients with cardiac pathology who had cardiovascular accidents, 100 patients of the cardiology department were examined. The nosological qualification of the examined patients was based on the presence of cardiovascular pathology (hypertension, coronary heart disease, atherosclerosis) with “vascular catastrophes” (myocardial infarction, pulmonary thromboembolism) and manifestations of hypochondria symptomatology. When carrying out the work, the following research methods were used: - clinical and anamnestic (for studying the history of life and illness, for the reconstruction and analysis of the psychopathogenesis of hypochondriacal symptomatology); - clinical and psychopathological (for identification of psychopathological characteristics of hypochondria symptoms at the clinical level and for analyzing the characteristics of the course of psychopathological disorders); - psychodiagnostic (to establish the levels and structure of the manifestations of hypochondria symptoms in the study cohort, as well as to determine the pathopersonological characteristics of patients, the characteristics of the internal picture of the disease, the spectrum of reactions to psychogenic factors in the structure of the disease). The study participants were examined using the original questionnaire, which, according to the registered manifestations, allowed us to determine 2 principal types of hypochondria - primary and secondary. According to the results of the study, it was found that among patients with primary hypochondria there is a significantly greater experience of visual observation of acute cardiogenic conditions or their consequences; It also notes a high frequency of diagnostics of cardiovascular diseases in direct connection with cardiogenic catastrophes. At the same time, patients with secondary hypochondria often have a rich life experience with diagnosed cardiovascular pathology and a high incidence of pressure from family members who have hypochondriacal ideas (initiate examination of the patient and limit his physical activity).

#### Key words:

hypochondria, medical psychology, hypertension, coronary heart disease, stroke.

### КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ С РАЗНЫМИ ТИПАМИ ИПОХОНДРИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ

#### Аннотация.

С целью установления связи между клинико-анамнестическими факторами и типами ипохондрических нарушений у больных с кардиологической патологией, перенесших кардиоваскулярные заболевания, было обследовано 100 больных кардиологического отделения. Нозологический ценз обследованных основывался на наличии у них кардиоваскулярной патологии (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, атеросклероз) с перенесенными «сосудистыми заболеваниями» (инфаркт миокарда, тромбоз легочной артерии) и проявлениями ипохондрической симптоматики. Использовались следующие

методы исследования: клиничко-анамнестический (для изучения истории жизни и болезни, для реконструкции и анализа психопатогенеза ипохондрической симптоматики); клиничко-психопатологический (для идентификации психопатологических характеристик ипохондрической симптоматики на клиническом уровне и для анализа особенностей течения психопатологических нарушений); психодиагностические (для установления уровней и структуры проявлений ипохондрической симптоматики среди контингента исследования, а также для определения их патоперсоналогических характеристик, особенностей внутренней картины болезни, спектра реакций на психогенные факторы в структуре заболевания). Участники исследования были обследованы с использованием оригинального опросника, что согласно с зарегистрированными проявлениями позволило определить 2 принципиальных типа ипохондрии – первичную и вторичную. По результатам исследования выявлено, что среди пациентов с первичной ипохондрией имеется достоверно больший опыт наглядного наблюдения острых кардиогенносинкопальных состояний или их последствий; также отмечается большая частота диагностики сердечно-сосудистых заболеваний в непосредственной связи с кардиогенными заболеваниями. В то же время больные с вторичной ипохондрией чаще имеют богатый опыт жизни с диагностированной сердечно-сосудистой патологией и высокую частоту проявлений давления со стороны членов семьи, имеющих ипохондрические представления (инициируют обследование больного и лимитируют его физическую активность).

**Ключевые слова:** ипохондрия, медицинская психология, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, инсульт.

### КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ З РІЗНИМИ ТИПАМИ ІПОХОНДРИЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ

#### Анотація.

З метою встановлення зв'язку між клініко-анамнестичними факторами і типами іпохондричних порушень у хворих з кардіологічною патологією, які перенесли кардіоваскулярні захворювання, було обстежено 100 хворих кардіологічного відділення. Нозологічний ценз обстежених ґрунтувався на наявності у них кардіоваскулярної патології (гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, атеросклероз) з перенесеними «судинними захворюваннями» (інфаркт міокарда, тромбоемболія легеневої артерії) і проявами іпохондричної симптоматики. Використовувалися наступні методи дослідження: клініко-анамнестичні (для вивчення історії життя та хвороби, для реконструкції та аналізу психопатогенезу іпохондричної симптоматики); клініко-психопатологічний (для ідентифікації психопатологічних характеристик іпохондричної симптоматики на клінічному рівні і для аналізу особливостей перебігу психопатологічних порушень); психодіагностичні (для встановлення рівнів і структури проявів іпохондричної симптоматики серед контингенту дослідження, а також для визначення їхніх патоперсоналогічних характеристик, особливостей внутрішньої картини хвороби, спектра реакцій на психогенні чинники в структурі захворювання). Учасники дослідження були обстежені з використанням оригінального опитувальника, що згідно із зареєстрованими проявами дозволило визначити 2 основні типи іпохондрії – первинну і вторинну. За результатами дослідження виявлено, що серед пацієнтів з первинною тугою є достовірно більший досвід наочного спостереження гострих кардіогенносинкопальних станів або їх наслідків; також відзначається велика частота діагностики серцево-судинних захворювань в безпосередньому зв'язку з кардіогенною патологією. У той же час хворі з вторинною тугою частіше мають багатий досвід життя з діагностованою серцево-судинною патологією і високу частоту проявів тиску з боку членів сім'ї, що мають іпохондричні уявлення (ініціюють обстеження хворого і лімітують його фізичну активність).

**Ключові слова:** іпохондрія, медична психологія, гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, інсульт.

#### Вступ

Іпохондрична симптоматика є однією з найрозповсюдженіших форм психопатологічних порушень у хворих, які перенесли кардіоваскулярні катастрофи (КвК). Не зважаючи на те, що даний тип симптоматики не відіграє істотної ролі у формуванні вітального прогнозу, іпохондрія має вирішальне значення у становленні рівня якості життя хворих після виходу з гострого стану [1–3]. Так, іпохондрична симптоматика призводить до формування кластеру вторинних невротичних феноменів (фобічних, тривожних та психосоціальних розладів), що у кінцевому підсумку драматично лімітує соціальну активність та ефективність допінгу [4; 5]. Наразі патопсихологічне уявлення щодо механізмів розвитку іпохондрії та її співвідношення з соматичною патологією не є розвинутим та, згідно з тенденціями дисциплінарної методології психіатрії та клінічної психології (нозодисолюції та синдромоцентризму), не

є істотним [6; 7]. Це призводить до того, що пацієнти з іпохондричними розладами опиняються поза увагою психіатрів та медичних психологів.

В силу особливостей організації медичної допомоги систематично ігнорується необхідність психологічної корекції даної категорії пацієнтів. Це зумовлено припущенням, що нібито розвиток іпохондричної симптоматики на тлі соматичного захворювання є реактивним станом, який спонтанно купується при нівелюванні основної патології. Такий підхід призводить до втрати контролю за базовими аспектами реабілітації хворих, що перенесли КвК, – соціальною активністю та загальною якістю життя [8–10].

#### Мета дослідження

Метою дослідження є встановлення зв'язку клініко-анамнестичних факторів та типів іпохондричних порушень у хворих на кардіологічну патологію, які перенесли КвК.

Таблиця 1

Атрибути первинної та вторинної іпохондричної симптоматики

Атрибут	Г1 (n=48)	Г2 (n=52)
<b>Зв'язок із фізичними симптомами</b>	початок прояву іпохондричних уявлень у безпосередньому зв'язку з фізичними симптомами захворювання та у хронологічній відповідності з його проявами або їх наявність ще до початку розвитку захворювання із подальшим набуттям клінічної інтенсивності	поява іпохондричних проявів відстрочена відносно кризового стану у структурі захворювання (кардіоваскулярної катастрофи) або не залежить від фактичних проявів захворювання
<b>Наявність зовнішнього впливу</b>	розвиток іпохондричних уявлень без адекватного зовнішнього впливу, на основі власних уявлень щодо проявів та ризиків у структурі кардіологічного захворювання	розвиток іпохондричних уявлень на основі зовнішнього впливу – ятрогенного (через надлишкову імперативність медичних рекомендацій), індукованого (через імперативи регуляції поведінки та сприйняття хворого особами, які його оточують)
<b>Характер сприйняття проявів іпохондрії</b>	егосинтонний характер, відсутність достатнього рівня критичного осмислення проявів, сприйняття іпохондрії як природного компоненту захворювання	егодистонний характер, наявність критичного осмислення проявів, сприйняття іпохондрії як психічної патології
<b>Трансформація поведінки</b>	аутогенна трансформація поведінки відповідна до фабули іпохондричних розладів (ірраціональне уникнення фізичних або емоційних навантажень, необхідність мати постійний доступ до медичної допомоги, агорафобічна аутоізоляція)	зовнішньо-мотивована трансформація поведінки, що сприймається хворим як небажана (диктується страхом перед наслідками порушення рекомендацій або є умовою, яка виходить з імперативів членів сім'ї)

**Матеріали і методи дослідження**

Проводиться проспективне клініко-психологічне дослідження 100 хворих, що проходять лікування на базі Запорізького обласного кардіологічного диспансеру. Нозологічний ценз засновується на наявності кардіоваскулярної патології (гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, атеросклероз) із перенесеними «судинними катастрофами» (інфаркт міокарда, тромбоемболія легеневої артерії) та проявами іпохондричної симптоматики. Формування контингенту дослідження проходить методом суцільної вибірки.

Під час роботи використовувалися такі методи дослідження:

- клініко-анамнестичний – для дослідження історії життя та хвороби, для реконструкції та аналізу психопатогенезу іпохондричної симптоматики;

- клініко-психопатологічний – для ідентифікації психопатологічних характеристик іпохондричної симптоматики на клінічному рівні; для аналізу особливостей перебігу психопатологічних порушень;

- психодіагностичний – для встановлення рівнів та структури проявів іпохондричної симптоматики у контингенті дослідження, а також для визначення патоперсонологічних характеристик пацієнтів, особливостей внутрішньої картини хвороби, спектра реакцій на психогенні фактори у структурі захворювання.

Учасники дослідження були обстежені з використанням оригінального опитувальника, що згідно із зареєстрованими проявами дозволило визначити 2 принципових типи іпохондрії – первинну і вторинну. Відповідно до цього усіх пацієнтів було розподілено на 2 групи: до групи 1 (Г1) увійшли хворі з первинною іпохондрією; до групи 2 (Г2) – з вторинною.

Атрибути відповідних станів – у **табл. 1**.

**Результати дослідження та їх обговорення**

Задля детального аналізу ролі клініко-анамнестичних характеристик хворих у розвит-

ку іпохондричної симптоматики було розроблено кластерну систематику анамнестичних факторів. У їх структурі виділено кілька кластерів.

■ **Кластер анамнестичної психотравматизації:** об'єднує особливості травматичного досвіду особистості, який має гіпотетичне значення у ампліфікації (потенціюванні) аномалій сприйняття захворювання/блокуванні механізмів редукації ірраціональних ідей (**табл. 2**).

Таблиця 2

Якісні показники х анамнестичної психотравматизації

Анамнестичний фактор	Г1 (n=48) +	p(χ <sup>2</sup> )	Г2 (n=52) +
Раптова смерть родича першої лінії від КвК	22	<0,01	7
Смерть родича першої лінії від наслідків КвК	38	<0,01	19
Догляд за родичем першої лінії у періоді після КвК	29	<0,01	8
Досвід прямого спостереження розвитку КвК	10	<0,01	1

**Примітки:**

p(χ<sup>2</sup>) – достовірність статистичних відмінностей, визначена методом хі-квадрат;

+ – маркер наявності ознаки.

■ **Кластер структури захворювання:** об'єднує особливості перебігу захворювання, що гіпотетично можуть призводити до ірраціонально (гіперболізовано) негативного сприйняття захворювання/механізмів редукації ірраціональних ідей (**табл. 3**).

■ **Кластер сімейної конотації:** об'єднує особливості сімейних, трудових та інших спеціфічних соціальних умов, що мають гіпотетичне значення у ампліфікації (потенціюванні) аномалій сприйняття захворювання/блокуванні механізмів редукації ірраціональних ідей (**табл. 4**).

Встановлено, що особи з різними типами іпохондричних проявів мають відмінності у клініко-анамнестичних показниках. Найбільші розбіжності зареєстровано у кластері показників анамнестичної психотравматизації. Усі

Таблиця 3  
Якісні показники характеристик кластеру структури захворювання

Анамнестичний фактор	Г1 (n=48)	p(χ <sup>2</sup> )	Г2 (n=52)
	+		+
Наявність кардіологічної патології з молодого віку	12	<0,01	31
КвК було раптовим та не мало попередніх ознак	36	0,82	40
Діагностика захворювання одночасно з КвК	34	<0,01	16
Наявність спонтанних кризових станів у структурі захворювання	31	0,03	22

**Примітки:**

p(χ<sup>2</sup>) – достовірність статистичних відмінностей, визначена методом хі-квадрат;  
+ – маркер наявності ознаки.

хворі Г1 достовірно частіше стикалися із раптовою смертю осіб із сімейного оточення від КвК, мали досвід наочного спостереження за серцевим нападом чи доглядали за особою у періоді реабілітації після КвК. Також ця група хворих демонструє більше випадків смерті родичів від серцево-судинних захворювань.

Також встановлено, що в Г1 має місце достовірно менша кількість випадків тривало існуючої серцево-судинної патології та достовірно більша кількість випадків, коли така патологія діагностувалася лише після гострого кардіогенного стану. Кількість випадків, коли КвК виникала раптово та не мала попередніх ознак, у групах дослідження не відрізнялася; також не було знайдено різниці за критерієм наявності кризових станів у структурі захворювання.

Встановлено різницю за анамнестичним кластером сімейної конотації. Так, пацієнти Г2 достовірно частіше декларують, що члени їхніх сімей мають іпохондричні уявлення, ініціюють обстеження хворого та лімітують його фізичну активність.

**Висновки**

У ході дослідження було проведено порівняння клініко-анамнестичних показників осіб із первинною (спонтанною) та вторинною (індукованою) іпохондрією, пов'язаною із КвК.

Таблиця 4  
Якісні показники характеристик кластеру сімейної конотації

Анамнестичний фактор	Г1 (n=48)	p(χ <sup>2</sup> )	Г2 (n=52)
	+		+
Члени сім'ї хворіють на аналогічні захворювання	41	0,25	33
Члени сім'ї демонструють іпохондричні уявлення	2	<0,01	10
Члени сім'ї ініціюють обстеження та лікування хворого	11	<0,01	39
Члени сім'ї лімітують фізичну активність хворого	6	<0,01	24

**Примітки:**

p(χ<sup>2</sup>) – достовірність статистичних відмінностей, визначена методом хі-квадрат;  
+ – маркер наявності ознаки.

Порівняння проводилося за 12 факторами у складі 3 кластерів (анамнестичної психотравматизації, структури захворювання та сімейної конотації). Встановлено, що:

а) особи із первинною іпохондрією (Г1) мають достовірно більший досвід наочного спостереження гострих кардіогенних станів або їх наслідків, що веде до їх сенсibiлізації, яка виступає фактором ризику відносно формування спонтанних іпохондричних уявлень;

б) особи із первинною іпохондрією (Г1) мають достовірно більшу частоту діагностики серцево-судинних захворювань у безпосередньому зв'язку з КвК, тоді як пацієнти з вторинною іпохондрією (Г2) частіше мають багатий досвід життя з серцево-судинною патологією;

в) особи з вторинною іпохондрією (Г2) мають достовірно вищу частоту проявів тиску зі сторони членів сім'ї, що мають іпохондричні уявлення, ініціюють обстеження хворого та лімітують його фізичну активність.

Усе це дозволяє говорити про велике значення анамнестичних факторів у формуванні типу іпохондричних симптомів, що пов'язані із серцево-судинною патологією та КвК. Отримані дані здаються перспективними та потребують подальшого, більш детального розгляду в контексті персоніологічних особливостей хворих.

**Література**

1. Гарганеева Н. П. Основные симптомокомплексы и условия формирования невротических и аффективных расстройств у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями / Н. П. Гарганеева, М. Ф. Белокрылова // Сибирский мед. журн. – 2009. – № 24 (4–2). – С. 11–17.
2. Caffo L. Hypochondria, or, the awareness of death that goes against the cure. Commentary / L. Caffo // Ann Ist Super Sanita. – 2016. – № 52 (1). – P. 4–5.
3. Hanly C. Narcissism, hypochondria and the problem of alternative theories / C. Hanly // International J. of Psychoanalysis. – 2011. – № 92 (3). – P. 593–608.
4. Ипохондрические состояния и соматоформные расстройства / В. Г. Косенко, Г. Т. Красильников, Н. А. Косенко [и др.] // Психическое здоровье. – 2013. – № 11. – С. 44–50.
5. Stathopoulos G. Hypochondria: a review of its place in psychoanalytic theory / G. Stathopoulos // Psychoanalytic Quarterly. – 2017. – № 86 (2). – P. 359–381.
6. Медведев В. Э. Профилактика и терапия психопатологических расстройств у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями / В. Э. Медведев // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2012. – № (3). – С. 54–59.
7. Николаев Е. Л. Особенности психической дезадаптации при сердечно-сосудистых заболеваниях / Е. Л. Николаев, Е. Ю. Лазарева // Вестн. Чувашского университета. – 2013. – № 4. – С. 209–212.
8. Березанцев А. Ю. Соматопсихические и психосоматические расстройства: вопросы систематики и синдромологии (часть 2) / А. Ю. Березанцев // Рос. психиатрический журн. – 2011. – № 4. – С. 10–15.
9. Иванец Н. Н. Ипохондрическая симптоматика поздних депрессий: связь содержания ипохондрии с соматическим состоянием больных / Н. Н. Иванец, Т. И. Авдеева, М. А. Кинкулькина // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2013. – № 8. – С. 10–18.
10. Nissen B. Hypochondria as an actual neurosis / B. Nissen // International J. of Psychoanalysis. – 2018. – Vol. 99, № 1. – P. 103–124.