

УДК [616.89:616,523]-036

## ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ БОЛЕЗНИ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ПРОСТОМ ГЕРПЕСЕ

Шилова Н.П.<sup>1</sup>, Байкова И.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> -ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека», Гомель, Беларусь

<sup>2</sup> -ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск, Беларусь

*У 25-50% больных простым герпесом отмечается частое обострение заболевания, что может являться причиной психических расстройств и искажения внутренней картины болезни [3]. Проведенное исследование позволило выявить у пациентов с рецидивирующим простым герпесом (РПГ) преобладание дезадаптивных типов отношения к болезни. Вышеуказанные факторы играют важную роль в формировании внутренней картины болезни и мотивации к лечению.*

**Ключевые слова:** рецидивирующий простой герпес, внутренняя картина болезни, тип отношения к болезни.

### Введение

В настоящее время под внутренней картиной болезни (ВКБ) понимается субъективное отношение больного к своему заболеванию, складывающееся из болезненных ощущений и внешних проявлений болезни, оценки механизмов их возникновения, тяжести и значения для будущего, а также типы реагирования на болезнь [1]. ВКБ зависит не только от течения самой болезни. Важную роль в построении структуры ВКБ играют знания о болезни. Наличие информации позволяет пациенту самостоятельно анализировать отношение к болезни и определять возможности дальнейшего лечения. Таким образом, формирование ВКБ зависит как от самого пациента, так и от лечащего врача.

Опросы, проведенные в Соединенных Штатах, странах Европы, позволили выявить отношение врачей к ведению и лечению пациентов с генитальным герпесом. Так, по их мнению, генитальный герпес является тривиальным заболеванием, легко поддающимся лечению. Большинство врачей считают необходимым лечить физические симптомы заболевания, не учитывая при этом психологическое воздействие, оказываемое заболеванием [5]. По данным того же исследования выявлена низкая удовлетворенность пациентов предоставляемой им медицинской помощью (41% удовлетворены) [6].

Зарубежными учеными установлена и взаимосвязь частоты обострения простого герпеса и типа отношения пациента к болезни. Отмечено, что частота обострений РПГ ниже у лиц с повышенными адаптивными возможностями, т.е. когда пациент в состоянии контролировать негативные эмоции, возникающие в связи с заболеванием [4].

Данных о ВКБ у пациентов с РПГ не найдено. Таким образом, становится актуальным определение ВКБ пациентов с РПГ и сокращение разрыва между пациентами и врачами в отношении к заболеванию.

Цель работы: определить ВКБ: провести количественный и качественный анализ типов отношения к болезни; определить факторы, влияющие на формирование типа отношения к болезни у пациентов с РПГ.

### Материал и методы исследования

В основную группу вошли 129 пациентов с РПГ, из них 12 мужчин, 117 женщин. Обследованные были в возрасте от 19 до 59 лет, средний возраст составил  $34,9 \pm 0,9$  лет. Группу сравнения составили 37 практически здоровых человек, средний возраст  $30,3 \pm 1,3$  лет

Оценка ВКБ обследованных пациентов проводилась при помощи:

1) разработанной авторами анкеты-вопросни-

ка, включающей вопросы об анамнезе, длительности заболевания, длительности обострений, характера высыпаний, связи обострения РПГ с текущими стрессовыми событиями, изменении фона настроения при обострении РПГ и др.;

2) личностного опросника Бехтеревского института ЛОБИ, который позволяет определить тип отношения к болезни и других, связанных с ней личностных отношений пациентов с хроническими соматическими заболеваниями [2]; при интерпретации профиля шкальных оценок выделяют три блока типов отношения к болезни: I блок включает типы отношения к болезни без выраженных нарушений социальной и психической адаптации; II и III блоки включают типы отношения к болезни с наличием социальной и психической дезадаптации.

Для статистического анализа данных использовалось прикладное программное обеспечение Statistica, (StatSoft, USA), версия 6.0. Сравнительный анализ между двумя независимыми группами проводился с использованием критерия Манна-Уитни (U). Различия между группами по статистическим показателям считали значимыми при  $p < 0,05$ . Данные представлены в виде медианы и 25-й и 75-й квартилей (Me (Q25; Q75)).

### Результаты исследования

Результаты проведенных исследований позволили получить представления о знаниях пациентов с РПГ о способах заражения, причинах обострения, возможных вариантах и длительности лечения, эмоционального отношения к своему заболеванию.

Большинство пациентов, 67 человек (52%), не знают, как заболели герпетической инфекцией. 6 человек (4,7%) считают, что заразились от окружающих, столько же отмечают, что причина болезни в сексуальном партнере, 5 человек (3,9%) относят РПГ к осложнениям других болезней, 3 человека (2,3%) считают, что заболевание носит наследственный характер. Наличие стрессового фактора как причины обострения РПГ отмечают 67 человек (52%). 57 пациентов (44%) считают, что выздоровление наступит после 10 дней стационарного лечения, и только 28 человек (22%) считают, что лечение может быть длительным.

У большинства пациентов с РПГ – 74 человека (57,4%) – выявлен смешанный противоречивый тип отношения к болезни, который включал в себя шкалы нескольких блоков (I–II–III). Чаще всего диагностировались шкалы сенситивного типа отношения к болезни – у 19 человек (14,7%), паранойяльного типа – у 18 человек (14%), неврастенического типа – у 16 человек (12,4%). Эйфорический

тип был выявлен у 14 человек (10,9%), тревожный тип – у 13 человек (10,1%). Полученные данные указывают на противоречивость характера и структуры личности этих пациентов. Пациентам присущи беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного прогноза и осложнений болезни, сочетание желания лечиться и неверие в успех лечения, сниженное настроение, ожидание неприятностей.

Типы отношения к болезни, отнесенные ко II блоку, имеющие интрапсихическую направленность, выявлены у 28 человек (27,1%). У наибольшего количества пациентов – 21 человек (16,2%) выявлен неврастенический тип отношения к болезни. Тревожный тип был выявлен у 11 человек (8,5%), обсессивно-фобический тип выявлен у 8 человек (6,2%), апатический тип – у 5 человек (3,8%). Ипохондрический тип отношения к болезни был диагностирован у 4 человек (3,1%). Меланхолический тип отношения к болезни не был выявлен. Для всех типов этого блока характерна психическая дезадаптация. Клиническими проявлениями этих типов реагирования является поведение по типу «раздражительной слабости», нетерпеливость в обследовании и, что особо важно при РПГ, в лечении, беспокойство и мнительность в отношении течения болезни, частая смена лечащего врача, чрезмерное сосредоточение на неприятных ощущениях, «уход в болезнь», отказ от борьбы с заболеванием.

15 человек (11,6%) имели типы отношения к болезни, отнесенные к III блоку, в котором объединены типы с интерпсихической направленностью. Сенситивный вариант реакции на болезнь выявлен у 12 человек (9,3%). Паранойяльный тип диагностирован у 4 человек (3,1%). Эгоцентрический тип отношения к болезни не был выявлен. Лица с такими типами реагирования характеризуются дезадаптивным поведением в различных ситуациях. Они стесняются своего заболевания, проявляют агрессивные тенденции, обвиняют окружающих в своем недуге.

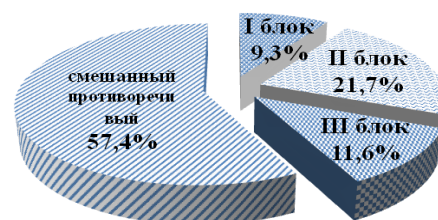
Адаптивные типы отношения к болезни (I блок) диагностированы только у 12 пациентов (9,3%) с РПГ. Гармоничный тип отношения к болезни был выявлен у 1 человека (0,8%); эргопатический тип был выявлен у 4 человек (3,1%), у 3 человек (2,3%) выявлен анозогнозический тип отношения к болезни, эйфорический тип отношения к болезни выявлен у 8 человек (6,2%). Для этих типов характерно адекватное отношение к болезни, стремление преодолеть заболевание, сохранение активного социального функционирования.

Типы отношения к болезни пациентов с РПГ с учетом направленности шкал представлены на рисунке 1.

На основании полученных данных установлено, что у пациентов с РПГ преобладают смешанные противоречивые типы реакции на заболевание.

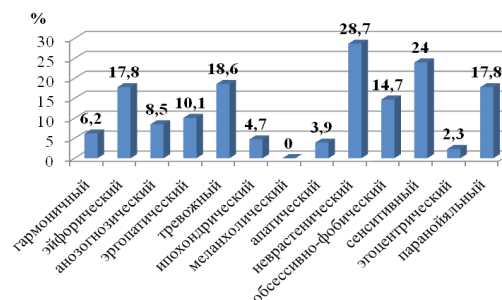
При изучении частоты выявления типов отношения к болезни получены данные, свидетельствующие о том, что у пациентов с РПГ преобладают дезадаптивные типы с интрапсихической и интерпсихической направленностью отношения к болезни, такие как неврастенический, сенситивный и тревожный. Распределение типов отношения к болезни у пациентов с РПГ с учетом частоты выявления шкал представлены на рисунке 2.

Наличие такого типа реакций может указывать на зависимость пациентов с РПГ от мнения окружающих людей в связи с возможным неблагоприятным впечатлением, которое могли бы произвести сведения о наличии болезни, колебания настроения, связанные с межличностными контактами, нетерпеливость, су-



- ⊗ I адаптивный блок, n=12
- ⊗ II блок, с интрапсихической направленностью n=28
- ⊗ III блок, с интерпсихической направленностью n=15
- ⊗ смешанный противоречивый, n=74

**Рисунок 1** – Типы отношения к болезни пациентов с рецидивирующим простым герпесом с учетом направленности шкал



**Рисунок 2** – Распределение типов отношения к болезни у пациентов с РПГ с учетом частоты выявления шкал

етливость в поведении и лечении. Таким образом, проявления РПГ вызывают у пациентов психическую дезадаптацию, нарушают социальное функционирование, что при данном заболевании может проявляться в нетерпеливости и непоследовательности в процессе диагностики и лечения, невыполнении рекомендаций докторов, несоблюдении сроков лечения. Эти типы реакций являются менее благоприятными, чем адаптивные типы отношения к болезни и встречаются достоверно чаще ( $\chi^2 = 170,93, p < 0,001$ ).

Установлена связь структуры типа отношения к болезни с личностными особенностями, проявлением психопатологической симптоматики и интенсивностью болевого синдрома.

Так, на формирование типа отношения к болезни оказывает влияние психологический личностный статус пациентов (СМОЛ). У пациентов с дезадаптивным интрапсихическим типом отношения к болезни значимо выше усредненные показатели профиля личности по шкалам истерия ( $U=91,5, p=0,023$ ) и паранойяльность ( $U=70, p=0,003$ ); у пациентов со смешанным противоречивым типом также значимо выше усредненный показатель профиля личности по шкале истерия ( $U=270, p=0,029$ ). Полученные данные свидетельствуют о влиянии защитных реакций конверсионного типа и склонности к формированию сверхценных идей на формирование неадекватных типов отношения к болезни.

Выраженность психопатологической симптоматики (SCL-90R) также оказывает влияние на формирование типа отношения к болезни. У пациентов с дезадаптивным интрапсихическим типом отношения

к болезни достоверно выше общий индекс тяжести симптомов (GSI) ( $U=85$ ,  $p=0,014$ ), индекс наличествующего симптоматического дистресса (PSDI) ( $U=89$ ,  $p=0,02$ ), число соматических симптомов (PST) ( $U=71$ ,  $p=0,004$ ), проявления депрессивной психопатологической симптоматики ( $U=100,5$ ,  $p=0,046$ ). У пациентов со смешанным противоречивым типом достоверно выше индекс наличествующего симптоматического дистресса (PSDI) ( $U=262$ ,  $p=0,023$ ). Следовательно, большее количество психопатологических симптомов и интенсивность переживаемого дистресса приводят к формированию дезадаптивного типа отношения к болезни.

Интенсивность проявления болевого синдрома при адаптивном типе значимо ниже, чем при дезадаптивном типе с итрапсихической направленностью ( $U=70,5$ ,  $p=0,004$ ) и при дезадаптивном типе с интерпсихической направленностью ( $U=250$ ,  $p=0,015$ ). Таким образом, выраженность болевого синдрома увеличивает психическую дезадаптацию пациентов с РПГ.

### Заключение

Обобщая полученные результаты можно констатировать, следующее:

1. Большинство пациентов с РПГ не имеют ин-

формации о причинах и источниках развития болезни, связывают обострения со стрессовыми факторами, не мотивированы на длительную терапию.

2. У пациентов с РПГ преобладают дезадаптивные типы реагирования на заболевание, в структуре которых наиболее часто встречаются неврастенический, сенситивный, паранойяльный, эйфорический и тревожный компоненты. Наличие такого типа реакций может указывать на нарушение социального функционирования: непоследовательность в лечении, невыполнение рекомендаций врача, частая смена лечащего врача, неверие в успех лечения, «уход в болезнь», отказ от борьбы с заболеванием.

3. Формированию дезадаптивного типа отношения к болезни способствуют выраженный болевой синдром, истероидные проявления личности и выраженность психопатологической симптоматики.

Таким образом, пациенты с РПГ нуждаются в информации о причинах возникновения болезни, возможных вариантах проявления, способах профилактики и лечения. Осознание врачами того факта, что РПГ является причиной психоэмоциональных расстройств, при этом формируется дезадаптивный тип отношения к болезни, может способствовать своевременному предоставлению информации о болезни и формированию мотивации на лечение.

### Литература

1. Абрамова, Г.С. Психология в медицине. Учебное пособие. / Г.С. Абрамова, Ю.А. Юдич. – М.: ЛПА «Кафедра – М», 1998. – 272 с.
2. Менделевич, В.Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. – 4-е изд. / В.Д. Менделевич. – М.: «МЕДпресс-информ», 2002. – 59 с.
3. Психодерматология: история, проблемы, перспективы / О. Л. Иванов [и др.] // Рос.журн. кож. и вен. бол. - 1999. - № 1. – С. 28-38.
4. Are reported stress and coping style associated with frequent recurrence of genital herpes? / L. Cassidy [et al.] // Genitourin.Med. – 1997. – Vol. 73(4). - P. 263-266.
5. Marchant, J. Genital herpes: recognizing and addressing patients' needs / J. Marchant, A. Roe // Herpes. – 1997. – № 4 – P. 36–41.
6. Patients' perspectives on the burden of recurrent genital herpes / R. Patel [et al.] // Int J STD AIDS. – 2001. – № 12. – P. 640.

### Literature

1. Abramova, G.S. Psihologija v medicene. Uchebnoe posobie. / G.S. Abramova, Ju.A. Judich. – M.: LPA «Kafedra – M», 1998. – 272 s.
2. Mendelevich, V.D. Klinicheskaja i medicinskaja psihologija. Prakticheskoe rukovodstvo. – 4-e izd. / V.D. Mendelevich. – M.: «MEDpress-inform», 2002. – 59 s.
3. Psihodermatologija: istorija, problemy, perspektivy / O. L. Ivanov [i dr.] // Ros.jurn. koj. i ven. bol. - 1999. - № 1. – S. 28-38.
4. Are reported stress and coping style associated with frequent recurrence of genital herpes? / L. Cassidy [et al.] // Genitourin.Med. – 1997. – Vol. 73(4). - P. 263-266.
5. Marchant, J. Genital herpes: recognizing and addressing patients' needs / J. Marchant, A. Roe // Herpes. – 1997. – № 4 – P. 36–41.
6. Patients' perspectives on the burden of recurrent genital herpes / R. Patel [et al.] // Int J STD AIDS. – 2001. – № 12. – P. 640.

## SPECIFIC PERCEPTIONS OF THE DISEASE BY PATIENTS WITH RECURRENT HERPES SIMPLEX

*Shilova N.P.<sup>1</sup>, Baikova I.A.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>-State Institution «Republican Research Centre for Radiation Medicine and Human Ecology», Gomel, Belarus

<sup>2</sup>-State Educational Institution «Belarusian Medical Academy of Post-Graduate Education», Minsk, Belarus

*25-50% of patients with simple herpes are noted with exacerbation of the disease which can lead to mental disorders and the distortion of the internal pattern of the disease [1]. The research made it possible to reveal that patients with recurrent herpes simplex have predominantly non-adaptable types of attitude to the disease. The above factors play an important role in the formation of the internal pattern of the disease and motivation for treatment.*

**Key words:** recurrent herpes simplex, internal pattern of the disease, type of attitude to the disease.

Адрес для корреспонденции: e-mail: i\_baikova@mail.ru

Поступила 15.11.2013