

## КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО РОЗМЕЖУВАННЯ ПЕРВИННОГО ТА ВТОРИННОГО ВАРІАНТІВ ІПОХОНДРИЧНИХ СТАНІВ В ОСІБ З СЕРЦЕВО-СУДИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

УДК: 616.895.4-06:616.1]-079.4

**Дьома Інна Станіславівна**

*Старший лаборант кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету, м. Запоріжжя (Україна)*

**Анотація.** З метою систематизувати клініко-анамнестичні, клініко-психологічні та психопатологічні дані щодо розмежування первинного та вторинного варіантів іпохондричних станів в осіб що перенесли кардіоваскулярні катастрофи, було оглянуто 100 хворих на кардіологічну патологію із проявами іпохондричної симптоматики, що перенесли інфаркт міокарду, тромбоемболію легеневої артерії тощо. Хворих було розділено на групи за ознакою варіанту іпохондричних симптомів, що було презентовано. Для встановлення рівнів та структури проявів іпохондричної симптоматики у контингенті дослідження, а також для встановлення патоперсоналогічних характеристик хворих, особливостей внутрішньої картини хвороби, спектра реакцій на психогенні фактори у структурі захворювання були використані: «Опитувальник соціальної значущості хвороби Сердюка», опитувальник «Самопочуття, активність, настрої», «Опросник совладання со стрессом» (Версія Рассказовой - Гордеевой - Осина). Для дослідження психопатологічних проявів іпохондричного стану використовувалась клінічна шкала загальних психопатологічних симптомів (GPS) у складі PANSS. За результатами дослідження систематизовано клініко-анамнестичні, клініко-психологічні та психопатологічні дані щодо розмежування первинного та вторинного варіантів іпохондричних станів в осіб що перенесли кардіоваскулярні катастрофи.

**Ключові слова:** кардіоваскулярні катастрофи, іпохондричні стани, емоційне функціонування.

**Актуальність.** Іпохондричні стани є одним з найбільш поширених варіантів психологічного та психопатологічного аранжування соматичної патології, що потребує контролю та спостереження з боку пацієнта [3, с. 58–69; 9, с. 39; 10, с. 77]. Особливо це стосується таких нозологічних форм, що передбачають виникнення гострих станів, що можуть становити загрозу життю хворого, а в ситуаціях, коли особа вже перенесла подію такого роду,

© Дьома І. С.

рівні представленості іпохондричних проявів досягають абсолютних значень. Саме до такого класу захворювань відноситься серцево-судинна патологія та «кардіоваскулярні катастрофи» [2, с. 71–76; 6, с. 239–241].

Серед осіб, що перенесли інфаркт міокарда, тромбоемболію легеневої артерії, або стани аналогічні за генезом та рівнем вітальної загрози, демонструють іпохондричні симптоми що можливо виділити в два основних варіанти станів – такі, що виходять з власних переконань особи та є «продовженням» рис її особистості, що були модифіковані травматичним досвідом (перебування у стані загрози життю, зіткнення з фактом наявності важкого та неконтрольованого захворювання, індукція страху зі сторони представників медицини, реакція соціального оточення особи, обмеження працездатності та отримання статусу інваліда), та такі що у більшій мірі стають результатом зовнішнього тиску. Іпохондричні стани першого типу ми визначаємо як «первинні», другого – як вторинні [1, с. 53–56; 4, с. 820–823; 8, с. 67].

З оглядом на те, що якість життя та рівень соціального функціонування хворих після перенесених судинних катастроф при умові якісної медичної реабілітації у великій мірі залежить від психологічного стану, розрізнення різних варіантів іпохондричних станів є пріоритетною задачею на шляху подальшого пошуку технік їх психологічної корекції та психотерапії, з урахуванням генезу та особис-

тісного опосередкування симптомів [5, с. 463–469; 7, с. 21].

**Мета дослідження** – систематизувати клініко-анамнестичні, клініко-психологічні та психопатологічні дані щодо розмежування первинного та вторинного варіантів іпохондричних станів в осіб що перенесли кардіоваскулярні катастрофи.

**Матеріали та методи.** На базах КУ «Обласний медичний центр серцево-судинних захворювань» та КУ «Обласна клінічна психіатрична лікарня» ЗОР, проведено проспективне дослідження 128 осіб, хворих на кардіологічну патологію з досвідом кардіоваскулярних катастроф (інфаркт міокарда або тромбоемболію легеневої артерії), у яких відмічено прояви іпохондричних станів. В контингент дослідження увійшли 100 хворих, серед яких було 61 чоловіків та 39 жінок. Середній вік в контингенті дослідження склав  $57 \pm 3,6$  років. Інтервал часу від першої перенесеної кардіоваскулярної катастрофи склав  $3 \pm 0,8$  років. Структура кардіоваскулярних катастроф була такою: інфаркт міокарду – 76 випадків, тромбоемболія легеневої артерії – 24 випадки.

Дослідження проведено в 5 етапів.

1. Формування контингенту: в рамках даного етапу хворі були розподілені на 2 групи, відповідно до варіантів іпохондричних станів, що вони мали.

Перша група (Г1) склала 48 хворих, які мали внутрішньо детермінований характер іпохондричного стану – «первинний» варіант

(егосинтонний характер проявів, самостійне обмеження активності, відсутність зовнішнього локусу контролю за поведінкою).

Друга група (Г2) склала 52 хворих, які мали зовнішньо детермінований характер іпохондричного стану – «вторинний» варіант (егодистонний характер проявів, зовнішнє обмеження активності, наявність зовнішнього локусу контролю за поведінкою).

2. Психоанамнестичний: визначення психоанамнестичних та соціально-психологічних характеристик хворих з досвідом кардіоваскулярних катастроф із різними варіантами кардіовітальних іпохондричних станів з метою знаходження зв'язку між анамнестичними даними та формуванням проявів іпохондрії того чи іншого варіанту.

3. Психодіагностичний: встановлення медико-психологічних особливостей, характеристик внутрішньої картини захворювання та патернів копінгу у хворих з досвідом кардіоваскулярних катастроф із різними варіантами кардіовітальних іпохондричних станів.

4. Клініко-психологічний: встановлення структури та рівнів прояву кардіовітальних іпохондричних феноменів у структурі різних варіантів іпохондричних станів в групах дослідження (реалізовано з залучення спеціаліста-психіатра).

5. Психокорекційний: розробка діагностичного інструменту, цілей та принципів психокорекції щодо різних варіантів кардіовіталь-

них іпохондричних станів в групах дослідження.

**Результати дослідження.** На основі концепції дослідження, ідентифікація варіантів існування проявів іпохондрії в контингенті було центровано двох групах атрибутів.

1. Атрибути «первинної» іпохондрії: прояв іпохондричних уявлень у безпосередньому зв'язку з фізичними симптомами захворювання, розвиток іпохондричних уявлень без адекватного зовнішнього впливу, егосинтонний характер сприйняття проявів іпохондрії, відсутність достатнього рівня їх критичного осмислення, самостійна трансформація поведінки відповідна до фабули іпохондричних розладів (ірраціональне уникнення фізичних або емоційних навантажень, необхідність мати постійний доступ до медичної допомоги, агорафобічна аутоізоляція).

2. Атрибути «вторинної» іпохондрії: поява іпохондричних проявів відстрочено по відношенню до кризового стану у структурі захворювання, розвиток іпохондричних уявлень на основі зовнішнього впливу, егодистонний характер сприйняття проявів іпохондрії, наявність критичного їх осмислення, сприйняття іпохондрії як психічної патології, зовнішньо-мотивована трансформація поведінки, що сприймається хворим як небажана.

На основі отриманих даних було проведено розподіл контингенту дослідження на дві групи (Г1 – «первинна» іпохондрія, Г2 –

«вторинна» іпохондрія), що надалі було порівняно у різних аспектах.

Дані отримані при дослідженні історії життя та хвороби, для реконструкції та аналізу психопатогенезу іпохондричних станів показали низку відмінностей між групами.

Усі хворі Г1 достовірно частіше ніж хворі Г2 стикалися із раптовою смертю родичів від захворювань серцево-судинної системи (22 особи в Г1 та 7 осіб в Г2,  $p(\chi^2) \leq 0,01$ ), частіше мали досвід наочного спостереження за серцевим нападом (10 осіб в Г1 та 1 особа в Г2,  $p(\chi^2) \leq 0,01$ ), чи доглядали за особою у періоді реабілітації після кардіоваскулярної катастрофи (29 осіб в Г1 та 8 осіб в Г2,  $p(\chi^2) \leq 0,01$ ). В Г1 менше випадків серцево-судинної патології, що давно діагностовано (12 осіб в Г1 та 31 осіб в Г2,  $p(\chi^2) \leq 0,01$ ) та достовірно більша кількість випадків, коли така патологія діагностувалася лише після гострого стану (34 особи в Г1 та 16 осіб в Г2,  $p(\chi^2) \leq 0,01$ ). Особи Г2 достовірно частіше декларують, що члени їх сім'ї мають іпохондричні уявлення (2 осіб в Г1 та 10 осіб в Г2,  $p(\chi^2) \leq 0,01$ ), ініціюють обстеження хворого та лімітують його фізичну активність (16 осіб в Г1 та 24 особи в Г2,  $p(\chi^2) \leq 0,01$ ).

З метою встановлення внутрішньої картини захворювання в групах дослідження було проведено структуроване психодіагностичне інтерв'ю дослідження з використанням питань опитувальників «Соціальної значущості

хвороби Сердюка» та «Самопочуття, активність, настрої».

Виявлені особливості внутрішньої картини захворювання та патернів копінгу, що характері для осіб з «первинним» та «вторинним» варіантами іпохондричних станів. Встановлено, що достовірна різниця між Г1 та Г2 спостерігається за критеріями: обмеження задоволень (з переважанням в Г2, на рівні  $p=0,02$ , де досягає середнього значення  $4,4 \pm 0,5$  балів), обмеження вільного часу (з переважанням в Г2 на рівні  $p=0,03$ , де досягає середнього значення  $3,6 \pm 0,4$  балів), обмеження кар'єри (з переважанням в Г2 на рівні  $p=0,03$ , де досягає середнього значення  $3,7 \pm 0,4$  балів), формування почуття уцербності (з переважанням в Г2 на рівні  $p=0,01$ , де досягає середнього значення  $4,5 \pm 0,5$  балів) та матеріальні збитки (з переважанням в Г2 на рівні  $p \leq 0,01$ , де досягає середнього значення  $3,7 \pm 0,6$  балів).

Встановлено, що достовірна різниця, за результатом оцінки самопочуття, активності та настрою, відзначається за критерієм настрою (з переважанням порушення даного показника в Г2, на рівні  $p=0,02$ , де він досягає середнього значення  $47,5 \pm 8,3$  балів), що відбиває вплив егодистонних хвилювань хворих даної групи на емоційний стан.

Встановлено ряд суттєвих відмінностей між групами дослідження відносно патернів копінгу, що використовуються. Так для Г1 характерна неспроможність використання меха-

нізмів відволіктись від хворобливих уявлень іпохондричного кола за допомогою фантазування, медитації тощо. Даний патерн реалізують лише 4,2% осіб групи. Хворі даної групи активно використовують інструментальну соціальну підтримку, 85,4% осіб групи активно шукають інформацію щодо власного захворювання у соціальних мережах, намагаються отримати максимальне число консультацій третіх осіб щодо власного захворювання. Особи даної групи майже не використовують гумор для знецінення власних переживань, такий патерн продемонструвало лише 12,5% осіб Г1. Зміна поведінки спрямована на уникання переживань та намагання за рахунок цього знизити рівень стресу виявлено у 85,4% осіб даної групи. Лише 10,4% осіб Г1 намагаються організовано знизити вплив нозогенного стресу за рахунок відмови від негайних дій та очікування. 75,0% осіб Г1 намагаються отримати емоційну підтримку оточення. Лише 22,9% даної групи самостійно використовують «заспокійливі» засоби (транквілізатори, фітопрепарати, алкоголь). Усі особи Г1 відмовляються від будь яких видів активності у користь спроб подолати прояви захворювання та стрес, що їх супроводжує.

Для осіб Г2 характерною є спроможність відволіктись від іпохондричних уявлень за рахунок розумової діяльності, так роблять 59,6% осіб групи. Пошук інформації про власне захворювання у джерелах, що не мають

підтвердженої компетенції активно використовують лише 13,5% осіб Г2, теж саме стосується прислухання до порад. Уникнути проявів нозогенного стресу за рахунок уникаючої поведінки намагаються лише 7,7% осіб групи. Організований підхід до лікування та утримання від необдуманих дій реалізують 63,5% осіб Г2. Емоційне залучення оточуючих є бажаним лише для 17,3% осіб групи. 78,8% осіб групи самостійно намагаються впоратися з емоційним стресом за рахунок використання «заспокійливих» засобів. Відмовитися від інших видів діяльності окрім боротьби з проявами захворювання та нозогенним стресом вирішують лише 23,1% осіб групи.

Спільним для обох груп є низький рівень переусвідомлення ситуації та пошуку позитивних її аспектів 10,4% та 21,2% у Г1 та Г2, відповідно. Відділи надмірні емоційні реакції здатні 45,8% та 61,5% осіб у Г1 та Г2, відповідно. Активні кроки для подолання ситуації (наслідків кардіоваскулярної катастрофи) намагаються зробити лише 4,2% та 9,6% осіб у Г1 та Г2, відповідно. Піддають сумніву наявність реального ризику 16,6% та 26,9% осіб у Г1 та Г2, відповідно. До релігії (практикують молитви та/або дотримуються ритуалів) звертаються 64,6% та 51,9% осіб у Г1 та Г2, відповідно. Приймають власний стан за «нову норму існування» 91,7% та 78,8% осіб у Г1 та Г2, відповідно. Планування шляхів вирішення проблеми здійснюють 46,1% та 46,2% у Г1 та Г2, відповідно.

Дослідження психопатологічних проявів іпохондричного стану в контингенті дослідження проводилося спільно зі спеціалістом-психіатром, та за структурою використовувало клінічну шкалу загальних психопатологічних симптомів (GPS) у складі PANSS.

Результати даного етапу обстеження свідчили про наявність загальних критеріїв іпохондричного стану в обох групах, такі як скарги на незвичні відчуття, що має причину у хворобі серця, при цьому, в разі розмови з лікарем, мала місце можливість тимчасової корекції уявлень такого роду, помірний тривога, зниження настрою що не досягає рівня повноцінного депресивного синдрому, зниження здібності до концентрації уваги.

Встановлено структуру та рівні прояву патопсихологічних феноменів, що наявні в осіб з «первинним» та «вторинним» варіантами іпохондричних станів. В обох групах рівні соматизації представлені на рівні надцінних формацій ( $p=0,10$ ), в Г1 –  $4,2\pm 0,6$ , в Г2 –  $3,1\pm 0,3$ . У хворих обох груп рівні тривоги не демонструють істотних відмінностей ( $p=0,87$ ), досягаючи помірного рівня: в Г1 –  $4,3\pm 0,5$ , в Г2 –  $4,2\pm 0,4$ . У Г1 почуття провини і ідеї самозвинувачення представлені на незначному рівні ( $2,1\pm 0,2$ ), в той же час, в Г2, такі ідеї мають виражений характер ( $5,2\pm 0,6$ ),  $p<0,01$ . Внутрішня напруга має істотні відмінності у виразності в різних групах ( $p<0,01$ ). У Г1, внутрішня напруга не досягає помірних значень ( $2,4\pm 0,3$ ), в Г2, вона досягає середньої інтен-

сивності ( $3,9\pm 0,3$ ). В обох групах, феномени кола депресії представлені на субклінічному рівні і не мають істотних відмінностей за кількісними показниками ( $p=0,12$ ). Феномени кола негативізму більш виражені ( $p<0,01$ ) в Г2, де досягають помірних значень ( $4,3\pm 0,6$ ). В Г1, дані феномени практично не відзначаються ( $2,1\pm 0,3$ ). У Г1 феномени незвичайного наповнення мислей представлені помірно ( $4,6\pm 0,4$ ), це ексцентричні ідеї, що підлягають корекції, в Г2, подібних феноменів не відзначається ( $2,2\pm 0,3$ ),  $p<0,01$ . Феномени кола порушення уваги в рівній мірі виражені в обох групах хворих ( $p=0,58$ ), де перебувають на помірному рівні –  $3,2\pm 0,4$  та  $3,6\pm 0,6$  в Г1 та Г2 відповідно. У Г1 феномени порушення суджень і критики виражені помірно ( $4,5\pm 0,5$ ), в той же час в Г2 такі практично не відзначаються ( $2,2\pm 0,3$ ),  $p<0,01$ . Як в Г1 ( $3,0\pm 0,4$ ), так і в Г2 ( $3,6\pm 0,6$ ) вольова дисфункція відзначається на помірному рівні ( $p=0,40$ ). Феномени кола завантаженості переживаннями переважають в Г1, де досягають помірного рівня ( $3,5\pm 0,6$ ), в Г2 подібного не відзначається ( $2,2\pm 0,3$ ),  $p=0,05$ . Активна соціальна ізоляція переважає в Г1, де досягає вираженого рівня ( $5,2\pm 0,5$ ), в Г2 подібного не відзначається ( $2,1\pm 0,4$ ),  $p<0,01$ ) психосоматичного дистресу – включає весь комплекс відчуттів і переживань, які стосуються фізичного/фізіологічного дискомфорту: сенестопатії, соматизація патопсихологічних симптомів і психологічних станів. Для Г1 характерні сенестопатичні переживання, що локалізу-

ються в кардіоваскулярній області і незрозумілі порушення загального стану, що інтерпретуються як наслідок основного захворювання. Для Г2 – гіперболізація фізіологічних відчуттів і мінімальних патологічних проявів захворювання (задишка при навантаженні, відчуття серцебиття, відчуття нестачі повітря, запаморочення, слабкість та інше);

2) прогностичного дистресу – включає психологічні і патопсихологічні реакції хворого на суб'єктивні уявлення про характер прогресування і кінець захворювання: відчуття тривоги, поведінкові девіації, нозогенних депресія (по відношенню до соматичної патології). Для Г1 характерна наявність вираженої епізодичній тривоги пов'язаної з переживаннями про поточний погіршенні соматичного стану, а також уявлень щодо безперспективності проведених терапевтичних заходів і безсистемний самостійний пошук нових способів лікування. Для Г2 – наявність невираженої тривоги викликається фактичними погіршенням самопочуття, а також уявлень про недостатню ефективність проведених терапевтичних заходів, при цьому спроби пошуку нових способів лікування робляться лише у випадках наявності зовнішньої до того мотивації (поради, рекомендації) і в рамках дотримання загального протоколу обстежень;

3) нозогностичного дистресу – включає психологічні і патопсихологічні реакції на усвідомлення наявності іпохондричних симптомів: ідеї самозвинувачення, почуття провини

як таке, внутрішнє напруження, нозогенних депресія (по відношенню до іпохондричним симптомів). Для Г1 характерна наявність виражених переживань щодо соматичної патології, при фактичній відсутності нозогнозії щодо іпохондричної симптоматики, для хворих цієї групи саме кардіоваскулярна патологія є основною і єдиною усвідомлюваною проблемою. Для Г2, навпаки, соматичні захворювання є другорядним і ступінь уваги до нього пропорційна його поточним проявам, при цьому іпохондрична симптоматика сприймається в модусі неврозу, викликаючи виражений дискомфорт і внутрішньо опір.

4) інтрапсихичного дистресу – включає комплекс порушень, що виникають в структурі основних процесів психічного функціонування хворого: порушення мотивації, мислення, критичних функцій. Для хворих Г1, характерні порушення мотивації у вигляді центрування мотивів на боротьбі з соматичною патологією, порушення мислення у вигляді довільної (часто афективної) логіки умовиводів і порушення критичної оцінки тієї частини поведінкових і когнітивних актів, що афільовані з уявленнями про соматичну патологію. Для Г2 характерні порушення мотивації зокрема – ставлення до соматичного захворювання може бути як гіперболізованим, так і негативістичним, в залежності від поточного статусу внутрішньої картини захворювання по відношенню до іпохондричних проявів і ступеня впливу оточення на хворого (розуміння / підтрим-

ка / гіперопіка ), порушення мислення немає відзначаються, критична оцінка власного стану в значній мірі залежить від характеру оточення хворого.

5) психосоціального дистресу – включає комплекс поведінкових і комунікативних порушень виникають як внаслідок наявності соматичної патології, так і внаслідок наявності іпохондричних симптомів: порушення сімейної та трудової адаптації, порушення комунікації різного рівня, аутизація і аутоізоляція, агорафобія. Для хворих Г1, характерні тенденції до агорафобії, аутизації і аутоізоляції, що виникає в наслідок наростання впевненості в наявності вітальної загрози (страх серцевого нападу, раптової смерті) і відсутності адекватних заходів контролю за соматичною патологією. Хворі цієї групи відчувають страх опинитися в товаристві незнайомих людей, від яких вони не очікують допомоги, або страх самотності. При необхідності покинути житло такі хворі будують свої маршрути неподалік від лікарень, що, на їхнє переконання, забезпечує якусь безпеку в разі раптової втрати свідомості. Паралельно з цим, зростає ступінь занурення у внутрішні переживання, мало зрозумілі оточуючим, що призводить до колапсу соціальних зв'язків. Хворі Г2, також відчувають агорафобічні переживання, але частіше, вони не пов'язані з вітальною загрозою, зокрема, це страх втратити свідомість і страхи прояви вегетативних реакцій. Хворі цієї групи схильні, у вигляді протидії власної агорафобії,

докладати зусилля до соціальної активності та комунікації. Заглибленість у внутрішні переживання в цілому зрозуміла оточуючим, тому як описується хворим з оглядкою на наявність психологічної проблеми, що оцінюється з критикою і, нерідко, самоіронією.

Кожна з даних категорій має відмінності в осіб з первинною та вторинною іпохондрією, що може бути використано при побудові диференційованих систем психологічної корекції станів даного класу.

**Висновки.** В дослідженні систематизовано клініко-анамнестичні, клініко-психологічні та психопатологічні дані щодо розмежування первинного та вторинного варіантів іпохондричних станів в осіб що перенесли кардіоваскулярні катастрофи.

Концептуальний аналіз варіантів існування іпохондричних станів у хворих з досвідом кардіоваскулярних катастроф дозволив встановити двох наявність двох груп атрибутів, що властиві двом різним варіантам спохондричних станів. «Первинному», для якого є характерним початок прояву іпохондричних уявлень у безпосередньому зв'язку з фізичними симптомами захворювання та у хронологічній відповідності з його проявами, або їх існування ще до початку розвитку захворювання із подальшим набуттям клінічної інтенсивності; розвиток іпохондричних уявлень без адекватного зовнішнього впливу, на основі власних уявлень, щодо проявів та ризиків у структурі кардіологічного захворювання; его-



синтонний характер сприйняття проявів іпохондрії, відсутність достатнього рівня їх критичного осмислення, сприйняття іпохондрії як природного компоненту захворювання; аутогенна трансформація поведінки відповідна до фабули іпохондричних розладів (ірраціональне уникнення фізичних або емоційних навантажень, необхідність мати постійний доступ до медичної допомоги, агорафобічна аутоізоляція). Та «вторинного», для якого є характерним поява іпохондричних проявів відстрочено по відношенню до кризового стану у структурі захворювання (кардіоваскулярної катастрофи), або незалежно від фактичних проявів захворювання; розвиток іпохондричних уявлень на основі зовнішнього впливу – ятрогенного (через надлишкову імперативність медичних рекомендацій лікарем, а бо в спеціалізованих джерелах), індукованого (через імперативи регуляції поведінки та ракурсу уявлень хворого особами, що його оточують); егодистонний характер сприйняття проявів іпохондрії, наявність критичного осмислення, сприйняття іпохондрії як психічної патології; зовнішньо-мотивована трансформація поведінки, що сприймається хворим як небажана (диктується страхом перед наслідками порушення рекомендацій або є умовою, що виходить з імперативів членів сім'ї).

#### Перелік використаних джерел:

1. Ларева Н. В. Тревога и депрессия у больных пожилого возраста, страдающих артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца / Н. В. Ларева, Т. В. Валова // Сибирский медицинский журнал. – 2013. – № 2 (117). – С. 53–56.
2. Смулевич А. Б., Дубницкая Э. Б. Современный взгляд на проблему ипохондрии в аспекте клиники и терапии. // Фарматека: международный медицинский журнал. 2006. – № 7. – С. 71–76.
3. Bouman T. (2014). Psychological treatments for hypochondriasis: a narrative review. *Current Psychiatry Reviews*, 10, 58–69.
4. Channer K. S., Papouchado M, James M. A., Rees J. R. Anxiety and depression in patients with chest pain referred for exercise testing. *Lancet*. 1985;2:820–823.
5. Dammen T., Arnesen H., Ekeberg O., Friis S. Psychological factors, pain attribution and medical morbidity in chest-pain patients with and without coronary artery disease. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004;26:463–469.
6. Gureje O., Ustun, T. B. and Simon, G. E. (1997). The syndrome of hypochondriasis: a cross-national Warwick, H. M. and Marks, I. M. (1988). Behavioural treatment of illness phobia and hypochondriasis. A pilot study of 17 cases. *British Journal of Psychiatry*, 152, 239–241.
7. Holder-Perkin V., Wise T.N., Williams D. Hypochondriacal concerns: Management through understanding. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2000;2(4):117–21
8. Lipowski Z. J. Somatization: the experience and communications of psychological distress as somatic symptoms. *Psychother Psychosom*. 1987;47:160–67
9. Mechanic D. Social psychologic factors affecting the presentation of bodily complaints. *N Engl J. Med*. 1972;286:1132–39.
10. Olde Hartman T. C., Borghuis M. S., Lucassen PLBJ, van de Laar F. A., Speckens A. E., van WeeL C.V. Medically unexplained symptoms, somatisation disorder, and hypochondriasis: Course and prognosis. A systematic

© Дьома І. С.

review. *Journal of Psychosomatic Research*. 2009;66:363–77.

### References (Transliteration):

1. *Lareva, N. V.* Trevoga i depressiya u bolnyih pozhilogo vozrasta, stradayuschih arterialnoy gipertenzii i ishemicheskoy boleznyu serdtsa / N. V. Lareva, T. V. Valova // *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal*. – 2013. – # 2 (117). – S. 53 – 56.
2. *Smulevich A. B.*, Dubnitskaya E.B. Sovremenniy vzglyad na problemu ipohondrii v aspekte kliniki i terapii. // *Farmateka: mezhdunarodniy meditsinskiy zhurnal*. 2006. - # 7. - S. 71-76.
3. *Bouman T.* (2014). Psychological treatments for hypochondriasis: a narrative review. *Current Psychiatry Reviews*, 10, 58–69.
4. *Channer K. S.*, Papouchado M, James M. A., Rees J. R. Anxiety and depression in patients with chest pain referred for exercise testing. *Lancet*. 1985;2:820–823.
5. *Dammen T.*, Arnesen H., Ekeberg O., Friis S. Psychological factors, pain attribution and medical morbidity in chest-pain patients with and without coronary artery disease. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004;26:463–469.
6. *Gureje O.*, Ustun, T. B. and Simon, G. E. (1997). The syndrome of hypochondriasis: a cross-national Warwick, H. M. and Marks, I. M. (1988). Behavioural treatment of illness phobia and hypochondriasis. A pilot study of 17 cases. *British Journal of Psychiatry*, 152, 239–241.
7. *Holder-Perkin V.*, Wise T.N., Williams D. Hypochondriacal concerns: Management through understanding. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2000;2(4):117–21
8. *Lipowski Z. J.* Somatization: the experience and communications of psychological distress as somatic symptoms. *Psychother Psychosom*. 1987;47:160–67
9. *Mechanic D.* Social psychologic factors affecting the presentation of bodily complaints. *N Engl J. Med*. 1972;286:1132–39.

10. *Olde Hartman T.C.*, Borghuis M.S., Lucassen PLBJ, van de Laar F.A., Speckens A.E., van Weel C.V. Medically unexplained symptoms, somatisation disorder, and hypochondriasis: Course and prognosis. A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*. 2009;66:363–77.

### Dema Inna

*Senior laboratory assistant of the Department of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology of Zaporizhzhya State Medical University, Zaporozhye (Ukraine)*

## A COMPREHENSIVE APPROACH TO DISTRIBUTION OF THE PRIMARY AND SECONDARY OPTIONS OF IPOCHONDRIAC STATES IN THE PERSON WITH CARDIOVASCULAR PATHOLOGY

### ABSTRACT

In order to systematize clinical anamnestic, clinical and psychological and psychopathological data on the delimitation of the primary and secondary variants of the hypochondria in patients undergoing cardiovascular catastrophes, 100 patients with a cardiological pathology with manifestations of hypochondria symptoms who suffered a myocardial infarction, a pulmonary artery thromboembolism and a number similar to the genesis and degree of threat of states. The patients were divided into groups based on the hypochondriacal symptoms presented. The first group included 48 people who were internally determined character hypochondriacal symptoms - primary hypochondria (ehosyntonyy nature of the symptoms, self limiting activity, the absence of an external locus of control behaviour). The second group involved 52 individuals

© Дьома І. С.

with externally determined character of hypochondria symptoms - secondary hypochondria (egodystonic character of symptoms, external limitation of activity, presence of external locus of control over behavior).

To establish the levels and structure of the manifestations of hypochondria symptoms in the contingent of the study, as well as to establish the patho-psychological characteristics of the patients, the features of the internal picture of the disease, the spectrum of reactions to the psychogenic factors in the structure of the disease were used: «Questionnaire on the social significance of Serdyuk's illness», questionnaire «mood», «The questionnaire of coping with stress» (Version of the story - Gordeyeva - Osina). For the study of psychopathological manifestations of hypochondria, the clinical scale of general psychopathological symptoms (GPS) in PANSS was used.

According to the results of the study, there are differences between persons with «primary» and «secondary» hypochondria in terms of life history and illnesses related to the traits of personality traumatic personality, which is important in amplifying (potentiating) anomalies of perception of the disease / blocking mechanisms of reduction of irrational ideas, features the course of the disease, which may lead to a negative perception of the disease, peculiarities of family, labor and other specific social conditions of importance in amplification (potentiation) anomalies of the perception of the disease.

In the course of the study systematized

clinical-anamnestic, clinical-psychological and psychopathological data on the delimitation of the primary and secondary variants of the hypochondria in patients undergoing cardiovascular catastrophes

**Key words:** cardiovascular catastrophes, hypochondria states, emotional functioning.

**Дема Інна Станіславівна**

*Старший лаборант кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету, м. Запоріжжя (Україна)*

### КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К РАЗГРАНИЧЕНИЮ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ВАРИАНТОВ ИПОХОНДРИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ У ЛИЦ С СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

**Аннотация.** С целью систематизировать клинико-анамнестические, клинико-психологические и психопатологические данные по разграничению первичного и вторичного вариантов ипохондрических состояний у лиц перенесших сердечно-сосудистые катастрофы, было рассмотрено 100 больных кардиологическую патологию с проявлениями ипохондрической симптоматики, перенесших инфаркт миокарда, тромбоэмболия легочной артерии и ряд аналогичных по генезом и степени угрозы состояний. Больные были разделены на группы по признаку варианта ипохондрических симптомов, что были представлены. К первой группы вошли 48 человек, имевших внутренне детерминированный характер ипо-

хондрических симптомов - первичную ипохондрию (егосинтонный характер симптомов, самостоятельное ограничение активности, отсутствие внешнего локуса контроля за поведением). Ко второй группе были отнесены 52 человека, имевших внешне детерминированный характер ипохондрических симптомов - вторичную ипохондрию (егодистонный характер симптомов, внешнее ограничение активности, наличие внешнего локуса контроля за поведением).

Для установления уровней и структуры проявлений ипохондрической симптоматики в контингента исследования, а также для установления патоперсоналогических характеристик больных, особенностей внутренней картины болезни, спектра реакций на психогенные факторы в структуре заболевания были использованы: «Опросник социальной значимости болезни Сердюка», опросник «самочувствие, активность, настроение», «Опросник совладания со стрессом» (Версия Рассказовой - Гордеевой - Осина). Для исследования психопатологических проявлений ипохондрического состояния использовалась клиническая шкала общих психопатологических симптомов (GPS) в составе PANSS.

По результатам исследования установлено различия между лицами с «первичной» и «вторичной» ипохондрией в ракурсе истории жизни и болезни, относящихся к особенностям травматического опыта личности, что имеет значение в амплификации

(потенцирования) аномалий восприятия заболевания / блокировании механизмов редукции иррациональных идей, особенностей течения заболевания, которые могут вызывать негативное восприятие заболевания, особенностей семейных, трудовых и других специфических социальных условий, имеющих значение в амплификации (потенцировании) аномалий восприятия заболевания.

В ходе исследования систематизированы клиничко-анамнестические, клиничко-психологические и психопатологические данные по разграничению первичного и вторичного вариантов ипохондрических состояний у лиц перенесших сердечно-сосудистые катастрофы.

**Ключевые слова:** сердечно-сосудистые катастрофы, ипохондрические состояния, эмоциональное функционирование.

Дата отримання статті: 22.08.2018

Дата рекомендації до друку: 11.09.2018

Дата оприлюднення: 01.11.2018

© Дьома І. С.