



В.В. Чугунов<sup>1</sup>, Л.О. Васякіна<sup>2</sup>

## МОДЕЛЬ ПСИХОПАТОГЕНЕЗУ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ПНЕВМОКОНІОЗ

<sup>1</sup>Запорізький державний медичний університет,

<sup>2</sup>Комунальна лікувально-профілактична установа

«Обласна клінічна лікарня профзахворювань», м. Донецьк

**Ключові слова:** пневмокониоз, психопатогенез, психопатологія, психічні розлади, нозогенії, професійні захворювання.

У дослідженні вирішено важливу наукову проблему опису, систематизації та аналізу психічних порушень при пневмокониозі. На основі клініко-психопатологічного, психодіагностичного та анамнестичного досліджень встановлено механізми синдромогенезу, синдромокінезу і синдромотаксису психопатологічних порушень у хворих на пневмокониоз і розроблено модель психопатогенезу психічних розладів цього контингенту хворих. Виділено основні групи психічних реакцій у хворих на пневмокониоз, три основні узагальнюючі модуси поведінки та чотири клінічні варіанти перебігу коморбідної пневмокониозу психічної патології у рамках визначеного психопатогенезу.

### Модель психопатогенеза психических расстройств у больных пневмокониозом

В.В. Чугунов, Л.А. Васякина

В исследовании решена важная научная проблема описания, систематизации и анализа психических нарушений при пневмокониозе. На основании клинико-психопатологического, психодиагностического и анамнестического исследования установлены механизмы синдромогенеза, синдромокинеза и синдромотаксиса психопатологических нарушений у больных пневмокониозом и разработана модель психопатогенеза психических расстройств этого контингента больных. Выделены основные группы психических реакций у больных пневмокониозом, три основные обобщающие модусы поведения и четыре клинических варианта протекания коморбидной пневмокониозу психической патологии в рамках выявленного психопатогенеза.

**Ключевые слова:** пневмокониоз, психопатогенез, психопатология, психические расстройства, профессиональные заболевания.

### Model of psychopathogenesis of mental disorders in patients with pneumoconiosis

V.V. Chugunov, L.A. Vasyakina

The study solved an important scientific problem of description, systematization and analysis of mental disorders of pneumoconiosis. On the basis of clinical-psychopathological, psychodiagnostic and anamnestic investigation mechanisms of syndromogenesis, syndromokinesis, syndromotaxis of psychiatric disorders in patients with pneumoconiosis are defined and the model of psychopathogenesis of mental disorders in this group of patients is developed. Main groups of psychological reactions in patients with pneumoconiosis are singled out, three basic modes of behavior and four clinical types of comorbid mental disorders of pneumoconiosis in measures of revealed psychopathogenesis are defined.

**Key words:** pneumoconiosis, psychopathogenesis, psychopathology, mental disorders, professional diseases.

Сучасні умови характеризуються високим ступенем індустріалізації і урбанізації, внаслідок чого відбувається постійний контакт з різноманітними техногенними чинниками, у т. ч. з мінеральним пилом. Захворювання органів дихання асоційовані з інгаляційним мінеральним пилом, в першу чергу пневмокониозу (ПнК), становлять суттєву частку серед сучасних професійних хвороб [3].

У широкому колі питань, пов'язаних з проблемою соматичного здоров'я хворих на пневмокониоз, суттєве місце посідають психопатологічні розлади, зростання яких у даного контингенту в останні десятиліття відзначають українські і закордонні фахівці [1].

Особливості картини психоемоційних порушень при ПнК залежать від переважаючого типу ускладнень. Так, одним із найчастіших ускладнень є ХОЗЛ; у цьому випадку на перший план виступають тривожно-депресивні розлади. Характерними є такі ознаки, як ангедонія, помірна гіпотимія без чіткої добової динаміки, безсоння з переважанням ранніх ранкових пробуджень, зниження апетиту, песимістична оцінка свого стану і перспектив його поліпшення. З прогресуванням захворювання з розвитком легеневого серця

з'являються характерні скарги на патологічну тривожність, переважно соматизовану (безпричинне тремтіння в тілі, серцебиття, невмотивоване бронхіальною обструкцією, почастищення дихання, відчуття похитування при ходьбі зі страхом падіння, підвищене занепокоєння у зв'язку зі звичайними життєвими ускладненнями) [7,8].

Хронічний перебіг пневмокониозів і прогресуюча клінічна симптоматика неминуче призводять до змін психіки, що посідають значне місце в клініці захворювання [4].

Сукупність шкідливих факторів на виробництві, недоліки в організації роботи, негативні матеріально-побутові фактори створюють умови для формування психозадаптаційних розладів, на основі яких надалі виникають психічні розлади і психосоматичні захворювання [5].

Однак механізми формування психосоматичних порушень у хворих на легеневу патологію з різним ступенем тяжкості захворювання залишаються недостатньо вивченими [5,6,9].

Це стосується і коморбідних пневмокониозу психічних розладів, а отже встановлення механізмів синдромогенезу, синдромокінезу і синдромотаксису психопатологічних



порушень у хворих на пневмоконіоз та побудова моделі психопатогенезу психічних розладів цього контингенту хворих, включаючи визначення основних клінічних варіантів перебігу коморбідної пневмоконіозу психічної патології у рамках визначеного психопатогенезу стає нагальною необхідністю сучасної медицини.

### МЕТА РОБОТИ

На основі аналізу клініко-психопатологічної семіотики і медико-психологічних особливостей хворих на ПнК розробити модель психопатогенезу коморбідних ПнК психічних розладів.

### ПАЦІЄНТИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Дослідження здійснено протягом 2008–2012 рр. на базі 3-го терапевтичного відділення КЛПУ ОКЛПЗ. У рамках дослідження обстежено 340 чоловіків, хворих на ПнК, вік пацієнтів – від 35 до 60 років. Групу хворих з першою стадією захворювання склали 152 осіб, з другою стадією – 168, третьою – 20 осіб.

Для досягнення поставленої мети хворим виконано комплексне обстеження, що передбачало використання соціально-демографічного, клініко-анамнестичного, психодіагностичного, статистичного методів.

### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Виявлені клініко-психопатологічні та патофизиологічні особливості хворих на пневмоконіоз свідчать про провідну роль у генезі коморбідних пневмоконіозу психічних розладів нозогенних реакцій та реакцій на зміну соціальних взаємин, викликаних соматичною хворобою на фоні когнітивних розладів, що узгоджується з думкою про визначальне місце факторів гіпоксії головного мозку внаслідок гіпоксемії та гіперкапнії, що виникають через прогресуюче погіршення вентиляції легенів, у синдромогенезі психічних розладів при легеневої патології. Ступінь вираженості психопатологічних проявів психічних розладів, як правило, безпосередньо пов'язаний з глибиною ураження мозкових структур і корелює зі стадіями ПнК (рис. 1).

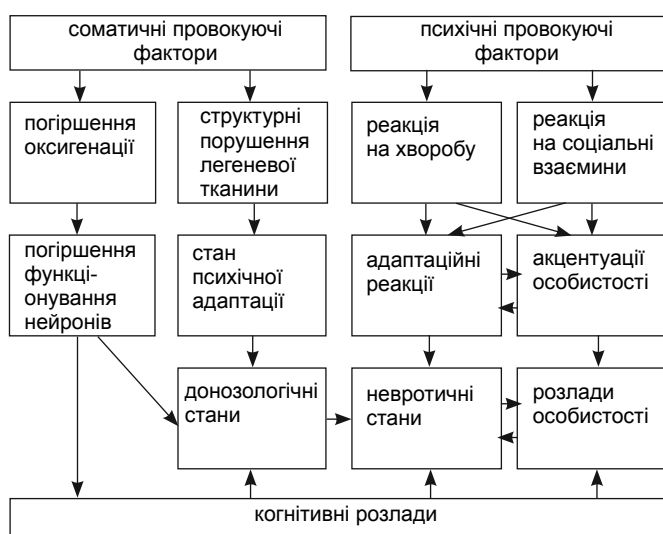


Рис. 1. Механізми синдромогенезу при пневмоконіозі.

На підтвердження цієї гіпотези у клінічних групах визначено динаміку прогресування психопатологічних розладів, прямопропорційну стадії ПнК, і побудовано модель психопатогенезу коморбідних ПнК психічних розладів. Спочатку виявлено астеничні та психовегетативні прояви та психогенні реакції на хворобу, потім розвивались астено-депресивні, тривожно-фобічні та тривожно-депресивні синдроми, а при хронічному перебігу основного захворювання на перший план виступали ознаки невротичного плану і прогресуючі когнітивні порушення (рис. 2).

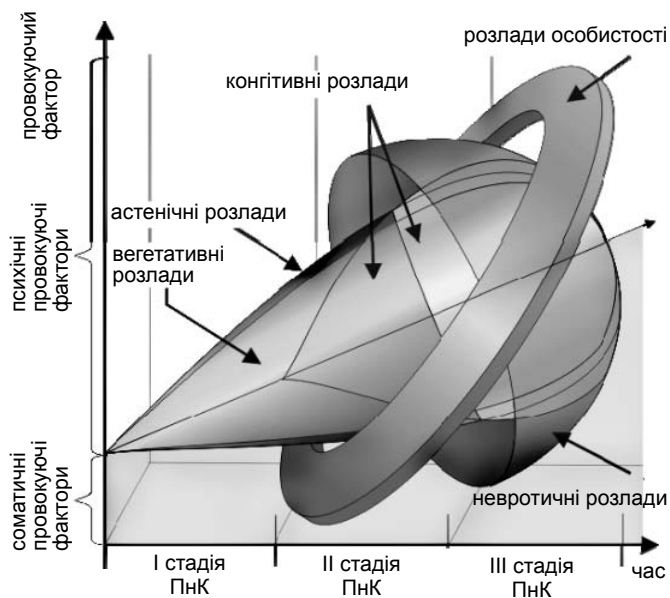


Рис. 2. Модель психопатогенезу психічних розладів при пневмоконіозі.

Однак є специфіка, зумовлена як особливостями соматичної хвороби, так і особистістю хворого. Так, виділено чотири клінічні варіанти перебігу коморбідної ПнК психічної патології у рамках визначеного психопатогенезу.

*Сенесто-конверсійний варіант.* Цей варіант відрізняється великою яскравістю і динамічністю вегетативних проявів, на фоні яких з початком хвороби відзначаються і прогресують іпохондричні явища. Хворі вважають, що «легені роздулі», «не дихають», непокояться, що насправді у них інше захворювання (рак легенів або туберкульоз); прислухаючись до себе, знаходять все нові, мінливі відчуття, перебільшують тяжкість хвороби. Характерні спровоковані синестезіями та психовегетативними проявами скарги на розлад інших органів і систем химерного змісту. На висоті сенесто-іпохондричних переживань і загострень соматичної хвороби спостерігають конверсійні явища у вигляді оніміння кінцівок типу «рукавичок і шарпеток», втрати свідомості типу синкопального стану, синдром Бріке, globus hystericus тощо. Стенічність хворих у періоди ремісії на перших етапах захворювання залишається високою, проте з прогресуванням хвороби змінюється зворотнопропорційно загостренню істеричних проявів особистості, які згодом набувають масштабів, що істотно шкодять соціальному функціонуванню.



*Психопатичний варіант.* На початку хвороби характерні антено-іпохондричні й істеричні прояви, що заміщуються домінуючими змінами особистості за епілептоїдним і дисоціальним типами вже на другому етапі ПнК на фоні когнітивних порушень, що у подальшому досягають рівня деменції інколи з параноїдними елементами. Соціальні взаємовідносини характеризуються дисгармонійністю у сімейних стосунках від самого початку хвороби, згодом розширюючись до всього соціуму, викликаючи відторгнення хворого оточуючими та зворотні соціофобічні явища з боку хворого.

*Тривожно-фобічний варіант* на початку хвороби проявляється бурхливими реакціями неконтрольованого страху, тривоги, неспокою, найчастіше пов'язані з турботою за власне здоров'я, що частіше мають характер реакцій на повідомлення про наявність ПнК. Такі стани, як правило, повністю редукуються і змінюються рівним настроєм з установкою на одужання. У випадках прогресування основного захворювання, погіршення стану хворого, вони можуть перемежовуватись поодинокими скороминучими тривожними та панічними розладами. Соціальні зв'язки, на відміну від інших варіантів розвитку психопатологічного стану, при тривожно-фобічному істотно не страждають, навпаки, хворі виявляють потребу у нових соціальних контактах, вони доброзичливі, відверті. Інколи відзначаються прояви особистісних змін за тривожним чи істеричним варіантами, які, проте, не розгортаються до рівня, що істотно шкодить життєдіяльності.

*Астено-депресивний варіант* переживання хвороби в початковому періоді відрізняється прогресуванням астеничних проявів типу нервової та психічної астенії, проте такі хворі рідше виявляють реакції на хворобу, для них властивим є більш стертий вияв психопатологічних явищ відповідно до прогресування хвороби у вигляді антено-депресивних, рідше іпохондричних з депресивним забарвленням розладів настрою, іноді з невиразними симптомами істеричного плану. З розвитком ПнК домінує знижений настрій з думками про безвихідь існування та невилковність хвороби; пацієнти стають мовчазними, задумливими, скаржаться на одноманітні думки про «втрачене здоров'я», невизначеність, безрадісність майбутнього. Такі думки особливо турбують їх перед засинанням. Хворі продовжують виконувати повсякденні обов'язки, але без колишньої активності. Загострюються прояви аутоізоляції, що згодом доходять до рівня соціофобії. Для таких хворих найбільш характерні зміни особистості за обсессивним типом.

Для всіх варіантів базовим психопатологічним спектром був антено-вегетативний спектр у найрізноманітніших, частіше психопатологічних аранжуваннях, що залежали від внутрішньої картини хвороби, патоперсоналогічних особливостей і стадії розвитку ПнК, який з прогресуванням хвороби набував виразного психоорганічного забарвлення.

В основі формування невротичних розладів у хворих на ПнК лежить нерозривний комплекс біологічних, соціальних і психологічних факторів, визначає специфіку патогенезу та синдромогенезу психічних розладів.

Основу патогенетичного конфлікту хворих ПнК становлять такі особистісні риси, як висока збудливість і неврівноваженість, конфліктність, вразливість і злопам'ятність, лабільність емоцій, демонстративність емоціональних проявів, схильність до афектів.

Фактори соціальної ізоляції, різка зміна життєвого стереотипу, психічна деривація, порушення звичних особистісних зв'язків, нездоланий особистісний конфлікт щодо майбутнього закріплюють і підтримують розвиток невротичних розладів.

На цьому фоні сомато-вегетативні прояви симпатикотонічного регістру, астенія, порушення сну, соматоформні розлади, ідеї зниження власної соціальної значущості, фобії є облігатними ознаками соматизованої депресії, що прогресує у чіткій кореляції з симптоматикою основного захворювання.

Патопластичними формуючими явищами психопатологічного регістру анкіозного та істеричного кола були явища, асоційовані з дихальною недостатністю.

Так, перша стадія ПнК асоційована з розладами астеничного кола, друга – з симптоматикою анкіозного кола, третя – з розладами афективного (депресивного) кола та невротичними розладами, частіше у поєднанні з когнітивним зниженням.

При хронічному перебігу помітно змінюється структура особистості хворого. Так, характерна асоціалізація хворих з явищами істеричного, тривожного, епілептоїдного, обсессивного та дисоціального спектра.

Дослідження структури психічних розладів хворих на ПнК, що виникають на основі взаємодії психічних і соматичних факторів і проявляються соматизацією психічних порушень, психічними розладами, що відображають реакцію на соматичне захворювання (або розвитком соматичної патології під впливом психогенних чинників), дозволяє виділити наступні основні групи реакцій:

1. Реакції екзогенного типу (соматогенні), маніфестуючи внаслідок можливої соматичної шкідливості (реалізується на патогенетичній основі) і належать до категорії симптоматичних станів;

2. Психогенні реакції (нозогенні), що виникають як реакція особистості пацієнта на соматичне захворювання (останнє виступає як психотравмуюча подія) і пов'язані з групою реактивних станів;

3. Реакції типу симптоматичної лабільності – психогенні пов'язаної з констеляцією соціальних і ситуаційних факторів та маніфестацією або екзацербациєю проявів соматичних захворювань (психосоматичні захворювання в традиційному розумінні);

4. Соматизовані психічні реакції, що формуються з мінімальним впливом соматичної патології в рамках невротичного або конституціонального регістру.

Предиспозиційними факторами конституційно-біологічного характеру, що можуть відображати тенденцію до формування соматизованих психічних розладів, є спадкова обтяженість психічними захворюваннями, особистісні особливості (інтрапунтивність, емотивна лабіль-



ність, інтровертованість), вік хворих, в якому дебютувало захворювання.

Виявлені психічні розлади характеризуються типом цілісної стратегії поведінки, внутрішньою картиною хвороби, відбитої в розумінні хвороби як специфічної форми життя. Серед розмаїття таких форм поведінки виділили три основних узагальнюючих модуси:

*Перший модус* – шаблонних ситуативно зумовлених реакцій, стереотипно відтворюваних у стані декомпенсації або зовнішніх провокацій, відтворених за своїми функціональними наслідками експіраторно-інспіраторних порушень, що не мають ані динамічного, ані структурно-семіотичного розвитку.

Реакції пацієнтів проявлялись в адекватній самооцінці або тенденції до ігнорування. Пацієнти з такою поведінкою, як правило, прагнуть пройти обстеження в амбулаторних умовах і за необхідності терапії віддають перевагу консультаціям і короткочасній психотерапії.

*Другий модус* – сталого патологічного стану зі зворотним зв'язком патопластичного характеру (де-факто йдеться про формування патогенетичних явищ – психосоматозів).

Пацієнти відрізняються тривожною, депресивною, іпохондричною перебудовою особистісного сприйняття свого життя й хвороби, в основі якої лежить відступ, примирення й капітуляція перед хворобою та її наслідками.

*Третій модус* – патологічних розладів клінічно- та патогенетично ідентичних такому модельному стану, як іпохондричний розвиток особистості, що проявляється, насамперед, у порушенні соціального функціонування. Постійне внутрішнє напруження, іпохондричний відтінок настрою становлять своєрідний ґрунт для вибухів, конфліктів, формуванні делінквентної поведінки.

## ВИСНОВКИ

У результаті дослідження встановлено механізми синдромогенезу, синдромокінезу і синдромотаксису психопатологічних порушень у хворих на ПнК та розроблено модель психопатогенезу коморбідної пневмокониозу психічної патології.

Виділено наступні основні групи психічних реакцій у хворих на ПнК: реакції екзогенного типу (соматогенні); психогенні реакції (нозогенні); реакції типу симптоматичної лабільності (психогенні – психосоматичні захворювання в традиційному розумінні); соматизовані психічні реакції в рамках невротичного або конституціонального реєстрів.

Виділено три основних узагальнюючих модуси поведінки хворих на ПнК: *перший модус* – шаблонних ситуативно зумовлених реакцій, стереотипно відтворюваних у стані декомпенсації або зовнішніх провокацій; *другий модус* – сталого патологічного стану зі зворотним зв'язком патопла-

стичного характеру; *третій модус* – патологічних розладів клінічно- та патогенетично ідентичних такому модельному стану, як іпохондричний розвиток особистості.

Виділено чотири клінічні варіанти перебігу коморбідної ПнК психічної патології у рамках визначеного психопатогенезу: *сенесто-конверсійний, психопатичний, тривожно-фобічний, астено-депресивний варіанти*.

Виявлені залежності клінічних проявів психічних розладів від індивідуально-типологічних особливостей і стадії захворювання мають значення не тільки для розуміння процесів синдромогенезу, синдромокінезу і синдромотаксису психопатологічних утворень (у тому числі й для прогнозування їх виникнення за умов патогенних психогенних впливів), але й для обґрунтованої оцінки терапевтичного впливу, зокрема, при визначенні способів психотерапевтичного втручання.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. *Абабков В.А.* Клинический патоморфоз неврозов и его причины / *В.А. Абабков* // Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 1992. – №3. – С. 16–25.
2. *Басанец А.В.* Особенности функциональных нарушений бронхолегочной системы у рабочих угольной промышленности / *Басанец А.В., Остапенко Т.А.* // Укр. журн. з проблем медицини праці. – 2005. – №1. – С. 12–15.
3. *Гринберг Л.М.* Морфологическая диагностика основных пневмокониозов и (конио-)силикотуберкулеза / *Л.М. Гринберг, Т.И. Казак, Ю.А. Кириллов* // Пробл. туберкулеза. – 2004. – №5. – С. 42–51.
4. *Измеров Н.Ф.* Стресс на производстве как важная составляющая проблемы психического здоровья в обществе / *Н.Ф. Измеров, Т.Д. Лапенская, В.В. Матюхин* // Рос. психиатрический журн. – 2005. – №2. – С. 10–14.
5. *Менделевич Д.М.* Актуальные вопросы формирования и течения пограничных нервно-психических расстройств при воздействии профессиональных вредностей / *Д.М. Менделевич, К.К. Яхин* // Гигиена труда и профзаболеваний. – 1985. – №8. – С. 48–50.
6. *Семке В.Я.* Психоадапционные и психозадапционные состояния: экстранозологические и психопрофилактические аспекты / *Семке В.Я.* // Профилактика нервно-психических заболеваний. – 1993. – С. 176–180.
7. *Теслинов И.В.* Анализ особенностей личности и качества жизни у пациентов с ХОБЛ / *И.В. Теслинов, О.Ю. Ширяев, А.В. Будневский, И.С. Махортова* // Системный анализ и управление в биологических и медицинских системах. – 2008. – Т. 4, №5. – С. 910–912.
8. *Ширяев О.Ю.* Анализ взаимосвязей психического состояния, личностно- обусловленных форм реагирования, внутренней картины болезни и качества жизни больных с ХОБЛ / *О.Ю. Ширяев, И.В. Теслинов, Д.Л. Шаповалов, О.Е. Князькова* // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2008. – Т. 11, №9. – С. 82–89.
9. *Greenberg P.E.* Depression: a neglected major illness / *P. E. Greenberg, L. E. Stiglin, S. N. Finkelstein* // J. Clin. Psychiatry. – 1993. – Vol. 54. – P. 405–418.
10. *Katon W.* Depression and chronic mental illness / *W. Katon, M.D. Sullivan* // J. Clin. Psychiatry. – 1990. – Vol. 51. – P. 3–11.

## Відомості про авторів:

Чугунов В.В., д. мед. н., професор, зав. каф. психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології ЗДМУ.

Васякіна Л.О., к. мед. н., зав. 3 терапевтичним відділенням КЛПУ ОКЛПЗ.

Поступила в редакцію 23.01.2013 г.