

Патопсихологічні симптоми у соматичних пацієнтів з ішемічною хворобою серця

Обґрунтування закономірностей динаміки формування непсихотичних психічних розладів у соматичних хворих з ішемічною хворобою серця, характер і механізми психічної дезадаптації, що супроводжують соматичне захворювання, а також необхідності застосування комплексного медико-психологічного підходу в процесі їхнього лікування.

Ключові слова: комплексний медико-психологічний підхід, соматичні хвороби, патопсихологічні розлади, ішемічна хвороба серця.

Обоснование закономерностей динамики формирования непсихотических психических расстройств у соматических больных с ишемической болезнью сердца, характер и механизмы психической дезадаптации, сопровождающие соматическое заболевание, а также необходимость применения комплексного медико-психологического подхода в процессе их лечения.

Ключевые слова: комплексный медико-психологический подход, соматические болезни, патопсихологические расстройства, ишемическая болезнь сердца.

Актуальність теми. Ішемічна хвороба серця (ІХС) – одна з найскладніших і соціально важливих проблем сучасної медицини, в зв'язку з тим, що вона є основною причиною передчасної смерті й інвалідності працездатного населення всіх економічно розвинених країн світу (І.Н. Бокарєв, 1996). За даними ВООЗ, серцево-судинну патологію мають 30% осіб віком до 51 року і 50% – старших за цей вік. У пацієнтів з патологією серцево-судинної системи відзначають значне різноманіття психічних розладів, як-от: астеничні, гіпотимічні, сенестоіпохондричні, істероформні системні порушення, котрі як додаткові стресори істотно погіршують перебіг основного захворювання і призводять до зниження ефективності лікувальних та реабілітаційних заходів.

Мета дослідження полягала у вивченні клінічних закономірностей формування і перебігу психічних розладів у пацієнтів з ішемічною хворобою серця, оцінці ролі особисто-психологічних факторів у формуванні ІХС.

У сучасній медицині відбувається поступове подолання тенденції одностороннього соматизму, коли в діагностиці і лікуванні того

чи іншого соматичного захворювання зовсім ігнорується або суттєво недооцінюється роль психічних проявів або/і розладів пацієнта.

Ішемічна хвороба серця (ІХС) виникає внаслідок звуження коронарних артерій, зумовленому їх ураженням атеросклеротичним процесом.

У літературі поширене поняття “коронарної особистості” (Ф. Данбар), яка відзначається агресивно-імпульсивною поведінкою, багато зусиль докладає для досягнення успіхів у професійній діяльності та визнання. М. Фрідман і Р. Росенман виокремили особистісні типи хворих на ІХС:

– Тип А – ворожо-суперницький – до якого належать люди, які наполегливою працею намагаються досягти успіху, поставивши перед собою високі, але чіткі та досяжні цілі, водночас інтенсивно конкуруючи з колегами. Через неадекватну оцінку власних можливостей у їх професійній діяльності часто трапляються невдачі, які не лише пригнічують та засмучують їх, а й сприяють формуванню заниженої самооцінки, не лише щодо власних професійних якостей, а й загалом до власної особистості. Ці люди потребують високої моторної активності, вони рухливі, нетерплячі, при хворобі у таких пацієнтів виявляють значне підвищення в крові рівня холестерину, ліпопротеїдів, кортикостероїдів.

– Тип Б – пацієнти з ІХС, які теж прагнуть досягнення успіху в житті, але у досягненні своєї цілі не виявляють надмірної наполегливості та агресивності.

Отже, розвитку ішемічної хвороби серця сприяють такі особистісні характеристики людини: прагнення до значних професійних та статусних досягнень, тривалий період “недооцінювання” соціумом їхніх чеснот та досягнень, марнославство, занижена самооцінка, а також вираження акцентуацій характеру, що призводять до конфліктів та хронічного емоційного напруження. Оскільки тривале емоційне напруження призводить до істотної активізації фізіологічних та біохімічних процесів (гіперглікемія, гіперхолестеринемія, тромбоцитоз, прокоагулянтні зміни системи зсідання крові) при гіподинамії виникають умови для виникнення розладів геодинаміки, порушень метаболізму серця та судин, розвитку атеросклерозу, – і як наслідок – артеріальної гіпертензії. Для пацієнтів з психогенною ІХС характерна дифузна тривожність, чіткий зв’язок між психоемоційним стресом та появою відчуття болю в ділянці серця, а також спонтанне різке покращення самопочуття в результаті усунення психотравмуючих факторів та задоволення основних потреб особистості.

На відміну від класичної ішемічної хвороби серця, яка характеризується гострими несподіваними короткотривалими

приступами, що виникають внаслідок надмірного фізичного навантаження і купіюються нітрогліцерином та мають тенденцію до поступового погіршення стану пацієнта, при психогенній ІХС приступи поступово наростають після психоемоційного навантаження, тривають значно довше, не реагують на нітрогліцерин та не мають тенденції до посилення з часом.

Патофізіологічною основою порушень психічної діяльності при інфаркті міокарда є розлад мозкового кровообігу, який його супроводжує, кисневе голодування, яке супроводжує порушення серцевої діяльності і розлади дихання, розпад некротичних тканин і поступання в кров токсичних продуктів. Особливе значення мають рефлекторні впливи больових імпульсів на центральну нервову систему, зумовлені порушенням функції вегетативної нервової системи. В картині порушень психічної діяльності велику роль відіграють психологічні компоненти, пов'язані з внутрішньою картиною хвороби у конкретного хворого.

Виокремлюють кілька етапів у розвитку цих порушень. Продромальний період характеризується відчуттям "неясної затуманеної голови", нечіткістю сприйняття оточення, неможливістю зосередитися при розумовій діяльності, головним болем, запамороченням. В емоційній сфері з'являються відчуття тривоги, небезпеки, туги, іноді ейфорія. Це симптоми, які сигналізують про наближення приступу, та на які повинен звертати увагу сам пацієнт для можливості адекватно на них відреагувати та запобігти їх наростанню.

Основним виявом гострого періоду є больовий синдром, який досить часто супроводжується несвідомим страхом смерті. В такому стані хворі лежать непорушно, дещо відчужені від оточення, або тривожні, неспокійні, метушливі, розгублені. Іноді такий стан наростає і хворі підскакують з ліжка, ходять, говорять, незважаючи на те, що розуміють небезпеку такої поведінки, але не можуть заспокоїтися і лягти. Спостерігається певна кореляційна залежність між локалізацією інфаркту міокарда і характером зміни психічної діяльності. При інфаркті задньої стінки міокарда спостерігається несвідомий страх смерті, тривога, туга. Ейфорія здебільшого супроводжує інфаркти передньої стінки, а також спостерігається при комбінованих ураженнях. Ейфорія завжди є ознакою важчого ураження серцевого м'яза і глибших психічних порушень. Це ускладнюється ще й тим, що такі хворі в зв'язку з неадекватною оцінкою свого стану порушують лікувальний режим, наражаючи себе на небезпеку.

Іноді в картині психічних розладів переважають апатія, адинамія. Такі хворі лежать спокійно, не скаржаться і не

виявляють інтересу ні до чого. Всі інфарктні хворі страждають на порушення сну і часто бачать сновидіння, в яких відображуються психологічні конфлікти, що непокоять хворого. Таких хворих необхідно розпитувати не тільки про самопочуття, але й про переживання, хвилювання, настрої, сновидіння. Це дозволяє з'ясувати внутрішню картину хвороби і вплинути на неї.

Після закінчення гострого періоду починають наростати слабкість, дратівливість та інші ознаки астенії. Хворих дратує яскраве світло, шум, галас, тактильні контакти, медичні процедури. Астенічні прояви зберігаються досить тривалий термін, можливе виникнення іпохондричної фіксації на минулих відчуттях, змінюється ставлення до больового синдрому. Після перенесеного інфаркту навіть незначні больові відчуття в ділянці серця викликають страх. У деяких хворих після інфаркту формується певний стиль поведінки: дотримання особливого щадного режиму, обов'язкове, але формальне дотримання приписів лікаря, обмеження кола своїх обов'язків, зосередження уваги на хворобі, наростає тривожність, знижується почуття товаришкості та щирого ставлення до близьких, з'являється відвертий егоцентризм з акцентом інтересів на самому собі, на власному організмі та його функціях і, нарешті, підсилена з часом тенденція до пильного спостереження за своїм здоров'ям помітно збільшують ймовірність формування іпохондричного розвитку особистості.

Усі особистісні зміни, які призвели до формування у пацієнта ІХС та інфаркту міокарда, після маніфестації хвороби різко посилюються, що, в свою чергу, призводить до погіршення соматичного стану – утворюється, так звана, “психосоматична спіраль”.

Разом з психогенними реакціями особистості на серцеві захворювання у хворих цієї категорії можуть спостерігатися неврозоподібні порушення, пов'язані з хворобливим процесом і зміною кровопостачання органів. Так, при вадах серця найчастіше відзначають неврастеноподібні стани, що супроводжуються підвищеною втомлюваністю при фізичних навантаженнях і психастенічними явищами. Першою ознакою психастенії є виснаження активної уваги, що під час бесіди з лікарем виявляється у реакціях роздратування, сльозливості, відмови від продовження розмови. При погіршенні соматичного стану хворого на зміну дратівливості і збудженню приходять млявість і байдужість. Істотне значення мають порушення сну, який стає поверхневим, з частими прокиданнями і сновидіннями неприємного змісту. В деяких випадках спостерігається виникнення істероформних розладів, які при тривалому перебігу призводять до змін особистості. Для

іпохондричних розладів при вадах серця типовим є стійкий сенестопатичний синдром.

Залежно від особливостей виникнення, перебігу та прогнозу соматичних розладів формуються і психічні порушення, може змінюватися поведінка пацієнта та його ставлення до хвороби і свого оточення. Надмірна дратівливість, плаксивість, агресивність, зниження порогу чутливості, зміни сну і апетиту, підвищена тривожність, демонстративність – далеко не повний перелік психічних змін, які виявляються у хворих з соматичною патологією.

На вираженість, тривалість і зміни психічної діяльності впливає виникнення та перебіг соматичного захворювання.

Соматичні захворювання часто спричиняють розвиток різних психічних розладів, що часто називають “соматично обумовленими психозами” (К. Шнайдер). Найчастіше при соматичних захворюваннях зміни психічної діяльності супроводжуються невротичними симптомами.

Клінічна картина соматогенних розладів залежить від характеру основного захворювання, ступеня його важкості, етапу перебігу, рівня ефективності терапевтичного впливу, а також від індивідуальних властивостей хворого: спадковості, конституції, преморбідного складу особистості, віку, статі, реактивності організму, наявності попередніх шкідливих чинників (С.Г. Жислін).

При вираженій інтоксикації і блискавичному перебігу захворювання можливий розвиток соматогенних психозів, що супроводжується станами зміненої свідомості.

Такі соматичні хвороби, як цукровий діабет, атеросклероз чи гіпертонічна хвороба можуть призводити до виникнення психо-органічних розладів.

Тривале соматичне захворювання, що обмежує соціальну активність та трудову діяльність пацієнта, часто призводить до патологічного розвитку особистості.

В терапевтичних відділеннях залізничної лікарні м. Києва проведено комплексне обстеження 123 пацієнтів з ішемічною хворобою серця віком від 34 до 65 років: 62 особи (50,6%) склали чоловіки, а 61 (49,4%) – жінки. Обстеження дало підстави виокремити дві групи пацієнтів з психічними розладами: хворі на ішемічну хворобу серця із субклінічними психічними розладами – 27 пацієнтів, хворі на ішемічну хворобу серця з психічними розладами клінічного рівня – 66 пацієнтів. Контрольну групу склали хворі на ішемічну хворобу серця без психічних розладів.

Основними діагностичними критеріями для виділення суб-клінічних розладів були:

- рудиментарність, фрагментарність, структурно-синдромальна незавершеність психічних розладів;
- відсутність суб'єктивного відчуття психічного захворювання (психічної змінності);
- відсутність інтерперсональної конфліктності, зумовленої хворобливим станом.

Психічний стан хворих вивчався у клінічному інтерв'ю – структурованому клініко-психіатричному обстеженні, що містить соціально-гігієнічний, соціально-психологічний та клініко-діагностичний розділи. У першому – дані про вік, стать, освіту, посаду та характер трудової діяльності, професію, сімейний стан; у другому – дані про характер досліджуваного, взаємини з оточенням, конфлікти, що передували виникненню соматичного захворювання, ступінь їх суб'єктивного значення; в третьому – дані про тривалість перебігу соматичного захворювання, про звертання в минулому до невропатологів, психіатрів, про психогенні або соматогенні фактори, дані клінічного обстеження (неврологічний, психічний та соматичний статус), лабораторних досліджень, діагностичний висновок про основне захворювання.

Окрім структурованої клінічної бесіди, проводилось клініко-патопсихологічне обстеження за допомогою комплексу методик, звернених як на уточнення структури та оцінку ступенем прояву психопатологічної симптоматики, так і на проєктивне дослідження емоційних відносин, вивчення психічної ригідності як одного з базисних факторів, що впливають на виникнення та перебіг психічних розладів, вивчення особливостей самосвідомості, що мають велике значення в ефективності психічної адаптації. Вибір методик дозволяв відтворити цілісний психологічний профіль хворого на ішемічну хворобу серця, порівняти його з моделлю “кардіальної поведінки” як типового поведінкового стереотипу хворих на ішемічною хворобою серця.

Комплекс використаних методик: опитувальник нервово-психічної дезадаптації; опитувальник неврозів Е. Александровича; тест М. Люшера; Томський опитувальник ригідності; тест СБОУ; тест РСК.

На другому етапі як контроль за ефективністю лікувальних заходів на початку та на 30-й день лікування використовувалась шкала депресій Гамільтона (НАМ-D) (Kaplan H.I. et al., 1994).

В результаті клінічних та клініко-патопсихологічних досліджень серед хворих на ішемічну хворобу серця було виявлено, що у 93 пацієнтів (75,6%) наявні ознаки межових психічних

розладів, у чоловіків цей показник складав 80,65%, у жінок – 71,9%. Серед досліджених осіб було відзначено статистично вірогідне ($p < 0,01$) переваження розладів клінічного рівня (71,12%), порівняно з субклінічними розладами (28,88%), що було притаманним для хворих на стабільну стенокардію напруження, де число клінічно виражених розладів досягало 86,36% ($p < 0,01$). У групах хворих з порушеннями ритму і зі стабільною стенокардією напруження ця закономірність мала менш виражений характер.

Загальна кількість пацієнтів з розладами клінічного рівня склала 67 осіб (54,47% від загального числа обстежених). Наростання клінічної психопатологічної симптоматики відбувалось паралельно до погіршення перебігу ішемічної хвороби серця (понад 54,17%), у більшості випадків у пацієнтів зі стабільною стенокардією напруження, віком 51-60 років, незалежно від статі.

Субклінічні розлади було виявлено у 27 пацієнтів (22,4% від загальної кількості обстежених): у більшості випадків у пацієнтів зі стабільною стенокардією, віком 31-40 років, не залежно від статі.

При розладах клінічного рівня по мірі зростання тривалості ішемічної хвороби серця підвищувалась ймовірність формування клінічно вираженої психопатологічної симптоматики. При подальшому опитуванні у цих хворих вдалось виявити зв'язок виникнення супутньої психічної патології з встановленням соматичного захворювання. Це дає змогу говорити, що у маніфестації субклінічних розладів мають значення різноманітні психогенні впливи в зв'язку з усвідомленням хворими факту хвороби і його суб'єктивного значення для особистості пацієнта.

Отже, психічні розлади спостерігались у 75,6% пацієнтів з ішемічною хворобою серця, що не лише дає підстави вважати їх достатньо розповсюдженими розладами у даній нозологічній групі, а й вказує на істотні ускладнення перебігу основного захворювання, які додатково погіршують серйозний клінічний і соціальний прогноз – у 54,47% пацієнтів вони мали клінічно виражений характер.

Значний рівень розповсюдження психічних розладів у хворих на ішемічну хворобу серця передбачає тісну взаємодію кардіологічних і медико-психологічних служб з метою більш повного і швидкого діагностування коморбідних психічних розладів та покращення якості надання медичної допомоги пацієнтам з кардіоваскулярною патологією та зменшення витрат на їх лікування.

Список використаних джерел

1. Беялов Ф.И. Психосоматические аспекты ишемической болезни сердца /Ф.И.Беялов // Кардиология. – 2002. – № 8. – С. 63-67.

2. Березин Ф.Б. Психологические механизмы психосоматических заболеваний /Ф.Б.Березин, Е.В.Безносок, Е.Д.Соколова // Рос. мед. журн. – 1998. – № 2. – С. 43-49.
3. Боро С.Я. Изучение психологических особенностей и стереотипов поведения как факторов риска ишемической болезни сердца в связи с ее профилактикой /С.Я.Боро, Л.А.Блакитная, Т.В.Цыганок // Журн. психиатрии и медицинской психологии. – 2004. – № 4 (14). – С. 113-117.
4. Гурылева М.Э. Критерии качества жизни в медицине и кардиологии /М.Э.Гурылева, М.В.Журавлева, Г.Н.Алеева// Здоров'я України. – 2006. – № 17. – С. 65.
5. Задионченко В.С. Психологические особенности и качество жизни больных артериальной гипертензией с метаболическими факторами риска /В.С.Задионченко, С.Б.Хруленко, О.И.Петухов // Кардиология. – 2002. – № 8. – С. 15-19.
6. Ігнатів М.Ю. До питання щодо терапії тривожно-депресивних розладів неспихотичного регістру, коморбідних із серцево-судинними захворюваннями /М.Ю.Ігнатів, М.В.Маркова, Є.М.Харченко та ін.// Новини медицини і фармації. – 2007. – № 1 (205). – С. 6-8.
7. Набибулліна Р.Р. Взаимосвязь механизмов психологической защиты с формированием пограничных психических расстройств у больных артериальной гипертензией /Р.Р.Набибулліна // Казанский мед. журн. – 2005. – Т. 86, № 5. – С. 364-367.
8. Расулов М.М. Роль психических и социальных факторов в развитии ишемической болезни сердца /М.М.Расулов, М.Т.Тохилов, М.К.Нурбеков и др.// Рос. мед. журн. – 2003. – № 4. – С. 53-55.
9. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине: Руководство для врачей /А.Б.Смулевич. – М.: Мед. информ. агентство, 2001. – 256 с.
10. Шашков О.В. Психические расстройства в кардиохирургической клинике /О.В.Шашков// Журн. психиатрии и медицинской психологии. – 2004. – № 4 (14). – С. 181-183.
11. Шмалій В.І. Клініко-інструментальні особливості у хворих на ІХС з порушенням ритму серця в поєднанні з депресивними розладами /В.І.Шмалій // Галицький лікарський вісник. – 2005. – Т. 12. – № 4. – С. 123-125.
12. Larson S.L., Owens P.L., Eaton W. Depressive disorder, dysthymia, and risk of stroke. Thirteen-year follow-up from the Baltimore Epidemiology Catchment Area Study // Stroke. – 2001. – № 32 (9). – P. 1979.

13. Ohira T., Iso H., Satoh S. et al. Prospective study of depressive symptoms and risk of stroke among Japanese // Stroke. – 2001. – № 32 (4). – P. 903.
14. Reeder L.G., Chapman J.M., Coulson A.H. Socioenvironmental stress, tranquilizers and cardiovascular disease. Psychotropic drugs in internal medicine. Excerpta Medica foundation. International Congress. Amsterdam 1960; 226-238.

The study of regularities of the dynamics of formation non-psychological mental disorders in somatic patients with ischemic heart disease, the nature and mechanisms of mental desadaptation accompanying physical illness and the need of complex medical and psychological approach in the process of treatment.

Keywords: complex medical and psychological approach, somatic illness, psychopathological disorders, ischemic heart disease

Отримано: 11.03.2012 р.

УДК 159.922.7

Т.Б.Кодлубовська

АНАЛІЗ НАСЛІДКІВ СТРЕСУ У СПІВРОБІТНИКІВ ОВС ДЛЯ РОЗРОБКИ І ВПРОВАДЖЕННЯ ІНДИВІДУАЛЬНИХ ПРОГРАМ З ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ПРОФЕСІЙНОЇ ДЕФОРМАЦІЇ

У статті подано результати визначення показників проявів деструктивних психологічних станів у працівників ОВС після роботи в екстремальних умовах. Розглянуто аналіз психологічних наслідків стресу для побудови індивідуальних програм з психологічної реабілітації і профілактики професійної деформації.

Ключові слова: стрес, небезпека, виснаження, адиктивна поведінка, аналіз, усвідомлення.

В статье показаны результаты определения показателей проявления деструктивных психологических состояний у сотрудников ОВД после работы в экстремальных условиях. Рассмотрен анализ психологических