

Коморбідні непсихотичні психічні розлади у пацієнтів кардіологічного відділення

Статтю присвячено обґрунтуванню необхідності застосування комплексного медико-психологічного дослідження у процесі лікування пацієнтів з хворобами серцево-судинної системи та коморбідними непсихотичними психічними розладами.

Ключові слова: комплексний медико-психологічний підхід, хвороби серцево-судинної системи, коморбідні непсихотичні психічні розлади.

Стаття посвячена обоснованню необхідності применення комплексного медико-психологического исследования в процессе лечения пациентов с болезнями сердечно-сосудистой системы и коморбидными непсихотическими психическими расстройствами.

Ключевые слова: комплексный медико-психологический подход, болезни сердечно-сосудистой системы, коморбидные непсихотические психические расстройства.

Актуальність дослідження обумовлено високим рівнем непсихотичних психічних розладів у пацієнтів загальної медичної практики, низьким рівнем діагностики даної патології та відсутністю адекватної лікувальної допомоги. Стан проблеми потребує розробки алгоритмів діагностики, лікувальної тактики при таких розладах, профілактичних та організаційних заходів, а також створення навчальних програм з даних питань для лікарів загальної медичної практики.

Для лікарів загальної практики, зорієнтованих на природничо-наукову модель медицини, поєднання соматичних та психічних розладів у пацієнтів створює певні діагностичні та терапевтичні складності. Вагомі міжнародні дослідження, проведені в 14 медичних установах у 12 країнах світу, засвідчують, що психічні розлади широко представлені у пацієнтів первинної медичної мережі (Т.В.Устин, N.Sartorius, 1995). Так, за даними ВООЗ, поширеність депресивних розладів серед пацієнтів, які страждають на соматичні захворювання, складає 22-33% стаціонарних хворих. Наявність коморбідності психічних розладів створює додаткові труднощі для діагностики та терапевтичної тактики соматичних хворих із психічними розладами. Діагностика таких розладів та їхня

корекція недостатні через незначну кількість звертань хворих по спеціалізовану психолого-психіатричну допомогу, а також внаслідок труднощів розпізнавання психічної патології лікарями загальної медичної практики. Психічні розлади впливають на перебіг соматичного захворювання, обтяжують його перебіг та погіршують прогноз. Отже, назріла нагальна потреба вивчення поширеності та структури психічних розладів, що зустрічаються в загальній медичній практиці, для покращання діагностики та лікування таких форм психічної патології, а також удосконалення форм організації психіатричної допомоги цієї групі пацієнтів.

Мета дослідження – на підставі вивчення поширеності і структури коморбідних психічних розладів у пацієнтів кардіологічного відділення розробити критерії діагностики таких розладів для удосконалення організації медичної та психологічної допомоги даній категорії пацієнтів.

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 із соматичною патологією. На вираженість, тривалість та 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 виражаються 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.

При вираженій інтоксикації і блискавичному перебігу захворювання можливий розвиток соматогенних психозів, що супроводжується станами зміненої свідомості. Тривале соматичне захворювання, що обмежує соціальну активність та трудову діяльність пацієнта, часто призводить до патологічного розвитку особистості.

Б.В. Михайлов виокремлює три основні групи непсихотичних розладів психіки у хворих із соматичною патологією.

Соматогенний астеничний симптомокомплекс, що сформувався в результаті нейротоксичного та психотравмуючого впливу соматичних захворювань, формується в результаті зміни біосоціального статусу особистості, що виникла незалежно від її суб'єктивно-вольової сфери під впливом хвороби. Розлади виявляються у наростанні невротичних скарг по мірі тривалості хвороби. Загальна астения, зниження концентрації, погіршення пам'яті, дратівливість, перепади настрою (з тенденцією до тужливого), розладу сну, головні болі.

Гострі невротичні розлади, які виникли у соматичних хворих внаслідок перенесених психотравм, відзначають у пацієнтів з преморбідними акцентуаціями характеру, вони виявляються невротичними розладами, що відповідають клініці неврастенії, дисоціативних і obsesивно-компульсивних розладів і за своєї інтенсивністю переважають симптоматику соматичного захворювання, яке інтерпретується актуальною психотравмою.

Непсихотичні розлади із затяжним перебігом, на фоні якого розвинувся соматичний розлад виявляються невротичною симптоматикою, що, втративши зв'язок з психотравмою, супроводжується усвідомленням хворобливості свого стану, наростанням вегетативних та соматовісцеральних компонентів та подальшим формуванням психопатизації особистості хворого, проявами ригідності та дезадаптації.

Психосоматичний розлад серцево-судинної системи у вигляді артеріальної гіпертензії – один з найбільш досліджених психологами та клініцистами, які погоджуються із залежністю між підвищенням артеріального тиску та характерологічними особливостями особистості пацієнта, що виявляється у значній тривожності, підвищеній вразливості і збудливості, афективній нестійкості (особливо на фоні тривалої психотравмуючої ситуації), яка не знаходить емоційного виходу і не зменшується внаслідок позитивних переживань.

Г.Ф. Ланг виокремив основні патогенетичні фактори гіпертонічної хвороби: психічна травматизація, постійна афективна напруженість, тривога і неспокій, пригнічення гніву та агресивних імпульсів, боротьба за визнання, підвищене почуття відповідальності та страх не справитись із дорученою справою, хронічний брак часу, відчуття необхідності безперервного контролю зовнішніх проявів своїх почуттів.

Серед преморбідних особливостей особистості, що призводять до розвитку лабільної артеріальної гіпертензії, особливо слід звертати увагу на виражену афективну нестійкість (нерідко на тлі

тривалої психотравмуючої ситуації), тривожність, підвищену вразливість і збудливість, ригідність у викорененні неприємних вражень і обмежену здатність до переживання позитивних емоцій (схильність до песимізму, фобій і спастичних явищ, замкнутість, ворожість і підозріливість до оточення). Іпохондрична налаштованість зазвичай формується в емоційно нестабільних особистостях з тенденцією до надмірної фіксації на своєму здоров'ї. Порушення психічної сфери, що виявляється у підвищеній дратівливості, надмірній чутливості щодо значущих зовнішніх подразників, швидкій втомлюваності, зниженні працездатності, розладах сну і схильності до вазоконстрикторних реакцій на різні подразники, чітко окреслюються ще в ініціальній стадії захворювання.

Дані психологічних досліджень свідчать про те, що хворим з артеріальною гіпертензією притаманна переважно “споживча” поведінка, скерована лише на задоволення власних потреб. У той же час ці хворі відрізняються значно більшою пасивністю в досягненні своїх цілей і ймовірно більш низьким ступенем “самооцінки” порівняно зі здоровими людьми. Визначений дефект у соціальному вихованні, що обумовлює однобічну, езопову орієнтацію особистості, являє собою, власне кажучи, один з дуже важливих факторів ризику артеріальної гіпертензії.

У розвитку артеріальної гіпертензії вирішальну роль відіграє постійна або періодична афективна напруженість із домінуючими ангіоспастичними явищами, що спричиняє підвищення загального периферичного опору. Тимчасове підвищення артеріального (переважно систолічного) тиску під впливом афективних переживань або раптовий різкий його підйом –гіпертонічний криз – безпосередньо після впливу психотравмуючих чинників, часто виникає не лише у клініці невротичних станів і стійкої артеріальної гіпертензії, а й у практично здорових людей. Наростаюча афективна напруженість на тлі соматогенної і психогенної астенії обумовлює нерідко трансформацію стійкої артеріальної гіпотензії в лабільну артеріальну гіпертензію, при якій починаються раптові і різкі перепади артеріального тиску, що переносяться особливо важко.

Серед скарг пацієнтів з артеріальною гіпертензією на перший план виступають скарги на головний біль, а також скарги на “неприємні відчуття в голові”, запаморочення, озноб, різке похолодіння та заніміння кінцівок, шум у вухах, фотопсії, брак повітря, біль в ділянці серця, що імітує напад стенокардії або інфаркт міокарда. На тлі тривожно-тужливого настрою хворі

відзначають неприємні та болісні відчуття в голові (тиск, постукування) і у всіх частинах тіла (стискання, оніміння, поколювання тощо). Характерно, що стійкість, поширеність і розмаїття цих алгій, що зберігаються в деяких хворих і при нормалізації артеріального тиску в процесі гіпотензивної терапії, дозволяють говорити про психогенний характер розладу. Постійний головний біль, який, ймовірно, виникає внаслідок тривалого напруження м'язів обличчя та шиї через необхідність постійного контролю над проявами власних емоцій, образи, ворожості до когось або незадоволених потреб, у хворих з психогенною артеріальною гіпертензією зникає при застосуванні транквілізаторів, що мають рефлексотерапевтичні та міорелаксуючі властивості.

Відомо, що в основі численних скарг хворих (давить, смикає, переливається та ін.) переважно є реальні відчуття, викликані судинними розладами, які самі хворі трактують згідно зі своїми уявленнями про хворобу та потребу в отриманні вторинної вигоди. Специфічні симптоми гіпертензії сприяють активізації фобій, які нерідко на ранніх етапах захворювання набувають виразного пароксизмального характеру і протікають за типом церебрально-судинних або гіпоталамічних кризів, що супроводжуються вітальним страхом, дифузійною тривогою, розгубленістю, почуттям пригніченості і туги, запамороченням, наростаючим головним болем, відчуттям браку повітря і “нудоти”, ознобу і похолодання кінцівок, а відтак – роблять уявлення про наближення смерті ще більш переконливим для хворого.

Психопатологічні прояви виявляються не лише у постійному, стійкому нездоланному страху смерті, а й можливих наслідків захворювання, в першу чергу паралічів, психічних розладів, безпорадності та залежності від оточення.

Усе це свідчить, що психогенна артеріальна гіпертензія за своїм походженням та перебігом наближена до неврозів з домінуючою вазоконстрикторною реакцією і повинна лікуватися, в першу чергу, з цієї позиції.

Ішемічна хвороба серця (ІХС) виникає внаслідок звуження коронарних артерій, зумовленого 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 у 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 складаються 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, киснєве голодування, яке супроводжує порушення

серцевої діяльності і розлади дихання, розпад некротичних тканин і надходження у 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, рухово 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 у 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, настрій, 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 на 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 реакцію страху. 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 товариськості 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, що помітно збільшує 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.

Обстежено пацієнтів кардіологічного відділення з ішемічною хворобою серця (ІХС) – 29% , гіпертонічною хворобою (ГХ) – 22% , порушеннями серцевого ритму – 26% , а 23% пацієнтів перенесли понад рік тому інфаркт міокарда. Усі пацієнти були подібні за віком, соціальним статусом: сімейним станом, освітнім рівнем, умовами проживання та рівнем доходу.

Психопатологічні обстеження виявили ознаки депресивних розладів у 32,1% пацієнтів. Виявлена частота депресивних розладів у жінок у 2,9 раза більша, ніж у чоловіків. Серед пацієнтів із депресивними розладами було більше, ніж у контрольній групі, самотніх, з низьким рівнем доходу, з порушеннями функціональної повсякденної життєдіяльності.

Клінічний діагноз депресивних розладів встановлювався згідно з діагностичними критеріями та відповідали рубрикам: афективні розлади настрою (60,8%); адаптаційні розлади (15,5%); дистимічні розлади (23,7%).

У структурі депресивних розладів у кардіологічних пацієнтів можна виокремити такі основні афективні симптоми: апатія, тривога, афективна лабільність, дисфорія, гіпотимія, ангедонія. У таблиці 1 представлено основні афективні симптоми в пацієнтів у групі депресивного розладу та контрольній групі.

Таблиця 1

Частота основних афективних симптомів

Симптоми	Основна група (n=97)		Група порівняння (n=55)	
	абс.	%	абс.	%
апатія	77	79,4	35	63,6
емоційна лабільність	88	90,7	42	76,4
тривога	52	53,6	6	10,9
дисфорія	59	60,8	20	36,4
гіпотимія	81	83,5	25	45,5
ангедонія	82	84,5	5	9,1

Найчастіше зустрічаються емоційна лабільність, ангедонія та гіпотимія. Високо вірогідними симптомами депресії в кардіологічних хворих були ангедонія та гіпотимія.

Кореляційний аналіз виявив значущі кореляції між окремими афективними симптомами: гіпотимією та апатією ($R=0,43$, $p<0,05$), афективною лабільністю ($R=0,35$, $p<0,05$); апатією та астеною ($R=0,56$, $p<0,05$); афективною лабільністю та дисфорією ($R=0,41$, $p<0,05$).

Гіпотимія корелювала з жіночою статтю, вираженим ступенем депресії та наявністю булімічних розладів. Дисфорія виявляла зв'язок із помірною вираженістю депресії та наявністю кошмарних сновидінь.

Висновки. У загальній медичній практиці у 37,3% пацієнтів кардіологічного стаціонару виявлено коморбідні психічні розлади непсихотичного рівня. Показник коморбідності у середньому в одного пацієнта складав $3,3 \pm 1,56$ психопатологічних розлади.

Основними предиспозиційними факторами сприяння виникненню коморбідних психічних розладів у пацієнтів кардіологічного профілю є спадкова обтяженість на психічні захворювання, порушення повсякденного функціонування, низький рівень доходів, самотність, втрата близьких, погіршення соматичного стану, тривалі психотравматичні ситуації.

The grounding for a comprehensive medical and psychological research in the treatment of patients with diseases of the cardiovascular system and comorbid non-psychotic mental disorders.

Keywords: complex medical and psychological approach, diseases of the cardiovascular system, comorbid non-psychotic mental disorders.

Отримано: 5.02.2012 р.

УДК 159.946

І.В.Ковальчук

Іншомовна комунікативна культура особистості студента в процесі професійної підготовки

У статті доведено, що іншомовна комунікативна культура студентів мовних спеціальностей є важливим компонентом в процесі професійної підготовки. Вона є складним інтегрованим поняттям, в структуру якого входять когнітивний, емоційно-ціннісний і діяльнісний компоненти.

Ключові слова: іншомовна комунікативна культура, особистість, спілкування, іноземна мова.

В статье доказано, что иноязычная коммуникативная культура студентов языковых специальностей является важным компонентом в процессе их профессиональной подготовки. Это сложное интегрированное понятие, в структуру которого входят когнитивный, эмоционально-ценностный и деятельностный компоненты.

Ключевые слова: иноязычная коммуникативная культура, личность, общение, иностранный язык.

У своїх працях М.С. Каган, А.В. Петровський підкреслюють, що процес розвитку особистості неможливо уявити поза спіл-