

Рисунок. Схема несприятливої динаміки доклінічних форм обсе́сивно-компульсивних розладів

більш виражений рівень рефлексії, призводить до того, що найбільш значущим механізмом несприятливої динаміки доклінічних обсе́сивних проявів є оформлення відчуття внутрішньої несвободи, чужості та небажаності обсе́сивно-компульсивних феноменів. Оформленню клінічно завершеного обсе́сивно-компульсивного розладу в дітей 11–13 років сприяє особистісний фактор, що узгоджується з даними літератури. Даний фактор у вказаному віці набуває особливої значущості, зважаючи на характерне зростання самосвідомості та вступ дитини у ту фазу пубертату, яка характеризується поєднанням заперечення досвіду попередніх поколінь і невпевненістю у

власному досвіді. Така психологічна ситуація легко формує окремі ананкастні риси поведінки, які за описаних нами вище умов стають основою для формування обсе́сивно-компульсивного розладу.

Перспективи подальших досліджень у даній сфері лежать, на наш погляд, у вивченні впливу психологічних новоутворень передпідліткового віку на формування обсе́сивно-компульсивних невротичних розладів. Крім того, перспективним вважаємо дослідження механізмів і прийомів диференційованої корекції даного виду розладів.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Александровский Ю. А. Методологические особенности обследования и лечения больных с пограничны-

ми психическими расстройствами // Врач. дело. — 1991. — № 9. — С. 29–34.

2. Антропов Ю. В., Шевченко Ю. С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. — М.: Изд-во Института психотерапии; Изд-во НГМА, 2000. — 320 с.

3. Глоссарий основных синдромов и симптомов психических заболеваний детского возраста. — М., 1977. — 100 с.

4. Глоссарий психопатологических синдромов и состояний. — М., 1990. — 112 с.

5. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. — М.: Медицина, 1995. — 601 с.

6. Ковалев В. В., Шевченко Ю. С. Проблема невротозов и невротоподобных состояний в свете современных представлений детско-подростковой психиатрии // Журнал невр. и психиатрии им. Корсакова. — 1991. — № 6. — С. 127–130.

7. Личко А. Е. Подростковая психиатрия: Руководство для врачей. — Л.: Медицина, 1985. — 416 с.

8. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Л.: Медицина, 1983. — 255 с.

9. Михайлова Э. А., Проскурина Т. Ю. Современный аспект охраны психического здоровья детей и подростков // Архив психиатрии. — 2001. — № 4 (27). — С. 21–23.

10. Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. — М., 1955. — Т. 1. — 458 с.

УДК 616.12-005.4-07:615.838

О. Г. Юшковська

## ПСИХОСОМАТИЧНИЙ ПРОФІЛЬ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ, ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ НА САНАТОРНОМУ ЕТАПІ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Одеський державний медичний університет

Психосоматичний підхід до здоров'я і хвороби є саногенетично обумовленим, він розглядає ці два поняття як взаємодію біологічних, психологічних і соціальних факторів. Дана точка зору, що знайшла підтвердження в різних галузях медицини, принципово відрізняється від традиційної біомедичної моделі хвороби як суто фізичної аномалії, спричи-

неної фізико-хімічними факторами. До так званих справжніх психосоматозів разом з іншими належить ішемічна хвороба серця (ІХС) [1].

Різноманітні психосоматичні розлади об'єднує спільна ознака — поєднання порушень психічної і соматичної сфери і пов'язані з цим особливості медичного обслуговування хворих — лікування та реабілітації.

Хворі на ІХС характеризуються психосоматичними співвідношеннями, які розглядаються в межах двох основних підходів. Перший — «психоцентричний», при якому аналізується вплив на виникнення, клінічні прояви, перебіг і прогноз ІХС гострого і хронічного психічного стресу [2; 3], а також вплив конституціональних особливостей особистості, напри-



клад, алекситимії [4] або поведінкового типу А [5].

У межах другого — «соматоцентричного» — підходу вивчається вплив особливостей клінічних проявів і перебігу ІХС на суб'єктивне сприйняття пацієнтом свого захворювання і особливості психічних розладів, прояв яких пов'язаний із соматичним стражданням [6].

Як основні механізми, що опосередковують патогенний ефект характеристик психічного статусу пацієнта на виникнення і перебіг ІХС, розглядаються: підвищення активності симпатoadреналової системи, що спричинює каскад фізіологічних реакцій (підвищення АТ, збільшення ЧСС, зниження варіабельності серцевого ритму, спазм коронарних артерій, підвищення згортання крові та ін.); збільшення концентрації атерогенних ліпідів у плазмі; гіперсекреція деяких гормонів (зокрема катехоламінів, кортизолу і тестостерону), що асоціюються з прогресуванням атеросклеротичного ураження коронарних артерій.

У більшості досліджень, виконаних у межах психосоматичного підходу, аналізується відносно вузький спектр характеристик хворих на ІХС і обмежений набір показників, які впливають на формування психосоматичних реакцій. Більше того, результати деяких досліджень конфронтують між собою. Причому найбільш суперечливими є дані, одержані при аналізі дії на формування психосоматичних реакцій різних характеристик інфаркту міокарда [7–9]. Тимчасом результати деяких робіт свідчать про те, що такі, здавалося б, менш значущі клінічні характеристики ІХС, як особливості симптоматики (характер ангінозних болів, частота виникнення пароксизмів аритмії серця) і клінічного перебігу ІХС (наявність стенокардії в анамнезі, час появи клінічних проявів соматичного страждання) можуть мати велике значення для формування пси-

хосоматичних реакцій у хворих на ІХС [10–14].

Специфіка основного захворювання у хворих на ІХС пов'язана в переважній більшості випадків з необхідністю постійного прийому певної кількості лікарських препаратів, тому найоптимальнішим вибором корекції психосоматичних розладів при ІХС є пошук немедикаментозних ефективних способів лікування і реабілітації [15–16]. Це пов'язано з тим, що сьогодні арсенал методик, використовуваних для немедикаментозної корекції виявлених порушень, невеликий, не розроблено ефективних адресних методик, що враховують як соматичні аспекти захворювання, так і психологічні особливості хворого в контексті психосоматичного підходу.

#### Матеріали та методи дослідження

У дослідження було включено 375 хворих на ІХС, які знаходяться на санаторно-курортному етапі реабілітації. Пацієнтів спостерігали у період їхнього перебування в базовому клінічному санаторії «Лермонтовський» (м. Одеса). Середній вік хворих на ІХС, що знаходяться на санаторно-курортному лікуванні, становив  $(47,3 \pm 10,2)$  року, зокрема для жінок  $(46,0 \pm 7,8)$  року, для чоловіків —  $(48,3 \pm 11,0)$  року. Всіх обстежених було розподілено на дві групи. До першої групи увійшло 177 хворих на ІХС, що перенесли інфаркт міокарда в терміни до 3 міс, передуючих реабілітації. Друга група — 198 хворих на ІХС без інфаркту міокарда в анамнезі.

Інтегральна оцінка психологічного статусу проводилася за допомогою тесту MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) у варіанті адаптованого для хворих на ІХС скороченого багатofакторного опитувальника особистості.

У методиці цього тесту є 8 клінічних шкал і три оцінні шкали. Оцінні шкали L, F і K вико-

ристовуються з метою дослідження відношення пацієнта до тестування і судження про достовірність результатів дослідження. Якщо результати за цими шкалами становлять від 70 до 80 Т-балів, одержаний профіль представляється сумнівним, а при результаті понад 80 Т-балів — недостовірним.

Твердження, включені до шкали L, відібрані з метою виявлення тенденції пацієнта відрекомендувати себе в найбільш вигідному світлі. Значне підвищення профілю на шкалі F указує на випадкове або навмисне спотворення результатів дослідження. Шкала K складається з тверджень, які дозволяють диференціювати осіб, прагнучих пом'якшити або приховати психопатологічні явища.

Клінічні шкали, розташовані в лівій половині профілю, — перша, друга і третя — об'єднуються терміном «невротична триада», оскільки підвищення профілю на цих шкалах звичайно спостерігається при невротичних розладах.

Підйом профілю на першій шкалі виникає, якщо хворий відчуває постійну тривогу щодо стану свого фізичного здоров'я, ця шкала характеризує вираженість іпохондричної тенденції.

Твердження, що складають другу шкалу, стосуються таких явищ, як внутрішня напруженість, невпевненість, тривога, зниження настрою, знижена самооцінка, песимістична оцінка перспективи.

Включені до третьої шкали твердження можуть бути розділені на дві основні групи. До першої групи входять твердження, що відображають схильність суб'єкта пред'являти соматичні скарги, до другої — твердження, що виявляють тенденцію заперечувати емоційні утруднення і напруженість у міжособистісних контактах.

Четверта шкала містить твердження, які здебільшого пов'язані з незадоволеністю життям,



відчуттям власної непристосованості та переживанням несправедливості й незрозуміння з боку оточуючих.

Шоста шкала складається з тверджень, що виявляють поєднання образливості зі скаргами на недоліки оточуючих, їх ворожі дії. В осіб з піком профілю на шостій шкалі негативні емоції знаходять пояснення за рахунок відбору інформації, підтверджуючої їх адекватність, тоді як інформація, що суперечить сформульованій точці зору, не сприймається і не враховується.

Сьома шкала містить твердження, що стосуються тривоги, страхів, невмотивованих побоювань, невпевненості в собі і в компетентності оточуючих, зниженої самооцінки.

Восьма шкала складається з тверджень, реакція на які відображає такі особливості, як ізоляцію в результаті порушення соціальних контактів і слабкості сімейних зв'язків, відсутність глибоких інтересів, внутрішню напруженість і незадоволеність ситуацією, своєрідне сприйняття.

В осіб з вираженим піком профілю на дев'ятій шкалі поведінка може ставати неадаптивною у зв'язку з надмірно і погано направленою активністю, емоційним збудженням, дратівливістю, образливістю

і недостатньою стриманістю.

Порівнюваність результатів, одержаних за різними шкалами, досягається конвертацією «сирого» результату в Т-бали за формулою:

$$T = \frac{50 + 10(\chi_1 - M)}{SD}, \quad (1)$$

де середній результат відповідає 50; середньоквадратичне відхилення дорівнює 10;  $\chi_1$  — «сирий» результат; M — середня арифметична; SD — стандартне відхилення «сирого» результату.

У зв'язку з емпіричною стандартизацією, статистичною оцінкою і наявністю коригуючих шкал результати дослідження не залежать від установки обстежуваного, його ставлення до тестування, здатності до самооцінки. При аналізі результатів дослідження враховують форму профілю, визначувану співвідношенням шкал за висотою, загальний підйом профілю, абсолютну і відносну величини піків.

### Результати дослідження та їх обговорення

Обстеживши дві респондентські групи, ми одержали дані, які достовірно розрізняються між собою.

Хворі, які перенесли інфаркт міокарда, характеризуються

підйомом профілю на оцінній шкалі F і зниженням профілю на шкалі K, що відображає наявність у цій групі хворих зі станом вираженої внутрішньої напруженості, схильністю перебільшувати тяжкість симптомів, виявлених у них, бажанням викликати співчуття. Піки профілю спостерігаються також на першій і четвертій клінічних шкалах, відображаючи тривогу хворого за стан свого фізичного здоров'я і використання соматичних скарг для впливу на оточуючих, зокрема лікарів і родичів. Відмітною особливістю профілів є також низький рівень показників на дев'ятій шкалі, який відображає брак спонукань, нездатність відчувати задоволення, зниження активності, легко виникаюче відчуття вини і недостатню оцінку власних можливостей (рис. 1).

Інша картина спостерігається в групі хворих на ІХС без наявності коронарної катастрофи в анамнезі. Різниця F–K у цих хворих виражена значно менше, що свідчить про менш негативне сприйняття хворим свого соматичного стану. Спостерігаються піки профілю на першій і третій шкалах. Реакції такого типу можуть здійснюватися за рахунок іпохондричних проявів, виникнення постійних скарг на стомлюваність, дратів-

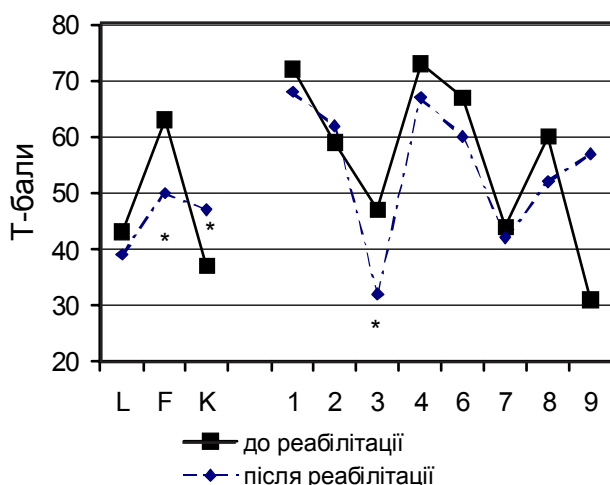


Рис. 1. Профіль оцінки структури особистості хворих на ІХС з інфарктом міокарда в анамнезі за тестом скороченого багатфакторного опитувальника особистості; \* — зміни вірогідні при  $P < 0,05$

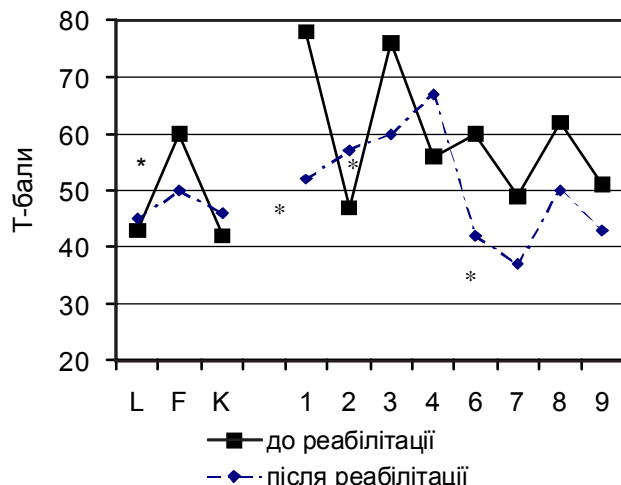


Рис. 2. Профіль оцінки структури особистості хворих на ІХС без інфаркту міокарда в анамнезі за тестом скороченого багатфакторного опитувальника особистості; \* — зміни вірогідні при  $P < 0,05$



ливість, нездатність до концентрації уваги (рис. 2).

Абсолютно очевидна необхідність корекції психологічного сприйняття соматичного захворювання і можливість такої корекції за допомогою розробленого нами комплексу психокінетичних вправ, який містить дозований вплив спеціальних фізичних навантажень на уражену систему на фоні загальнорозвиваючих вправ з подальшою психотерапевтичною установкою, направленою на саморегуляцію фізіологічних процесів, а потім навпаки — призначення комплексу психфізичних вправ, який містить первинну цілеспрямовану психотерапевтичну дію з подальшим використанням кінезотерапії [17].

Після проведеного курсу психокінетичної гімнастики повторне дослідження психологічних профілів особистості за допомогою скороченого багатofакторного опитувальника особистості дало такі результати.

У групі хворих, які перенесли інфаркт міокарда, позитивний вплив реабілітаційних заходів виражався помірним зниженням профілю за шкалою F і підйомом профілю на шкалі K. Дані зміни можна трактувати як зменшення рівня тривоги за стан здоров'я і потреби в допомозі медичних працівників й родичів. Оскільки такі якості покращують соціальну адаптацію, підвищення профілю за шкалою K може розглядатися як прогностично сприятлива ознака. Наявність позитивної тенденції простежується і в зниженні піку на третій шкалі. Разом з тим спостерігається приріст значень на дев'ятій клінічній шкалі, що пов'язують з оптимістичною налаштованістю і готовністю до співпраці з медичним персоналом.

У другій досліджуваній групі підйом профілю за шкалою K існує, проте такий приріст невірогідний. За першою і третьою шкалами відбувається

вірогідне зниження результатів. Кількість T-балів зменшується і на шостій шкалі, що відповідає зниженню значущості для цієї групи хворих їх соматичних відчуттів і, відповідно, впливу даного факту на поведінку.

### Висновки

На підставі вищесказаного можна зробити такі висновки: група хворих на ішемічну хворобу серця характеризується особливостями психосоматичного статусу, який залежить від наявності інфаркту міокарда в анамнезі і піддається корекції засобами ЛФК, зокрема психокінетичною гімнастикою. Одержані дані дозволяють розробити індивідуальні та водночас уніфіковані рекомендації в методології ЛФК при комплексній реабілітації хворих на ішемічну хворобу серця.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Бройтшам В., Кристіан П., Рад М. Психосоматическая медицина. — М.: ГЭОТАР медицина, 1999. — 357 с.
2. Consoli S. M. Stress and the cardiovascular system // *Encephale*. — 1993. — Vol. 1. — P. 163-170.
3. Siltanen P. Stress, coronary disease, and coronary death // *Ann. Clin. Res.* — 1997. — Vol. 19. — P. 96-103.
4. Alexithymia way influence the diagnosis of coronary heart disease / J. Kauhanen, G. A. Kaplan, R. D. Cohen et al. // *Psychosom. Med.* — 1994. — Vol. 56. — P. 237-244.
5. Van Egeren L. F., Sparrow A. W. Ambulatory monitoring to assess real-life cardiovascular reactivity in Type A and Type B subjects // *Psychosom. Med.* — 1990. — Vol. 52. — P. 297-306.
6. Смулевич А. Б. Психическая патология и ишемическая болезнь сердца (к проблеме нозогений) // *Психические расстройства и сердечно-сосудистая патология* / Под ред. А. Б. Смулевича, А. Л. Сыркина. — М., 1994. — С. 12-19.
7. Беялов Ф. И. Психосоматические аспекты ишемической болезни сердца (обзор) // *Кардиология*. — 2002. — № 8. — С. 63-80.
8. Хадгезова А. Б., Айвазян Т. А., Померанцев В. П. Динамика психологического статуса и качества жизни

больных инфарктом миокарда в зависимости от тяжести течения постинфарктного периода // Там же. — 1997. — № 1. — С. 37-40.

9. *Anxiety and depression after acute myocardial infarction* / J. M. Crowe, J. Runions, L. S. Ebbesen et al. // *Heart Lung*. — 1996. — Vol. 25. — P. 98-107.

10. Шевырева Р. М. Психосоматические взаимоотношения у больных ишемической болезнью сердца со стабильной стенокардией напряжения // *Журн. невроп. психиатр. им. С. С. Корсакова*. — 1992. — Т. 92, № 2. — С. 78-80.

11. *Valutazione psicologica in pazienti con insufficienza cardiaca grave in attesa di trapianto cardiaco* / P. Gentili, L. De Biase, A. Franzese et al. // *Cardiologia*. — 1997. — Vol. 42. — P. 195-199.

12. Lavoie K. L., Fleet R. P. The impact of depression on the course and outcome of coronary artery disease: review for cardiologists // *Can. J. Cardiol.* — 2000. — Vol. 16 (5). — P. 653-662.

13. Ariyo A. A., Haan M., Tangen C. M. Depressive Symptoms and Risks of Coronary Heart Disease and Mortality in Elderly Americans // *Circulation*. — 2000. — Vol. 102. — P. 1773.

14. *Enhancing recovery in coronary heart disease patients (ENRICHED): study design and methods*. The ENRICHED investigators // *Am. Heart. J.* — 2000. — Vol. 139. — P. 1-9.

15. Бельский Н. Е., Черткова Е. Г., Поликарпов Б. М. Диагностика и коррекция психогенных расстройств у больных инфарктом миокарда на этапах реабилитации // *Врач. дело*. — 1991. — № 3. — С. 66-69.

16. Milani R. V., Lavie C. J., Cassidy M. M. Effects of cardiac rehabilitation and exercise training programs on depression in patients after major coronary events // *Am. Heart. J.* — 1996. — Vol. 132. — P. 726-732.

17. *Позитивне рішення про видачу деклараційного патенту на винахід МПК 7 А61Н1/00 № заявки 2003065505 Спосіб реабілітації хворих на ішемічну хворобу серця* / Соколовський В. С., Лічінакі О. О., Юшковська О. Г. Дата подання заявки 13.06.2003.

