

СУЧАСНА ПСИХОКАРДІОЛОГІЯ: СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ У СФЕРІ ДИТЯЧОЇ КАРДІОХІРУРГІЇ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Вроджені вади серця у дітей розглянуто у світлі психокардіології починаючи з пренатального етапу ультразвукової діагностики та упродовж подальшого дорослого життя. В біопсихосоціальному аспекті подано існуючі психосоматичні ситуації та психосоціальні особливості дітей, молоді з вродженими вадами серця та їхніх батьків. Висвітлено роль психолога, мультидисциплінарний підхід у комплексній системі надання медико-психологічної допомоги таким пацієнтам.

Ключові слова: психокардіологія, вроджені вади серця, діти, психологічна допомога.

У сучасному житті та медицині набирають обертів профілактика захворювань і психологія здоров'я. Все більше лікарень зацікавлені у залученні клінічних психологів до комплексного лікування та реабілітації хворих. У госпіталях США ще десять років тому клінічні психологи виявляли найшвидший приріст цієї спеціальності [1], що сприяло стрімкому розвитку психокардіології. Психокардіологія — це не нова дисципліна, а скоріше за все спроба зрозуміти, який внесок можуть зробити психологічні заходи у профілактику, лікування і реабілітацію хворих із захворюваннями серця [2]. З цієї точки зору благополуччя кардіологічних хворих залежить від цілісного міждисциплінарного підходу в оцінці психологічних та серцево-судинних проблем [3, 4]. Важливо, щоб знання та навички, отримані від навчання клінічної психології, були адаптовані до потреб кардіологічних хворих різного віку, статі та з різними розладами.

За визначенням Американської психологічної асоціації [5] клінічна психологія інтегрує науку, теорію і практику з метою зрозуміти, передбачити і полегшити дезадаптацію, інвалідність й дискомфорт, так само, як і сприяти адаптації, пристосованості та особистісному розвитку. Клінічна психологія концентрується на інтелектуальних, емоційних, біологічних, психологічних, соціальних та поведінкових аспектах функціонування людини протягом життя, в різних культурах і на всіх соціоекономічних рівнях, де психодіагностика та психотерапія займають центральне місце у практичній діяльності психологів.

Останніми роками кардіологи приділяють все більше уваги психосоціальним чинникам ризику та їх зв'язку із соматичними розладами, з'являються дослідження артеріальної гіпертензії та ішемічної хвороби серця у фокусі психокардіології [6]. Однак,

незважаючи на те що сучасний рівень медичних послуг дає змогу виявляти вроджену ваду серця (ВВС) вже на пренатальному етапі, досі відсутня комплексна система медико-психологічного супроводу дітей із вадами серця, а вивчення психокардіології ВВС головним чином стосується дорослих пацієнтів [7].

Історично перші роботи у сфері психокардіології найчастіше пов'язують із дослідженнями рис характеру особистості та ішемічною хворобою серця. Наприкінці 1950-х років кардіологи М. Фридман і Р. Розенман описали складну послідовність поведінки та афектів особистості як «поведінковий патерн типу А» [8]. І хоча одностайного рішення щодо зв'язку типу А особистості з хворобами серця не було, ці дослідження стали важливою відправною точкою, адже продемонстрували можливі специфічні особистісні риси, які можуть негативно впливати на здоров'я серця. Було виявлено зв'язок між новою моделлю особистості та захворюваннями серця — тип D особистості, або «дистрес-особистість» [9]. Типи А та D особистості мають різні характеристики, однак скоріше за все така риса, як соціальна бажаність, є основною спільною їх особливістю [2].

У той же період проводилися дослідження, орієнтовані на виявлення поведінкових чинників адиктивної поведінки, які сприяли розробці когнітивно-біхевіоральних програм, спрямованих на модифікацію факторів ризику [10, 11]. Згодом все більше робіт висвітлювали зв'язок між розладами серцево-судинної системи та психопатологією, фокусуючи увагу на підвищеному рівні тривоги, клінічних проявах депресії, надмірному навантаженні на роботі, дистресі та соціальній ізоляції [2]. Зв'язок між психосоціальними чинниками, поширеністю та перебігом захворювань серця є достовірним і вагомим [12],

зокрема, у значній кількості пацієнтів вже після постановки кардіологічного діагнозу спостерігався психологічний дистрес [13]. Психосоціальні чинники досліджувалися не тільки у сфері набутих захворювань серця, але й ВВС [14]. Поряд із клінічними проявами та структурою коморбідних співвідношень психічних і серцево-судинних розладів як актуальні об'єкти дослідження виступають: внутрішня картина хвороби, дезадаптивна поведінка, механізми психологічного захисту, а також поширеність психічної патології серед кардіологічних хворих. Важливо не обмежувати догляд за хворим до усунення фізичних (органічних) симптомів хвороби, а й впливати на інші взаємозалежні чинники захворювання. Ця позиція чітко виявляється у біопсихосоціальній (БПС) моделі, представленій 1974 р. Дж. Л. Енгелем [15] як цілісна й альтернативна модель біомедицинської моделі, яка тоді домінувала у промисловорозвинутих країнах. Він піддав критиці надмірно вузьку спрямованість провідних лікарів розглядати пацієнтів як біомедицинські об'єкти, що виключають можливість вивчення суб'єктивного досвіду з наукової точки зору. Багато дослідників підхопили БПС-модель не тільки як наукову позицію, але і як ідеологію, що мала гуманізувати лікувальний підхід у медицині [16].

ВВС є найпоширенішою патологією, яка трапляється приблизно у 8 на 1000 новонароджених; цей показник залишається стабільним вже багато років та не дуже відрізняється між країнами [17]. Раніше такі пацієнти мали поганий прогноз, але зараз завдяки стрімкому прогресу кардіохірургії 85 % дітей із ВВС досягають повноліття [18]. Вважається, що в цій групі пацієнтів третина хворих мають просту ваду, більшість — значно складніші дефекти. Однак, отримуючи відповідне лікування, переважна більшість пацієнтів має можливість прожити довге життя. Разом із тим близько третини пацієнтів із ВВС народжуються з критичними їх формами, що загрожує їхньому життю та потребує невідкладної радикальної або паліативної хірургічної корекції.

Ураховуючи необхідність хірургічного лікування, можливі ускладнення вагітності та фізичні і соціальні обмеження протягом дорослого життя, дослідники фокусують увагу на психосоціальних чинниках низької якості життя пацієнтів із ВВС [19].

Якщо розглядати континуум ВВС від пренатального етапу до дорослого віку, то перший психологічний стрес переживають батьки, які очікують на народження дитини з вадю серця. Численні дослідження вказують на гостру материнську і батьківську соціальну дисфункцію та психологічний дистрес після ультразвукового ви-

явлення фетальної аномалії [20, 21]. Виявлено, що дистрес, низька задоволеність партнерськими стосунками та тривожно-депресивні стани пов'язані з реакцією заперечення батьками пренатального діагнозу ВВС [22]. Інші дослідники вказували, що у 16,4 % матерів та 13,3 % батьків був виявлений посттравматичний стресовий розлад, пов'язаний з перенесеним оперативним лікуванням дитини з ВВС [23]. Матері дітей із критичними ВВС входять до групи ризику психічних розладів аж до 36 міс після пологів, що напряму пов'язано зі станом здоров'я дитини [24].

Разом із тим доведено, що родини, які з пренатального етапу отримували психологічну допомогу, легше переживали дистрес та краще адаптувалися до майбутнього батьківства [25].

Наступним важливим віковим етапом для психологічних інтервенцій є перші роки життя дітей із ВВС. Зазначено, що близько половини дітей із ВВС мають різні віддалені неврологічні дисфункції, труднощі у навчанні, погіршену увагу, гіперактивність, низький соціальний рівень домагань та емоційно-поведінкові розлади [26]. За нашими попередніми дослідженнями виявлено, що близько третини дітей із затримкою психічного та/або психомоторного розвитку потребують відповідної програми ранньої психосоціальної допомоги [27]. Саме перші три роки після народження, на думку багатьох дослідників, є найкращим часом для психотерапевтичних інтервенцій із активним включенням батьків до сімейного консультування [28].

Все більше уваги науковці приділяють дослідженню якості життя пацієнтів із ВВС та розробці ефективних методів фізичної реабілітації, психосоціальної адаптації хворих [19]. За даними деяких досліджень, загальна оцінка якості життя дорослих пацієнтів із ВВС не відрізняється від такої у їхніх однолітків, але зазначено, що близько 15 % пацієнтів мають психоемоційні розлади, з яких 39 % хворих ніколи не отримували психологічну допомогу [36]. За нашими попередніми дослідженнями, у дорослих пацієнтів з прооперованими ВВС виявлено значне обмеження соціальних контактів, зниження рівня спілкування у зв'язку з погіршенням фізичного та емоційного стану, де 42 % чоловіків та 50 % жінок мали ознаки психоемоційних розладів [30].

Практично у всіх пацієнтів із періодично виникаючими больовими відчуттями у прекардіальній ділянці розвивається та нерідко закріплюється виражений страх смерті: від зупинки до розриву серця, інфаркту міокарда чи серцевої недостатності. Саме страх смерті, типовий для вазомоторних розладів при підвищенні тонуусу симпатико-адре-

налової системи, виявляється основним симптомом у клініці кардіоневрозів.

На думку В. Тополянського та М. Струковської [31], біологічна сутність психовісцеральних кореляцій між серцем та відчуттям страху криється, очевидно, у ноцицептивному характері емоцій страху. Розлади настрою (від внутрішньої напруги і занепокоєння до явної тривоги та страху смерті) є такою самою наскрізною лінією афективних порушень: виразніша та конкретна віталізація, з одного боку, та менш виражена, майже непомітна депривованість (за відсутності туги) — з іншого, що відрізняє її від класичної вітальної туги при ендогенній депресії та дозволяє назвати її «депресія без депресії». Будь-яке порушення звичного та оптимального для даного індивіда серцевого ритму неминуче спричиняє у нього страх смерті. Навіть нормалізація серцевого ритму стає причиною ще більшого панічного стану хворих, якщо попереднє порушення ритму тривало декілька годин чи днів та набуло характеру патологічного стереотипу.

Потужність психотерапевтичної дії самого факту госпіталізації обумовлює можливість повного припинення таких нападів упродовж періоду перебування у стаціонарі (і, відповідно, відновлення їх напередодні чи у перший же день після виписки). Аналогічний механізм лежить в основі аритмій і кардіалгій, які виникають у хворих, що перебувають у стаціонарі, у вечірні години, в неділю або у святкові дні (в тому числі за відсутності лікаря). В присутності лікарів, коли «допомога поруч», цей страх майже не виявляється та зазвичай не констатується терапевтами.

Деякі науковці підкреслювали важливість вчасного розпізнання та врегулювання потенційних негативних психосоціальних наслідків для дорослих осіб із ВВС [14], а також необхідність включення спеціалізованої допомоги у сферу психічного здоров'я для осіб із ВВС. Незважаючи на це, поява значної кількості робіт з акцентом на недостатньому рівні психодіагностики та психологічної допомоги вказує на необхідність залучення лікаря-психолога (медичного психолога) до мультидисциплінарної команди, яка опікується пацієнтами з ВВС.

Після зміщення акцентів із безпосередньої патології на особистість пацієнта психолог стає важливим членом мультидисциплінарної команди. Він може допомогти кардіологам у таких сферах [32]:

— підтримання пацієнта протягом госпіталізації, коли він входить у терапевтичний альянс, допомога у модифікації стилю життя та відпрацюванні травматичних подій, пов'язаних з відчуттям «жертви» після серцевого нападу;

— персоналізація терапії, яка полегшить дотримання комплаєнсу та покращить діалог між лікарем та пацієнтом;

— забезпечення за необхідності диференційного діагнозу.

Кардіологічна реабілітація — це мультикомпонентна й скоординована інтервенція, спрямована на оптимізацію фізичного, психологічного та соціального функціонування, а також зниження захворюваності та смертності пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями [33]. В італійських рекомендаціях щодо психологічної допомоги в кардіореабілітації [34] виокремлено 5 фаз комунікації, які характеризують взаємодію між кардіологічним пацієнтом та психологом:

1. Відбір. Пацієнти мають право запиту та отримання психологічної консультації.

2. Запис. Відображає перший контакт між пацієнтом та психологом.

3. Оцінка. Метою є виявлення психологічних проблем, потреб, ресурсів та збір всіх даних, необхідних для відповідної інтервенції. В цій фазі важливо сфокусувати свою увагу на дезадаптивній поведінці та звичках пацієнта в патопсихологічному аспекті.

4. Інтервенція. Надання психологічної допомоги в реабілітації пацієнта та родини. Заходи включають такі завдання:

— розпізнання та вираження емоційних переживань, що стосуються хвороби;

— виявлення та реалізація механізмів, які допоможуть контролювати ризик-фактори та модифікувати стиль життя;

— відновлення задовільного рівня якості життя.

Зазначені психологічні втручання висвітлено в літературі [35], вони містять групове та індивідуальне консультування і психотерапію (в основному когнітивно-біхевіоральну), навчання стратегій боротьби зі стресом й заходів самопомоги.

5. Віддалений супровід. У цій фазі оцінюють задоволення якістю життя пацієнтом та вирішують необхідність подальшого медичного супроводу.

А. Ковач та ін. [36] ідентифікували три основні домени, в яких психолог міг би реалізувати свою допомогу: надання клінічних послуг, мультидисциплінарні дослідження та професійне навчання. Зрештою психологи зможуть допомогти проаналізувати ефективність медичних втручань лікарів-інтерністів і порівняти якість життя і психоемоційний стан пацієнтів до та після хірургічного лікування, розробити комплексну систему медико-психологічної допомоги пацієнтам із ВВС починаючи вже з етапу пренатальної ультразвукової діагностики ВВС та подальшого віддаленого кардіопсихологічного супроводу.

Список літератури

1. Benjamin L. T. Jr. A history of clinical psychology as a profession in America (and a glimpse at its future) / L. T. Jr. Benjamin // *Annu. Rev. Clin. Psychol.*— 2005.— № 1.— P. 1–30.
2. Molinari E. *Clinical Psychology and Heart Disease* / E. Molinari, L. Bellardita, A. Compare.— Milan: Springer-Verlag Italia, 2006.— P. 5–18.
3. Психосоціальний стрес та негативний вплив макро- й мікросоціальних чинників як складова розвитку хвороб системи кровообігу / М. В. Маркова [та ін.] // *Зб. наук. пр. співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика.*— 2008.— № 4.— С. 336–348.
4. Маркова М. В. Медико-психологічні аспекти розвитку та перебігу хвороб системи кровообігу / М. В. Маркова, В. В. Бабич // *Новости медицины и фармации. Неврология и психиатрия. Спец. выпуск.*— 2008.— № 243.— С. 71–74.
5. American Psychological Association (Division 12): «Society of Clinical Psychology», <http://www.apa.org/divisions/div12.aspx>
6. Артеріальна гіпертензія в фокусі психокардіології / І. В. Дроздова, Л. Г. Степанова, Н. О. Яковенко, М. Н. Емец // *Мед. психологія.*— 2014.— № 1.— С. 41–45.
7. Callus E. Elements of psychocardiology in the psychosocial handling of adults with congenital heart disease / E. Callus, E. Quadri, M. Chessa // *Frontiers in psychology.*— 2010.— Vol. 1.— Article 34.
8. Friedman M. Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings; blood cholesterol level, blood clotting time, incidence of arcus senilis, and clinical coronary artery disease / M. Friedman, R. H. Rosenman // *J. Am. Med. Assoc.*— 1959.— Vol. 169 (12).— P. 1286–1296.
9. Denollet J. Type D personality. A potential risk factor refined / J. Denollet // *J. Psychosom. Res.*— 2000.— Vol. 49 (4).— P. 255–266.
10. Fitzgerald T. E. Health risk reduction and functional restoration following coronary revascularisation: a prospective investigation using dynamic stage typology clustering / T. E. Fitzgerald, J. O. Prochask, G. S. Pransky // *Int. J. Rehab. Health.*— 2000.— Vol. 5.— P. 99–116.
11. Sebrechts E. H. Risk factor modification through nonpharmacological interventions in patients with coronary heart disease / E. H. Sebrechts, P. R. Falger, F. W. Bar // *J. Psychosom. Res.*— 2000.— Vol. 48 (4–5).— P. 425–441.
12. The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: the emerging field of behavioral cardiology / A. Rozanski, J. A. Blumenthal, K. W. Davidson [et al.] // *J. Am. Coll. Cardiol.*— 2005.— Vol. 45 (5).— P. 637–651.
13. Depression and coronary heart disease: a review for cardiologists / R. M. Carney, K. E. Freedland, Y. I. Sheline, E. S. Weiss // *Clin. Cardiol.*— 1997.— Vol. 20 (3).— P. 196–200.
14. Kovacs A. H. Biopsychosocial experiences of adults with congenital heart disease: review of the literature / A. H. Kovacs, S. F. Sears, A. S. Saidi // *Am. Heart J.*— 2005.— Vol. 150 (2).— P. 193–201.
15. Engel G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine / G. L. Engel // *Science.*— 1977.— Vol. 196 (4286).— P. 129–136.
16. Borrell-Carrio F. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry / F. Borrell-Carrio, A. L. Suchman, R. M. Epstein // *Ann. Fam. Med.*— 2004.— Vol. 2 (6).— P. 576–582.
17. Hoffman J. I. The incidence of congenital heart disease / J. I. Hoffman, S. Kaplan // *J. Am. Coll. Cardiol.*— 2002.— № 39.— P. 1890–1900.
18. Sommerville J. Management of adults with congenital heart disease: an increasing problem / J. Sommerville // *Annu. Rev. Med.*— 1997.— № 48.— P. 283–293.
19. Quality of life in children with heart disease as perceived by children and parents / K. Uzark, K. Jones, J. Slusher [et al.] // *Pediatrics.*— 2008.— Vol. 121.— P. 1060–1068.
20. Kaasen A. Acute maternal social dysfunction, health perception and psychological distress after ultrasonographic detection of a fetal structural anomaly / A. Kaasen, A. Helbig, U. F. Malt [et al.] // *BJOG An International J. of Obstetrics and Gynecology.*— 2010.— Vol. 117.— P. 1127–1138.
21. Paternal psychological response after ultrasonographic detection of structural fetal anomalies with a comparison to maternal response: a cohort study / A. Kaasen, A. Helbig, U. F. Malt [et al.] // *BMC Pregnancy and Childbirth.*— 2013.— Vol. 13.— P. 147.
22. Maternal psychological stress after prenatal diagnosis of congenital heart disease / J. Rychik, D. D. Donaghue, S. Levy [et al.] // *J. Pediatr.*— 2013.— Vol. 162 (2).— P. 302–307.
23. Surgery-related posttraumatic stress disorder in parents of children undergoing cardiopulmonary bypass surgery: a prospective cohort study / S. Helfricht, B. Latal, J. E. Fischer [et al.] // *Pediatr. Crit. Care Med.*— 2008.— Vol. 9 (2).— P. 217–223.
24. Trajectories of maternal mental health: a prospective study of mothers of infants with congenital heart defects from pregnancy to 36 months postpartum / O. Solberg, M. Gronning Dale, H. Holmstrom [et al.] // *J. of Pediatric Psychology.*— 2012.— Vol. 37, № 6.— P. 687–696.
25. A controlled trial of early interventions to promote maternal adjustment and development in infants born with severe congenital heart disease / C. G. McCusker, N. N. Doherty, B. Molloy [et al.] // *Child. Care Health Dev.*— 2010.— Vol. 36 (1).— P. 110–117.
26. Long-term neuromotor outcome at school entry of infants with congenital heart defects requiring open-heart surgery / A. Majnemer, C. Limperopoulos, M. Shevell

- [et al.] // J. of Pediatrics.— 2006.— Vol. 148, № 1.— P. 72–77.
27. Віддалений психомоторний розвиток дітей з вродженими вадами серця при операціях зі штучним кровообігом та застосуванням аутологічної пуповинної крові / А. Ю. Касьянова, В. А. Жовнір, О. М. Федевич [та ін.] // Современная педиатрия.— 2013.— № 4 (52).— С. 135–137.
 28. Доман Г. Как сделать своего ребенка физически совершенным. От рождения до 6 лет / Г. Доман, Д. Доман, Б. Хаги.— М.: Медиакит, 2013.— 264 с.
 29. Depression and anxiety in adult congenital heart disease: predictors and prevalence / A. H. Kovacs, A. S. Saidi, E. A. Kuhl [et al.] // Int. J. Cardiol.— 2009.— Vol. 137 (2).— P. 158–164.
 30. Касьянова А. Ю. Медико-психологічні особливості якості життя молодих дорослих пацієнтів із прооперованими вродженими вадами серця / А. Ю. Касьянова, І. Г. Лебідь // Журн. клінічних та експериментальних медичних досліджень.— 2014.— № 2 (3).— С. 365–372.
 31. Тополянский В. Д. Психосоматические расстройства / В. Д. Тополянский, М. В. Струковская.— М.: Медицина, 1986.— 384 с.
 32. Allan R. Heart & mind: the practice of cardiac psychology: 1st ed. / R. Allan, S. S Scheidt.— Washington, DC: American Psychological Association, 1996.— P. 12–26.
 33. Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease: an American Heart Association scientific statement from the Council on Clinical Cardiology and the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism, in collaboration with the American association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation / A. S. Leon, B. A. Franklin, F. Costa [et al.] // Circulation.— 2005.— Vol. 111 (3).— P. 369–376.
 34. Guidelines on psychological intervention in cardiac rehabilitation—methodological process / M. Sommaruga, R. Tramarin, E. Angelino [et al.] // Monaldi Arch. Chest. Dis.— 2003.— Vol. 60 (1).— P. 40–44.
 35. Self-care strategies for symptom management in patients with chronic heart failure / S. J. Bennett, D. K. Cordes, G. Westmoreland [et al.] // Nurs. Res.— 2000.— Vol. 49 (3).— P. 139–145.
 36. The role of the psychologist in adult congenital heart disease / A. H. Kovacs, C. Silversides, A. Saidi, S. F. Sears // Cardiol. Clin.— 2006.— Vol. 24 (4).— P. 607–618.

СОВРЕМЕННАЯ ПСИХОКАРДИОЛОГИЯ: СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ В СФЕРЕ ДЕТСКОЙ КАРДИОХИРУРГИИ

А. Ю. КАСЬЯНОВА, М. В. МАРКОВА

Врожденные пороки сердца у детей рассмотрены в свете психокардиологии начиная с пренатального этапа ультразвуковой диагностики и на протяжении взрослой жизни. В биопсихосоциальном аспекте представлены существующие психосоматические ситуации и психосоциальные особенности детей, молодежи с врожденными пороками сердца и их родителей. Освещены роль психолога, мультидисциплинарный подход в комплексной системе предоставления медико-психологической помощи таким пациентам.

Ключевые слова: психокардиология, врожденные пороки сердца, дети, психологическая помощь.

MODERN PSYCHOCARDIOLOGY: ACHIEVEMENTS AND PROSPECTS IN THE FIELD OF PEDIATRIC CARDIOSURGERY

A. Yu. KASIANOVA, M. V. MARKOVA

Congenital heart defect in children is described in terms of psychocardiology within the period from psychosocial peculiarities of prenatal ultrasound diagnosis to the life of adults. Psychosomatic conditions and psychosocial characteristics of children and youth with congenital heart defect and parents are presented in the article from biopsychosocial perspective. The role of a psychologist and multidisciplinary approach in providing medical and psychological care to patients are featured in the article.

Key words: psychocardiology, congenital heart disease, children, psychological assistance.

Надійшла 08.10.2014