

УДК 616.08 – 039

Структура нарушений психической сферы у больных острыми соматическими заболеваниями



Федак Б. С.



Сарвир И. Н.

Федак Б. С., Сарвир И. Н.

КПОЗ «Областная клиническая больница — Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф» (г. Харьков)

Харьковская медицинская академия последипломного образования, кафедра психотерапии

Резюме. Проведена дифференциация нарушений психической сферы у больных с острыми соматическими заболеваниями на основании клинико-психопатологического та психодіагностичного дослідження. Виявлено наявність порушень психічної сфери, представлених різним ступенем вираженості: нозогенних реакцій психічної дезадаптації ($68,57 \pm 2,62\%$), нозогенних невротичних реакцій ($16,51 \pm 2,09\%$), соматогенно-обумовленого астеничного симптомокомплексу ($14,92 \pm 2,01\%$). Розроблено концепцію патогенетично-обґрунтованої системи медико-психологічної корекції.

Ключові слова: гострий стан соматичного профілю, порушення психічної сфери, медико-психологічна корекція.

Structure of violations mental health problems in patients with acute somatic diseases

Fedak B. S., Sarvir I. N.

Regional Clinical Hospital — Emergency Medical Care and Accidents Medicine Center

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

Resume. Differentiation of mental spheres in patients with acute conditions somatic profile based on clinical and psychopathological and psychodiagnostic study. Revealed the presence of mental sphere represented varying degrees of severity: nosogenic psychological maladjustment reactions ($68,57 \pm 2,62\%$), nosogenic neurotic reaction ($16,51 \pm 2,09\%$), somatogenic-conditioned asthenic symptom ($14,92 \pm 2,01\%$). The concept of pathogenesis-based medical and psychological treatment.

Keywords: acute state of physical profile of mental areas of medical and psychological correction.

На протяжении последних лет в мире наблюдается устойчивый рост соматических заболеваний, в этиопатогенезе которых существенную роль играет психогенный фактор. Эта же тенденция характерна и для Украины. При этом в клинической структуре данных заболеваний наблюдаются состояния, представляющие витальную угрозу, такие как приступы стенокардии при ишемической болезни сердца (ИБС), инфаркт миокарда (ИМ), гипертонические кризы у больных артериальной гипертензией (АГ), мозговые инсульты (МИ) и транзиторные ишемические атаки (ТИА) [1, 3, 5, 14].

В тоже время, в определённых работах указывается на недостаточное изучение вопросов медико-психологического сопровождения

этой категории больных и психотерапевтической коррекции имеющихся у них нарушений психической сферы. [4, 6, 9, 10].

Всё это обуславливает необходимость проведения комплексного исследования больных с острыми состояниями соматического профиля. Необходимо также внедрение новых организационных форм реализации медико-психологических и психотерапевтических мероприятий на всех уровнях оказания медицинской помощи. При этом важным вопросом является разработка новых программ медико-психологического сопровождения этих больных на ранних этапах лечения [2, 3, 9, 11, 12, 13, 15].

Недостаточно изученными являются также вопросы психосоциальной реабилитации

с применением психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий. При этом необходимо учитывать, что острые состояния являются внезапными, возникающими в структуре хронических, нередко бессимптомно протекающих заболеваний, поэтому проблема формирования комплаенса при построении системы лечебно-реабилитационных и профилактических мероприятий является весьма существенной [5,8,11,12].

Это обусловлено тем, что низкий уровень комплаенса приводит к существенному снижению эффективности терапии, ухудшению отдаленных исходов заболевания, повышению количества госпитализаций. [2, 3,12, 14].

Формирование неадекватной внутренней картины болезни, страх за свое будущее способствуют возникновению и прогрессированию дезадаптивных психологических реакций, которые являются неблагоприятными для прогноза заболевания и снижают уровень качества жизни больных.

Эффективность лечебно-профилактических мероприятий в большинстве случаев зависит как от адекватности выбора терапевтических методов, так и от многочисленных психологических причин [5,12]. Формирование мотивации, активного участия пациента в лечебном процессе является основой для современного лечебно-реабилитационного процесса [5, 6, 7, 9, 10].

Цель исследования: дифференциация нарушений психической сферы у больных с острыми состояниями соматического профиля на основании клинико-психопатологического и психодиагностического исследования.

Материал и методы исследования

Всего было обследовано 315 больных, перенесших острые состояния терапевтического профиля в возрасте от 22 до 70 лет. Согласно нозологической принадлежности соматических заболеваний больные были распределены на 5 групп: 1-ю группу составили 68 больных с ишемической болезнью сердца, стенокардия; 2-ю — 58 больных с ишемической болезнью сердца, инфаркт миокарда (ИМ); 3-ю — 57 больных с транзиторными ишемическими атаками (ТИА); 4-ю — 67 больных с мозговым инсультом (МИ); 5-ю — 65 больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки (ЯБ).

Были использованы клинико-психопатологический, психодиагностический, статистический методы. Использовался опросник невротических расстройств (ОНР-Си), разработанный Е. Александровичем. Опросник позволяет провести количественное определение степени

выраженности невротических синдромов у пациента. Методика состоит из 138 жалоб невротического порядка, наличие и выраженность которых оценивает у себя испытуемый. Все утверждения опросника сгруппированы в 13 форм невротических расстройств: I. Страх, фобии; II. Депрессивные расстройства; III. Беспокойство, напряжение; IV. Нарушение сна; V. Истерические расстройства; VI. Неврастенические расстройства; VII. Сексуальные расстройства; VIII. Дереализация; IX. Навязчивости; X. Трудности в социальных контактах; XI. Ипохондрические расстройства; XII. Психастенические нарушения; XIII. Соматические нарушения.

Для объективизации сопоставления показателей шкал нами использовались унифицированные баллы (УБ). Полученный показатель каждой шкалы умножался на коэффициент, исходя из значений максимального балла 100, минимального — 0 УБ.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью *t* критерия Стьюдента. Для сравнения выборочных долей, выраженных в процентах (Р%), использовался критерий *z*, аналогичный *t* критерию Стьюдента.

Результаты исследования

Клинико-психопатологическое исследование позволило выявить у больных с острыми состояниями соматического профиля различные нарушения психической сферы.

У 47 больных (14,92±2,01%) психопатологическая симптоматика имела незначительную выраженность, была представлена преимущественно астеническим спектром проявлений и имела непосредственную связь с основным соматическим заболеванием. Такие состояния были расценены нами как соматогенно-обусловленные астенические состояния (САС).

У 52 больных (16,51±2,09%) психопатологические нарушения, соответствовали критериям рубрики МКБ-10 «расстройства адаптации» (F 43.2) и определялись нами как нозогенные невротические реакции (НРР).

У большинства обследованных нами больных (68,57±2,62%) психические нарушения достигали синдромального уровня, имели четкую связь с обострением соматического заболевания (которое выступало в качестве психогенного фактора) и расценивались нами в качестве нозогенных реакций психической дезадаптации (НРПД). Данные состояния соответствовали рубрике МКБ-10 «Психологические и поведенческие факторы, связанные с нарушениями или болезнями, классифицированными в других рубриках» (F 54).

Таким образом, вследствие острого состояния терапевтического профиля у соматических

больных в большинстве случаев развиваются нарушения психики в виде нозогенных реакций психической дезадаптации (68,57±2,62%). Значимо реже встречаются соматогенно-обусловленный астенический симптомокомплекс (14,92±2,01%) и нозогенные невротические реакции (16,51±2,09%). В обоих случаях различия достигали статистической значимости ($p < 0,001$).

Нами был проведен анализ распределения нарушений психики различной степени выраженности в исследуемых группах больных (табл. 1).

Так, наиболее часто САС встречался у больных стенокардией (22,06±5,03%), однако статистической значимости достигали лишь сравнения с группой больных ЯБ (6,15±2,98%, $p < 0,01$). Реже всего САС наблюдался у больных ЯБ (различия с 1-й и 4-й группами соответственно $p < 0,01$ и $p < 0,05$).

Реакция на болезнь в виде ННР чаще всего была присуща больным с ИМ (25,86±5,75%), что было значимо чаще, чем у больных стенокардией и МИ (соответственно 10,29±3,68% и 8,96±3,49%, в обоих случаях $p < 0,05$).

НРПД встречались у большинства больных всех клинических групп, от 59,65±6,50% у больных ТИА до 76,92±5,23% у больных ЯБ. Статистической значимости различия достигали лишь между 3-й и 5-й группами больных ($p < 0,05$).

Во всех клинических группах значимо преобладали больные с НРПД. При этом соотношения между количеством больных с САС и ННР было различным: среди больных со стенокардией и МИ число лиц с САС превышало аналогичный показатель с ННР, среди больных с ИМ, ТИА и ЯБ — доля лиц с ННР превышала таковую с САС. Статистической

значимости различия достигали лишь в группе больных с ИМ ($p < 0,05$).

Данные клинико-психопатологического исследования были сопоставлены с данными, полученными с помощью опросника ОНР-Си.

Суммарные показатели шкал ОНР-Си значимо различались между больными с САС, НРПД и ННР (табл. 2): соответственно 9,00±0,75 УБ, 25,66±0,96 УБ и 51,13±2,01 УБ (во всех случаях $p < 0,001$). Данное соотношение сохраняло статистическую значимость во всех исследуемых группах больных.

Наиболее высоким суммарный УБ был в группе больных ИМ с ННР (56,28±0,72, различия с 1-й и 4-й группами $p < 0,001$, с 5-й группой — $p < 0,05$).

Средний суммарный УБ у больных с САС колебался от 7,35±0,70 в группе пациентов с ТИА до 10,66±2,39 в группе пациентов с ИМ, статистически значимых различий между группами не выявлялось.

Диапазон средних суммарных УБ у больных с НРПД составлял от 22,06±1,15 в группе больных МИ до 28,83±2,43 в группе больных ТИА ($p < 0,05$). Значимые различия выявлялись также между 4-й и 1-й, 4-й и 2-й, 4-й и 5-й группами (во всех случаях $p < 0,05$).

Помимо анализа средних суммарных УБ в исследуемых группах больных, нами было проведено сопоставление максимальных значений шкал опросника ОНР-Си (табл. 3).

Было выявлено, что максимальные оценки по шкалам опросника у больных с наличием САС были менее 30 УБ, у больных с НРПД находились в диапазоне от 30 до 70 УБ, и у больных с ННР — превышали 70 баллов.

Таблица 1

Распределение нарушений психики у больных различной нозологической принадлежности

Группы больных	САС		НРПД		ННР	
	абс	Р%±s%	абс	Р%±s%	абс	Р%±s%
1-я группа (n=68)	15	22,06±5,03	46	67,65±5,67	7	10,29±3,68
2-я группа (n=58)	6	10,34±4,00	37	63,79±6,31	15	25,86±5,75
3-я группа (n=57)	10	17,54±5,04	34	59,65±6,50	13	22,81±5,56
4-я группа (n=67)	12	17,91±4,68	49	73,13±5,42	6	8,96±3,49
5-я группа (n=65)	4	6,15±2,98	50	76,92±5,23	11	16,92±4,65
Всего (n=315)	47	14,92±2,01	216	68,57±2,62	52	16,51±2,09

Таблица 2

Средние суммарные показатели выраженности невротической симптоматики у больных с острыми соматическими состояниями (в УБ, М±m, по данным опросника ОНР-Си)

Группы больных	САС	НРПД	ННР
1-я группа (n=68)	9,59±1,11	25,96±1,09	42,44±3,92
2-я группа (n=58)	10,66±2,39	27,83±2,17	56,28±0,72
3-я группа (n=57)	7,35±0,70	28,83±2,43	52,48±3,30
4-я группа (n=67)	8,71±0,71	22,06±1,15	52,20±0,75
5-я группа (n=65)	8,90±0,54	25,59±1,17	48,24±3,97
Всего (n=315)	9,00±0,75	25,66±0,96	51,13±2,01

Таблиця 3

Распределение показателей преобладающих шкал у больных с острыми соматическими состояниями (в УБ, $M \pm t$, по данным опросника ОНР-Си)

Группы больных	САС	НРПД	ННР
1-я группа (n=68)	23,89±1,57	55,90±1,53	81,25±3,51
2-я группа (n=58)	23,81±1,74	52,25±1,88	77,40±1,29
3-я группа (n=57)	19,27±1,49	50,91±1,70	86,11±2,74
4-я группа (n=67)	24,89±1,32	50,83±1,34	80,00±1,32
5-я группа (n=65)	26,53±1,18	52,69±1,19	79,75±1,74
Всего (n=315)	23,52±1,11	52,63±0,95	80,84±1,46

Средние значения максимальных показателей шкал среди больных с САС, НРПД и ННР составляли соответственно 23,52±1,11, 52,63±0,95 и 80,84±1,46 УБ (во всех случаях $p < 0,001$).

Данная тенденция сохранялась во всех клинических группах, различия между долями больных с САС, НРПД и ННР среди больных различной нозологической принадлежности имели статистическую значимость.

Минимальные средние значения среди больных с САС демонстрировала 3-я клиническая группа (19,27±1,49 УБ, различия с 5-й группой $p < 0,001$, 4-й группой $p < 0,01$, 1-й и 2-й группой $p < 0,05$).

Диапазон максимальных значений среди больных с НРПД колебался от 50,83±1,34 УБ в 4-й клинической группе до 55,90±1,53 УБ в 1-й группе ($p < 0,05$).

Минимальное среднее значение у больных с ННР отмечалось в группе пациентов с ИМ (77,40±1,29 УБ), максимальное — в группе пациентов с ТИА (86,11±2,74 УБ, $p < 0,01$).

Таким образом, результаты клинико-психопатологического обследования были подтверждены данными, полученными с помощью опросника ОНР-Си.

Так, у 16,51±2,09% больных с острыми состояниями терапевтического профиля развивались нозогенные невротические реакции, средняя выраженность шкал которых по данным методики ОНР-Си составляла 80,84±1,46 УБ.

У 14,92±2,01% больных максимальные показатели выраженности шкал опросника ОНР-Си не превышали 30 УБ, составляли в среднем 23,52±1,11 УБ, что соответствовало диапазону «пониженных показателей», и свидетельствовало о наличии механизма психологического отрицания болезни.

У большинства же обследованных больных (68,57±2,62%) психологическим «ответом» на возникновение острого соматического неблагополучия явилось развитие реакций психической дезадаптации. Патопсихологическое обоснование клинических данных было подтверждено данными методики ОНР-Си: диапазон значений максимальной выраженности отдельных шкал колебался от 30 до 70 УБ, средний балл

составлял 52,63±0,95 УБ (диапазон средних показателей).

Данные психопатологического и патопсихологического обследования послужили основанием для разработки патогенетически обоснованной системы медико-психологической коррекции состояний психической дезадаптации у больных с острыми состояниями терапевтического профиля.

Выводы

Для больных с острыми состояниями соматического профиля характерно наличие нарушений психической сферы, представленных различной степенью выраженности.

Обострение (либо возникновение) заболевания терапевтического профиля является психогенным фактором развития и прогрессирования психопатологической симптоматики.

Наиболее частым «ответом» больных с острыми состояниями соматического неблагополучия является развитие нозогенных реакций психической дезадаптации (68,57±2,62%), соответствующих рубрике МКБ-10 «Психологические и поведенческие факторы, связанные с нарушениями или болезнями, классифицированными в других рубриках» (F 54). У 16,51±2,09% больных выявляются нозогенные невротические реакции, соответствующие критериям рубрики МКБ-10 «Расстройства адаптации» (F 43.2). Наличие соматогенно-обусловленного астенического симптомокомплекса, выявляющегося у 14,92±2,01% больных, свидетельствует о наличии механизма психологического отрицания болезни.

Основанием для разработки патогенетически обоснованной системы медико-психологической коррекции состояний психической дезадаптации у больных с острыми состояниями терапевтического профиля являются данные клинико-психопатологического и психодиагностического обследования.

Интегративная психотерапевтическая модель в комплексной терапии больных с острыми соматическими состояниями должна включать в себя сочетание мотивационных, когнитивно-поведенческих и рациональных методов.

Литература

1. Амосова К.М. Зв'язок комплаєнсу при лікуванні артеріальної гіпертензії з психологічними чинниками особистості / К.М. Амосова, Л.Є. Трачук, Н.В. Береза, Ю.В. Руденко // *Серце і судини*. — 2012. — №1(37). — С.85-92.
2. Гиндикин В. Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства: справочник. — К.: «Здоровье» — 1997. — 104 с.
3. Дроздова И.В. Артериальная гипертензия в фокусе психокardiологии. // И.В. Дроздова, Л.Г. Степанова, Н.А. Яковенко, М.Н. Емец. // *Медицина психология*. 2014. — т. 9 №1 (33). — С.41 — 48.
4. Клиническая психология: учебник // Под ред. Карвасарского Б. Д. — СПб. : Питер, 2010. — 864 с.
5. 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. вып.* — 2008. — № 243. — С. 71–74.
6. Михайлов Б.В. Психотерапия в общесоматической медицине: клин. руководство / Б.В. Михайлов, А.И. Сердюк, В.А. Федосеева. — Харьков: Прапор, 2002. — 108 с.
7. Морозов П.В. Состояние психического здоровья населения и тенденции развития психиатрической помощи на постсоветском пространстве. /Морозов П.В., Незнанов Н.Г., Лимакин О.В. [и др.] // *Укр. вісник психоневрології* — Том 22 — випуск 1 (78) — 2014. — С. 11–17.
8. Напреевко О.К. Психіатрична наука в Україні у 2013 році та напрямки її вдосконалення (за даними Проблемної комісії «Психіатрія» МОЗ і НАМН України). / О.К. Напреевко // *Укр. вісник психоневрології* — 2014. — Том 22 — випуск 1– № (78)2 — С. 18–22.
9. Органов Р.Г. Депрессивные расстройства в общемедицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога. / Органов Р.Г. Погосова Г.В., Шальнова С.А. [и др.] // *Кардиология* — 2005 — № 8 — С. 38–44.
10. Смулевич А.Б. Психокardiология /А.Б. Смулевич, А.Л. Сыркин. — М.: МИА, 2005. — 778с.
11. Федак М.Б. Порушення емоційної сфери хворих на ішемічну хворобу серця та їх медико-психологічна реабілітація: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня кан-та мед. наук : спец. 19. 00. 04. «Медицина психологія» / М.Б. Федак. — Харків, 2012. — 14 с.
12. Хаустова О.О. Психокорекційна програма для оптимізації комплаєнсу при проведенні антигіпертензивної терапії / О.О. Хаустова, Л.Є. Трачук, С.Г. Сахно // *Ліки України плюс*. — 2012. — №3–4(11–12). — С.17.
13. Шестопалова Л.Ф. Довіра до лікаря як чинник формування комплаєнсу у хворих на невротичні та психічні розлади. // Шестопалова Л.Ф., Кожевникова В.А., Бородавко О.О. // *Медицинская психология*. — т. 8. №4 (32). — С.3 -7.
14. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group Depressive symptoms and risk of coronary heart disease and mortality in elderly Americans / A. A. Ariyo, M. Haan, C.M. Tangen [et al.] // *Circulation*. — 2000. — № 102. — P. 1773–1779.
15. Lett H. Depression and Cardiac Function in Patients With Stable Coronary Heart Disease: Findings From the Heart and Soul Study / H. Lett, S. Ali, M. Whooley // *Psychosom. Med.* — 2008. — Vol. 70. — P. 444–449.