

УДК 616.891.6

Застосування діагностики афективних розладів для підвищення ефективності лікування соматичних пацієнтів (на прикладі хворих на ішемічну хворобу серця)

Коваль І.А.

Застосування діагностики афективних розладів для підвищення ефективності лікування соматичних пацієнтів (на прикладі хворих на ішемічну хворобу серця)

З метою клініко-діагностичної оцінки непсихотичних психічних розладів проведено обстеження 123 пацієнтів з діагнозом ішемічна хвороба серця. Психічні розлади були виявлені у 93 пацієнтів. Доклінічні розлади у астеничній, субдепресивній та тривожній формі. Клінічні розлади – у астеничній, кардіофобійній, тривожно-депресивній, іпохондричній та істеричній формі. Виявлено особливості реагування хворих на тривалість і важкість перебігу хвороби. Запропоновано заходи, спрямовані на профілактику та лікування непсихотичних психічних розладів при ішемічній хворобі серця.

Ключові слова. Ішемічна хвороба серця, психічні розлади, непсихотичні розлади, астения, субдепресія, тривожність, кардіофобія, іпохондрія, істерія, тривожно-депресивний розлад, діагностика, лікування, профілактика.

Применение диагностики аффективных расстройств для повышения эффективности лечения соматических пациентов (на примере больных ишемической болезнью сердца)

С целью клинико-диагностической оценки непсихотических психических расстройств проведено обследование 123 пациентов с диагнозом ишемическая болезнь сердца. Психические расстройства были выявлены у 93 пациентов. Доклинические расстройства в астенической, субдепрессивной и тревожной формах. Клинические расстройства – в астенической, кардиофобической, тревожно-депрессивной, ипохондрической и истерической формах. Выявлено особенности реагирования больных на продолжительность и тяжесть течения заболевания. Предложены мероприятия, направленные на профилактику и лечение непсихотических психических расстройств при ишемической болезни сердца.

Ключевые слова. Ишемическая болезнь сердца, психические расстройства, непсихотические расстройства, астения, субдепрессия, тревожность, кардиофобия, ипохондрия, истерия, тревожно-депрессивное расстройство, диагностика, лечение, профилактика.

Application of diagnoses of mood disorders in order to improve the efficiency of treatment somatic patients (for example, patients with coronary heart disease)

The examination of 123 patients (diagnosed with coronary heart disease) were conducted in order to give diagnostic evaluation to mental disorders. Mental disorders were found in 93 patients. Preclinical disorders in asthenic, anxious and subdepression form. Clinical disorders - in asthenic, cardiophobic, anxious-depressive, hypochondriacal and hysterical manner. The features of patients' response to duration and severity of disease were found. Some measures aimed at prevention and treatment of non-psychotic mental disorders of patients with ischemic heart disease were proposed.

Key words. Ischemic heart disease, mental disorders, non-psychotic disorders, asthenia, subdepression, anxiety, cardiophobia, hypochondria, hysteria, anxiety-depressive disorder, diagnosis, treatment and prevention.

Постановка проблеми. Здоров'я – безцінний капітал не тільки окремої людини, але й народу, нації, держави. Однак у сучасному українському суспільстві цінність здоров'я домінує радше як ідеальна, а не дійсна цінність. У значній мірі це обумовлене тим, що незважаючи на вражаючі досягнення медицини, сьогодні не можна не відзначити, що кількість пацієнтів не зменшується, і рівень їхнього життя не покращується. Саме тому сучасна медицина повинна демонструвати багаторівневий підхід до пацієнта з будь-якою патологією, але в першу чергу соматичною та забезпечувати співпрацю з таким пацієнтом на рівні його особистості, соматичної та психологічної, або психічної проблеми та бути орієнтованою на кінцеву мету – зміни стратегії та якості життя пацієнта, його соціалізацію, а не лише позбавлення пацієнта якогось соматичного захворювання.

Сучасний комплексний підхід до лікування хворої людини повинен поєднувати три основні види терапевтичної діяльності: біологічний, психологічний та соціальний. Пам'ятаючи, який взаємовплив існує між психікою та функціонуванням внутрішніх органів людини, зрозуміло, що кожна хвороба дезорганізує психічну рівновагу та обмежує соціальне функціонування особистості. Цей взаємовплив можна спостерігати навіть при незначних порушеннях здоров'я: при застуді відзначається підвищена дратівливість та ознаки дистимії; незначні психотравмуючі ситуації викликають такі хардію, тахіпноє, розлади шлунку – та особливо важливо пам'ятати про це працюючи з пацієнтами, які страждають від психічних, психосоматичних розладів, а також хронічних соматичних хвороб, оскільки у цих пацієнтів взаємовпливи більш тривалі, а отже й наслідки їх більш виражені.

Аналіз останніх досліджень. Проблема взаємовпливу між психікою та функціонуванням внутрішніх органів людини, а також патології афективної сфери, особливо депресивних і тривожних розладів, є однією з найбільш актуальних для теорії та практики сучасної медицини [1]. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), більш ніж у 110 млн. осіб у світі (3-6 % популяції) діагностовано клінічно значущі прояви таких розладів (Д. Голдберг, С. Бенджамин, Ф. Крид, 1999). Н.Г. Гойда, М.П. Жданова, О.К. Напреевко, В.В. Домбровська (2002) відзначають подібну ситуацію й в Україні. Особливо зросла кількість депресій, що істотно впливає як на перебіг хвороби, так і на якість життя й соціальне функціонування людини, а також найбільшим серед психічних розладів рівнем детермінованих нею суїцидів (Н.А. Марута,

В.В. Мороз, 2002; И.К. Сосин, Ю.Ф. Чуев, О.В. Друзь, 2003; В.Д. Мишиев, 2004).

У цілому велика кількість існуючих уявлень про психопатологічну структуру депресій і тривоги, вплив психотравмуючих факторів на їх генезу, нейрофізіологічні та біохімічні механізми формування хвороби в сукупності із труднощами сучасних класифікаційних градацій створюють умови для діагностичних помилок і розбіжностей, перешкоджають своєчасному проведенню патогенетичної терапії й адекватній реабілітації (Дж. Зохар, 1998; І.І. Сергеев, 2001; В.Я. Пішель, Ф.О. Здорик, І.А. Марценковський, Л.О. Булахова, В.Б. Літвінов, М.Ю. Полив'яна, Ю.А. Блажевич, 2003).

Метою даної статті є спроба на основі комплексного аналізу закономірностей формування, клініко-психопатологічної й феноменологічної структури афективних розладів у соматичних пацієнтів теоретично обґрунтувати методи диференційної діагностики і прогнозу тривоги та депресії, що дозволить підвищити якість діагностики і уточнити прогноз цих станів у соматичних пацієнтів.

Виклад основного матеріалу. Науковці уже давно намагаються визначити новий комплекс критеріїв оцінювання ефективності лікарської діяльності. Б.Д. Карвасарський адекватним для комплексної оцінки ефективності лікування вважає підхід, що враховує усі три площини розгляду терапевтичної динаміки: соматичну, психологічну та соціальну, і закликає не обмежуватися традиційними лікарськими симптоматичними критеріями: одужання, покращання, без змін, погіршення.

Це обґрунтовує погляд на людину як на унікальну єдність біологічного і соціального, що об'єктивно виступає як багатовимірне, ієрархічно організоване, динамічне ціле, як система, функціональні компоненти якої нероздільні та мають різнорівневі властивості і підкоряються системним та мета-системним принципам субординації. Такий набір властивостей включає загально-соматичні, нейродинамічні та функціонально-морфологічні властивості організму (первинні властивості людини як індивіда); органічні потреби, задатки і темперамент (вторинні властивості людини як індивіда); особистісний комплекс властивостей, що включає соціальні, психологічні і психофізіологічні особливості людини (характер, соціальні ролі, настановлення, ціннісні орієнтації, інтелект, психомоторні, вегетативні і біохімічні функції); властивості людини як суб'єкта діяльності (праці, пізнання і спілкування). Біологічне у цій єдності виступає як одна з підструктур природної організації людини. Організм, як біологічна підструктура, може перебувати у стані норми або ж у патологічному стані. Що стосується особистості, як соціальної підструктури, то тут теж простежуються два визначальні моменти: людина може бути психологічно здоровою або ж хворою.

Здавна виникнення психічних розладів розглядали з позицій тісної взаємодії причин біологічного і соціального характеру: біологічну природу і соціальну сутність людини та взаємодію в її будові двох складних підсистем (організму і особистості), двох рівнів організації психічної діяльності (психофізіологічної і соціально-психологічної); тісний взаємозв'язок людини і оточуючого середовища в визначенні її основних властивостей, безпосередній або опосередкований вплив на них постійно змінюваних соціально-економічних і екологічних умов.

Соматопсихічний напрямок медицини, в центрі уваги котрого було питання про вплив соматичної хвороби на особистість закладено у працях психіатрів С.С. Корсакова, П.Б. Ганнушкіна, В.А. Гіляровського, В.М. Бехтерева.

Принцип психосоматичної та соматопсихічної єдності є основним як для нормального функціонування організму, так і для всіх форм патології. Відмовляючись від традиційної для вітчизняної медицини дихотомії „психіки та соматіки” і переходячи до „холізму” (цілісності) особистості, можна виявити їхні взаємовпливи при захворюваннях [3]. Адже ще Платон стверджував, що всякий розлад психіки чи соми є «наслідком диспропорції та порушення рівноваги між ними».

Актуальність даної теми зумовлена потребами сучасного життя, особливо це стосується питань профілактики (в т.ч. психопрофілактики), визначення етіологічних і патогенетичних факторів у розвитку як соматопсихічних, так і психосоматичних захворювань, що зазвичай визначаються як соматичні, ускладнені невротичними реакціями. Вивчення механізмів формування невротичних реакцій у соматичних хворих дасть змогу розробити методи валідної та надійної діагностики, соматичної терапії, психологічного консультування, психокорекції та психотерапії, соціальної реабілітації таких пацієнтів, а також розмежувати соматичні хвороби, ускладнені невротичними реакціями від психосоматичних захворювань та соматопсихічних розладів. Актуальність диктується як логікою наукових досліджень в галузі клінічної психології та психіатрії, так і потребами практичної медицини та практичної психології [7].

Було проведено обстеження 123 пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні у терапевтичних відділеннях Дорожньої клінічної лікарні м. Києва з діагнозом ішемічна хвороба серця (ІХС) із застосуванням клінічних та медико-психологічних методів. Крім огляду, збору анамнезу та бесіди використовувалася опитувальник нервово-психічної дезадаптації, розроблений Ленінградським психоневрологічним науково-дослідним інститутом ім. В.М. Бехтерева у 1989 р., який дає змогу з високим ступенем достовірності ($p < 0,01$) виявляти пацієнтів, у яких основне захворювання (ІХС) було або не було ускладнене психічними розладами. Для підтвердження психічних розладів пацієнтам проводили подальше клінічне обстеження.

В результаті обстеження психічні розлади було виявлено у 93 пацієнтів, яких умовно можна було поділити на дві групи: у першу віднести 27 пацієнтів, у яких спостерігалися до клінічної психічної розлади [2], у другу – 66 пацієнтів, у яких відзначалися стійкі клінічні прояви, що виникли після початку тривалого соматичного розладу.

Таблиця 1

Розподіл пацієнтів з ІХС в залежності від наявності психічних розладів

123 пацієнти						
Без ознак психічних розладів		З ознаками психічних розладів				
Абс.пок.	%	Абс.пок.		%		
30	24	93		76		
		З доклінічними психічними розладами	З клінічними психічними розладами			
		27	66	29	71	

У пацієнтів з першої групи симптоми були неспецифічними (скарги на загальну слабкість, порушення сну, дратівливість, порушення пам'яті та уваги), що дало підстави умовно поділи їх у три групи залежно від провідних симптомів неспіхотичних розладів: астенічний, субдепресивний та тривожний [6].

Таблиця 2

Розподіл пацієнтів з ІХС з доклінічними психічними розладами

Форма психічного розладу	Абс.пок.	%
Астенічна	13	48
Субдепресивна	11	41
Тривожна	3	11

У пацієнтів з астенічною формою доклінічних психічних розладів перелічені неспецифічні прояви відзначалися лише періодично, і пацієнти не пов'язували їх із соматичною хворобою. Астенія загалом виступала як основний або наскрізний синдром соматичного захворювання і у зв'язку з патоморфозом виступала єдиним проявом психічних змін. У випадку виникнення психотичного стану астенія може бути як його дебютом, так і завершенням. Спостерігалися типові проявами астенії: підвищена втомлюваність, іноді з самого ранку, труднощі у концентруванні уваги, сповільнене сприйняття, емоційна лабільність, підвищена вразливість і образливість, швидке відволікання. Деякі пацієнти відзначали гіперестезію, що виражалася в непереносимості різких подразників у вигляді голосних звуків, яскравого світла, запахів, дотику, яка іноді була настільки вираженою, що хворі скаржилися навіть на тихі голоси, звичайне світло, дотики білизни до тіла. Часто відзначали різноманітні порушення сну. Глибина астенічних розладів зазвичай пов'язана із важкістю основного захворювання.

У пацієнтів з субдепресивною формою доклінічних психічних розладів основними симптомами легкого виступали: знижений (депресивний) настрій, зниження активності та зменшення інтересу до діяльності, нерізка туга, надмірна емоційна і психічна чутливість зі сльозливістю, емоційна лабільність, байдужість, млявість, апатія, сонливість, втрата почуттів (особливо любові) до близьких, гіпобулія, тривога, деперсоналізація-дереалізація. Спостерігаючи за хворим, на фоні досить жвавої міміки та модульованої мови, відзначався сумний вираз обличчя та тужливі інтонації у голосі, що з'являються час від часу та ситуативно зникали або змінювалися. Оскільки вираженість симптомів є незначною, самі хворі та їх оточення часто сприймають цей стан як своєрідну замріяність, екзистенційну замисленість, філософські роздуми та навіть нудьгу, спровоковану психотравмуючим впливом. Хворі зберігаючи критичне ставлення до стану свого здоров'я та ситуації, дуже рідко звертаються за медичною допомогою, оскільки за умови зменшення впливу психотравмуючих факторів самотужки намагаються подолати прояви розладу, продовжуючи виконувати професійні та інші соціальні функції.

У пацієнтів з тривожною формою доклінічних психічних розладів відзначалися розлад настрою, з переважанням сумного, адинамії, нерідко з нав'язливими ідеями і сенестопатично-іпохондричними проявами, що триває постійно або періодично повторювалися з нетривалими періодами стабільного настрою. Зниження настрою хворі переважно пов'язували з конфліктом, а не з соматичним станом. Основні симптоми: зниження активності, головний біль вранці, розлади сну (безсоння, труднощі засинання, тривожне прокидання), невпевненість у собі та нерішучість, знижена самооцінка, труднощі у концентрації уваги, плаксивість з ідеями несправедливого ставлення до себе, зниження статевого потягу, зменшення або відсутність задоволення від діяльності, що раніше його давала, відчуття безнадії, соціальна ізоляція. У зв'язку з постійним напруженням і неможливістю розслабитися відзначалося компульсивне вживання психоактивних речовин, в п.ч. алкоголю.

Усі пацієнти з доклінічними психічними розладами недооцінювали і применшували важкість власного соматичного стану та демонстрували байдуже і легковажне ставлення до стану власного здоров'я і прогнозів.

Друга група пацієнтів сформована на підставі наявності стійкої клінічно диференційованої симптоматики і чіткої залежності між тривалістю та важкістю хвороби і клінічної психічної патології [5].

Розподіл пацієнтів з ІХС з клінічними психічними розладами

Форма психічного розладу	Абс.пок.	%
Астенічна	8	12
Кардіофобійна	11	17
Тривожно-депресивна	32	49
Іпохондрична	12	18
Істерична	3	4

У пацієнтів застенічною формою клінічних психічних розладів відзначалися: підвищена стомлюваність, ослаблення або втрата здатності до тривалого фізичного та розумового напруження, дратівлива слабкість, виражене виснаження, афективна лабільність з переважанням зниженого настрою, слізливість, гіперестезія, образний ментизм, метеопатія. Прогностично несприятливим є не лише стійке зниження активності пацієнтів, а й наростаюча безініціативність, відчуття неспроможності до тих або інших дій, що може призводити до пізніх звернень за медичною допомогою. На відміну від пацієнтів із доклінічними психічними розладами у них спостерігалась структурованість і завершеність симптоматики, що вказувала на зв'язок з ІХС, а також схильність до агравації як соматичної, так і психопатологічної симптоматики.

У пацієнтів з кардіофобійною формою клінічних психічних розладів спостерігався стійкий страх щодо роботи серця або ситуацій, що можуть, на їхню думку, загрожувати їх життю (напр. стресові ситуації, поїздки у місця, де немає спеціалізованої медичної допомоги, перенапруження). У хворих відзначалась підвищена дратівливість, коливання настрою з тенденцією до його зниження, зменшення рухової та ідеаторної активності. До нав'язливих страхів часто приєднувались «захисні» ритуали: психологічно зрозумілі, обґрунтовані, конкретні символічні дії пасивно-захисного характеру (напр. нав'язливе прагнення постійного лікарського і інструментального контролю за серцевою діяльністю). Критичність до нав'язливих страхів була збережена.

У пацієнтів з тривожно-депресивною формою клінічних психічних розладів спостерігався виражений неспокій та песимістичний погляд на майбутнє та стан власного здоров'я, пригнічений, тужливий настрій (особливо вранці), зниження самооцінки і впевненості у собі, ідеї самоприпинення і винуватості, думки і вчинки, що можуть призвести до суїциду, знижена здатність до зосередженості та уваги, психомоторна загальмованість, порушення сну (переважно, ранне прокидання), ангедонія, зниження апетиту та статевого потягу. Хворі нехтували своїм зовнішнім виглядом і правилами гігієни, прагнули до соціальної ізоляції, що дає йому змогу менше звертати увагу на себе як на особистість, що, в свою чергу, призводить до проявів депресивної деперсоналізації та дереалізації. Окрім перелічених симптомів самі хворі висловлювали скарги на неможливість належного соціального функціонування, тривожність, млявість, неприємні відчуття в тілі. Вираз обличчя хворого та його поза наче втілювали тужливість та смуток: опущені плечі, винуватий погляд (часом посмішка), погляд скерований донизу, на джерело світла або у простір, зітхання, слезливість. Власний стан та ситуацію вважали безнадійними, не бачили шляхів та перспективи одужання. Відволікти хворого від його думок вкрай важко.

У пацієнтів з іпохондричною формою клінічних психічних розладів відзначались стійке переконання в наявності у себе одного й більше важких соматичних захворювань, щонайменше на одне з яких конкретно вказував пацієнт (не обов'язково ІХС), постійна заклопотаність у зв'язку із симптомом призводила до затяжного страждання та багаторазових (3 рази й більше) консультацій і обстеження в поліклінічній службі й у фахівців. У разі недоступності консультативної допомоги відбувалося постійне самолікування або багаторазове звернення до представників парамедицини; наполеглива відмова прийняти медичний висновок про відсутність достатніх соматичних причин, наявних соматичних симптомів або лише короточасна згода з ним (до кількох тижнів). Також виявлялась ригідність, що характеризується стійкою фіксацією на медичних процедурах, й «іпохондрія здоров'я» з негативним ставленням до медичних рекомендацій і пов'язаними з ними обмежень.

У пацієнтів з істеричною формою клінічних психічних розладів відзначалися: скарги на алгічні відчуття у різних частинах тіла, періодичне заніміння кінцівок, відчуття холоду або жару, брак повітря, «клубок» у горлі, порушення ковтання тощо. Усі скарги пред'являлися з надмірною драматизацією, театральністю і виявом емоцій.

Висновки. Проведене дослідження дає підстави стверджувати, що у значній кількості пацієнтів з ішемічною хворобою серця супутніми захворюваннями виступають психічні розлади, що потребують не лише проведення діагностичних процедур, а й передбачають проведення чіткої диференційної діагностики для подальшого спеціалізованого медикаментозного, психотерапевтичного та психокорекційного втручання.

Психічні розлади при ІХС відзначає значний клінічний поліморфізм. Субклінічні психічні розлади при ІХС характеризувались неспецифічними нечіткими симптомами, відсутністю суб'єктивного почуття психічної хвороби. Слід відзначити у пацієнтів своєрідний варіант «поведінки подолання» [4], що виявляється у гіпнозогностичному ставленні до хвороби.

Клінічні психічні розлади не лише були клінічно структуровані, а й чітко відзначалось їх посилення у пацієнтів з важчим і тривалішим перебігом хвороби. Оскільки у формуванні психічних розладів при ІХС значну роль відіграє внутрішньоособистісний конфлікт, у пацієнтів відбувається руйнування усталених життєвих стереотипів та виникає необхідність пристосування до нових умов життя.

Визначення етіологічних і патогенетичних факторів у розвитку як соматопсихічних, психосоматичних, а також соматичних захворювань, ускладнених невротичними реакціями, вивчення механізмів формування невротичних реакцій у соматичних хворих дасть змогу розробити методи валідної та надійної діагностики, соматичної терапії, психологічного консультування, психокорекції та психотерапії, соціальної реабілітації таких пацієнтів, а також розмежувати соматичні хвороби, ускладнені невротичними реакціями від психосоматичних захворювань та соматопсихічних розладів.

Значний рівень супутніх психічних розладів у хворих на ІХС передбачає тісну взаємодію кардіологічних і медико-психологічних методів лікування, а також запобігання формування ускладнених форм хвороби і скорочення терміну лікування.

Література

1. Абрамов В. А. Диагностика состояний психической дезадаптации: методические рекомендации / В. А. Абрамов, И. И. Кутько и др. – Донецк, 1992. – 19 с.
2. Банкрофт Д. Вмешательство в кризис. // В кн.: «Введение в психотерапию» / Д. Банкрофт. – Амстердам-Киев: Сфера, 1997. – С. 116-135.
3. Сидоренко Б. А. Психоэмоциональное напряжение и ишемическая болезнь сердца / Б. А. Сидоренко, В. Н. Евенко. – Кишинев: Штиинца, 1988. – 149 с.
4. Смулевич А.Б. Психическая патология и ишемическая я болезнь сердца (к проблеме нозогений). // В кн.: Психические расстройства и сердечно-сосудистая патология. – М.: Либрис, 1994. – С.12-19.
5. Смулевич А. Б. Клинические и психологические аспекты реакции на болезнь / А. Б. Самулевич, А. Ш. Тхостов и др. // Неврология и психиатрия. – 1997. – №2. – С.4-9.
6. Kahn J.P., Kornfeld D.S., Frank K.A. et al. Type a behaviour and blood pressure during coronary arthery bypass surgery. // Psychosomat. Med. – 1980. – Vol.42. – N.4. – P. 407-414.
7. Prevention of coronary heart disease. Report of WHO expert committee. // Technical report series 678. World Health Organization. – Geneva, – 1982. – P.53.