

Психокорекція та психотерапія на етапі реабілітації пацієнтів з хворобами системи кровообігу

О.О. ХАУСТОВА, д. мед. н., доцент

/Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, Київ/

Резюме

Психокоррекция и психотерапия на этапе реабилитации пациентов с заболеваниями системы кровообращения

Е.А. Хаустова

Статья описывает взгляды ученых на психосоматическую медицину как на метод лечения и науку про взаимоотношения психических и соматических процессов. Целью работы было представление алгоритма системы медико-психологических мер на этапе амбулаторной реабилитации на протяжении года.

Ключевые слова: психокоррекция, психические и соматические процессы, медико-психологические меры, психотерапия

Summary

Psychocorrection and Psychotherapy in Rehabilitation of Patients with Blood Circulation Diseases

О.О. Khaustova

The article covers the issue of psychosomatic medicine as integral therapy approach and an interdisciplinary medical field studying the relationships of social, psychological, and behavioral factors on bodily processes. The purpose of this work was to make out algorithm of medical and psychological assistance in outpatient rehabilitation of patients with blood circulation diseases.

Key words: psychocorrection, psychosomatic processes, medical and psychological assistance, psychotherapy

За сучасними поглядами психосоматична медицина є методом лікування та наукою про взаємовідношення психічних і соматичних процесів, які тісно пов'язують людину з оточуючим середовищем [1–3, 6, 7, 15, 16, 25, 28], тобто вона є провідником та рупором принципу холистичного підходу до курації пацієнта. Такий принцип, що базується на єдності тілесного і душевного, є основою медицини. Міждисциплінарний підхід вбирає в себе комплексну оцінку біологічних, психологічних і соціальних шкідливих і корисних факторів, що впливають на окремі нейросоматично уразливі органи і системи організму людини; комплексну оцінку перебігу і прогнозу психосоматичного захворювання; комплексний менеджмент догляду за пацієнтами в клінічній практиці, що передбачає спеціальні заходи щодо інтеграції психотерапії і психокорекції в систему профілактики, лікування і реабілітації.

Поняття «психосоматична медицина» у своїй історії мало різний зміст, описання і визначення. Хоча концепція психосоматики була представлена німецьким психіатром С. Хейнротом ще у 1818 році, а бурхливий розвиток психосоматичних теорій і концепцій відбувся у першій половині минулого століття, на сучасному етапі існування психосоматичної медицини формуються засади комплексного міждисциплінарного менеджменту психосоматичних захворювань.

Перші фази розвитку психосоматичної медицини були осяяні ідеєю психогенезису (Nurminen 1930–1960), на тлі якої була сформована концепція про психосоматичні захворювання (фізичні хвороби, наприклад, виразкова хвороба, ймовірно викликана психологічними факторами) [7, 15, 23, 25]. Попри критичне сприйняття класичною медициною, постулати щодо значення психогенних впливів приваблюють своєю значною пояснювальною аргументацією [7]. Психоаналітичні методи прагнуть розкрити приховані поверхневою соматичною симптоматикою внутрішні психологічні конфлікти, проблеми і фіксації, що походять, як правило, з раннього дитинства пацієнта (табл. 1.).

Наукові праці Дж. Енгель, З.Дж. Липовські та Д.М. Кіссен стали підґрунтям для подальшого розвитку психосоматичної медицини. Відповідно до розробленої G.L. Engel багатофакторної моделі хвороби [15, 16], її потрібно розглядати як результат взаємодії механізмів на клітинному, тканинному, організменному, міжособистісному та середовищному (забруднення навколишнього середовища) рівнях. Таким чином, дослідження кожної хвороби має включати в себе людину, її тіло і навколишнє середовище як важливі компоненти системи в цілому [6, 7, 16] з акцентом, за думкою Дж. Енгель, на екологічному компоненті [7]. З.Дж. Липовські, в свою чергу, критикував застаріле поняття психогенезису як несумісно-

Таблиця 1. Психоаналітичні концепції психосоматичної медицини

З. Фрейд	Конверсійна модель	З появою соматичного симптому пацієнт відчуває емоційне полегшення завдяки пом'якшенню тиску безсвідомого конфлікту
Ф. Александер	Модель вегетативного неврозу	Безсвідомий конфлікт без виходу у відповідному зовнішньому прояві призводить до емоційної напруги зі стійкими змінами у вегетативній нервовій системі, зміни тканин, ураження органів
М. Шур	Концепція десоматизації	В результаті несприятливого розвитку і фрустрації нормальний процес десоматизації може обернутися регресією в формі ресоматизації афекту
Дж. Енгель, А. Шмале	Модель відмови від віри в майбутнє ('giving up' u 'given up')	Почуття втрати, розриву взаємозв'язку між минулим і майбутнім, безнадії ведуть до психосоматичних розладів
А. Мітчерліх	Модель двошарової лінії оборони	Якщо не спрацює перша лінія оборони (психічні засоби), підключається захист другого ешелону – соматизація, яка веде до структурних змін в органах
О. Кернберг	Третій рівень захисту	Психотичне симптомоутворення
Г. Фрайбергер	Концепція втрати об'єкта	Провідні психодинамічні фактори – психосоматична лінія розвитку (симптом, конфлікт, особистісні особливості)

Таблиця 2. Базові психосоматичні теорії

П. Куттер	Модель боротьби за своє тіло	Існує порушення комунікації психосоматичного хворого зі своїм тілом (не сприймається втота або внутрішнє виснаження), що веде до психосоматичних розладів
М. Балінт	Модель початкового порушення	Негативні почуття пацієнта обертаються проти нього, сприяючи розвитку психосоматичного розладу
М. Селігман	Теорія «надбаної безпорадності»	Зустріч з неконтрольованими подіями призводить до когнітивного та емоційного дефіциту, який трансформується в «надбану безпорадність», а потім в психосоматичне захворювання
Ф. Данбар	Особистість психосоматичного пацієнта	Типи особистісного преморбиду (наприклад, коронарний тип – трудоголіки: домінуючі, агресивні, нетерплячі і т.п.)
П. Федерн	Слабкість его	Накопичення неперероблених переживань веде до психосоматичних, афективних, адиктивних розладів
Дж. МакДугалл	Дефіцит егоцентричності	Психологічна загроза сприймається пацієнтом і як фізична, що викликає соматичні симптоми
Г. Крістал	Формування переносу	Пацієнти переживають фізичний біль разом з емоціями або замість них
Г. Аммон	Відновлення інтеграції особистості	Психосоматичний процес як захист від складних життєвих проблем

го з вченням про multicausality, визначив сфери застосування, завдання і методи психосоматичної медицини, дав тлумачення соматизації як схильності переживати психологічний стрес на фізіологічному рівні [15]. Д.М. Кіссен уточнив, що питома вага соціально-психологічних факторів може варіюватися від однієї особи до іншої в рамках тієї ж хвороби, і підкреслив основні концептуальні недоліки розгляду психосоматичних захворювань як однорідних утворень [23]. Такі погляди надалі були розвинуті у низці базових психосоматичних теорій (табл. 2).

Таблиця 3. Додаткові психосоматичні теорії

К. Меннінгер	«Часткове самогубство»	Невротичне самопошкодження
Е.Г. Ейдемільер	Гіпотеза саморуйнуючої поведінки	Психосоматичні розлади є одним із різновидів саморуйнуючої поведінки
Ю.Г. Фролова	Контроль – безпорадність	Недооцінка (переоцінка) можливостей, неадекватний контроль, тривога, зневіра
М. Фрідман, Р. Розерман	Типи особистості пацієнта	Тип А: протиборний; тип В: непротиборний
Т. Морріс, С. Грір	Особистість онкологічного пацієнта	Тип С: депресія, надбана безпорадність, придушення негативних емоцій, відсутність підтримки соціуму
В.Д. Тополянський М.В. Струковська	Емоційний інфантилізм	Бурхливі амбівалентні афективні реакції, фіксація емоційного конфлікту веде до соматизації
Я. Басіанс	Точки фіксації агресії	Неспроможність регуляції або сублимації агресивних імпульсів сприяє соматизації
П. Марті, М. де М'Юзан	Модель алекситимії	Порушення вербальної та символічної експресії провокує психосоматичний розлад
Ю.Ю. Елісеєва	Психологічні джерела психосоматичних захворювань	Внутрішній конфлікт, мотивація, ефект навіювання, ідентифікація, самопокарання, травматичний досвід минулого, алекситимія
С. Мінухін	Типові паттерни психосоматичної родини	Соматичне захворювання стає звичним способом «вирішення» прихованих сімейних конфліктів
Е.Г. Ейдемільер, В.В. Юстицький	Родинні «шкідливості»	Емоційне напруження, порушення родинної комунікації та структурно-рольової взаємодії
Г. Стайерлін	Типи відносин батьківських родин	Зв'язування, відчуження, делегування

Таблиця 4. Інтегративні психосоматичні теорії

Р.П. Ліберман	Особливості психосоматичних родин	Психосоматична родина як ригідна система, де існування хвороби запобігає конфронтації з внутрішньородинними міжособистісними конфліктами
Г. Шефер	Системний підхід – соціопсихосоматика	Вплив середовища, міжособистісних конфліктів та фрустрацій через «мову тіла» на самореалізацію особистості
Д.Н. Оудсхоорн	Інтегративний підхід	Шість рівнів: середовище, родина, «Я», психодинаміка, особистість, тіло
Х. Вайнер	Інтегративна модель здоров'я, хвороби та хворобливого стану	Здоров'я, хвороба та хворобливий стан створюють єдиний континуум, місце знаходження людини в якому визначається впливом низки факторів
Т. Ікскуль, В. Везіак	Біопсихосоціальна модель	Хвороби готовності як результат взаємодії людини та середовища (динамічна цілісність)
В. Вайцеккер	Медична антропологія	Психосоматичні захворювання як результат патологічного пристосування
А.Б. Холмогорова	Біопсихосоціальна модель	Подолання біологічного, психологічного і соціологічного редукціонізму; комплексна терапія психосоматичних розладів

К. Меннінгер запропонував поняття «часткове самогубство» для деяких форм невротичного самопошкодження. Він мав на увазі трихотіломанію (виривання волосся), оніхофагію (обгризання нігтів), видалення зубів, мікроампутації. В цих випадках, за К. Меннінгером,

суїцидальний імпульс зосереджувався для пацієнта на окремій частині тіла, замість цілого [4–7, 29]. Надалі Е.Г. Ейдемільер висунув гіпотезу, що психосоматичні розлади є одним із різновидів саморуйнувчої поведінки (табл. 3). Ця гіпотеза була підтримана та розвинута низкою інших дослідників [5–7, 10, 11, 18].

Нові інтегративні теорії набувають все більшого поширення. Є такі, що створювалися на основі вивчення великих контингентів хворих із функціональними порушеннями без патологічної органічної основи (табл. 4) [5–7, 18, 26].

В останні десятиліття багаточисельні психосоматичні дослідження призвели до вражаючого збільшення обсягу знань в цій галузі, про що свідчить безліч публікацій у всіх великих медичних та спеціально призначених психосоматичним проблемам журналах. Психосоматична медицина визначена як комплексна, міждисциплінарна галузь, що виокремлює наступні рамки curaції пацієнта:

- оцінку біопсихосоціальних факторів, що впливають на індивідуальну нейросоматичну уразливість пацієнта, на перебіг та прогноз будь-якого захворювання;
- комплексне стаціонарне/амбулаторне лікування в рутинній загальній клінічній практиці;
- інтеграцію психокорекції і психотерапії (психологічної медицини) в профілактику, лікування і реабілітацію будь-якого захворювання.

Закономірним результатом розвитку галузі є те, що психосоматична медицина як окрема спеціальність вже існує в США, Німеччині, Японії [18, 27, 30], причому лікарі-психосоматологи в повсякденній діяльності тісно пов'язані як з психологією і психіатрією, так і з внутрішньою медициною. Також значно збільшилась кількість медичних психологів в стаціонарах і первинній мережі [28], які зосереджують свої зусилля в роботі з пацієнтом на корекції саморуйнівної поведінки та факторів ризику (куріння і зловживання алкоголем) [29, 30]. Психосоматичний підхід призвів до появи декількох субдисциплін у межах своєї області застосування: психоонкології, психонєфрології, психодерматології, психоімунології, психонейроендокринології тощо.

Стає очевидним, що ми можемо поліпшити медичну допомогу психосоматичним пацієнтам в первинній мережі, приділивши більше уваги психологічним аспектам в межах комплексної терапії, [1–7, 18] з особливим акцентом на ролі стресу [5, 8, 9, 12, 20, 21] та низки інших факторів, причетних до моделювання індивідуальної вразливості пацієнта до хвороби. Варто також враховувати, що деякі фактори (здоровий спосіб життя та психологічне благополуччя) позитивно впливають на зміцнення здоров'я, а не тільки на зменшення кількості хвороб.

В багатьох клінічних дослідженнях з позиції доказової медицини доведено, що події і ситуації в житті людини, які є значущими особисто для неї, можуть викликати зміни стану соматичного здоров'я. З використанням структурованих методів збору даних і порівнянням з контрольними групами було обґрунтовано зв'язок між життєвими подіями і низкою захворювань: ендокринних, серцево-судинних, дихальних, шлунково-кишкових, аутоімунних, шкірних та онкологічних [6, 7, 19, 24–27].

Нездоровий спосіб життя є основним чинником розвитку поширених захворювань: цукрового діабету, ожиріння і серцево-судинних захворювань [6, 16, 22, 31].

Так, в дослідженні INTERSTROKE (3000 пацієнтів з інсультом із 22 країн), результати якого були представлені в попередньому онлайн-виданні Lancet 2010; виявлено 10 факторів ризику, що обумовлюють 90% ризику інсультів в світі. П'ять факторів ризику:

АГ, паління, абдомінальне ожиріння, нераціональне харчування і гіподинамія визначили 83,5% ризику інсульту. Наявність цукрового діабету, вживання алкоголю, психологічний дискомфорт визначають 90,3% ризику інсульту. Отже мотивоване підтримання пацієнтами здорового способу життя є одним із основних джерел як реабілітації, так і профілактики.

Саме тому зміни хворобливої поведінки пацієнтів необхідно враховувати в реорганізації первинної медичної практики [2, 6, 7, 30, 31], що підтверджено і нашими власними розробками щодо формування і комплексної корекції психосоматичних захворювань з урахуванням динаміки біопсихосоціальної ресурсної бази на тлі змін особистісних життєвих стратегій пацієнтів (рис. 1).

Центральна проблема – невідповідність життєвих цілей ресурсній базі

Перспективні дослідження населення також знайшли зв'язок між заходами соціальної підтримки і смертністю, психіатричною та фізичною захворюваністю, ефективністю терапії і реабілітації хронічних хвороб [1, 2, 7, 24].

В світі активно розвивається галузь «соціальних нейронаук», що займається усуненням наслідків негативного впливу соціального середовища на головний мозок та фізіологію людини [18, 28].

Особлива увага приділена психологічному благополуччю [3, 7, 22, 31], яке походить від взаємодії декількох аспектів [31]. Дослідження показали, що психологічне благополуччя постає буфером в подоланні стресу і сприятливо діє на перебіг хвороби [2, 6, 11, 31].

Серцево-судинна система людини має дуже суттєву системну і локально-органну іннервацію. Якщо первинні психогенні фактори негайно відбиваються на серцево-судинних функціях, то і будь-які локальні і системні явища в серцевій діяльності негайно відбиваються на стані психіки людини. Людина не просто хворіє, але й має особистісну реакцію на хворобу. Труднощі в лікуванні пацієнтів із гострими та хронічними хворобами системи кровообігу полягають не тільки в поєднанні соматичних та психічних симптомів, а й в особливостях сприйняття самим пацієнтом виникнення, перебігу своєї хвороби та її наслідками.

Не викликає сумнівів те, що саме медико-психологічне втручання як неінвазивний метод, що майже не має протипоказань і побічної дії при сполученні з фармакотерапією основного захворювання, є найприйнятнішим та найефективнішим засобом такої корекції. Медико-психологічне втручання можна застосовувати навіть у загострені моменти захворювання, за винятком випадків, коли пацієнт перебуває в несвідомому стані.

На першому етапі основним механізмом лікувальної дії є пасивне навчання через надання пацієнту необхідної інформації й емоційної підтримки. Це дозволяє задовольнити потреби і сподівання пацієнта, поліпшити його самопочуття. На відміну від цього, на наступних етапах зміна особистості і її установок відбувається



Рис. 1. Модель формування та комплексної корекції психосоматичного захворювання

в основному свідомо, шляхом активного переучування. В стаціонарі застосовують методіку колективно-групової психотерапії.

Коли хворий повертається в домашні умови, але ще не включається в активну трудову діяльність, проводиться психотерапевтична робота з активного перекладу його на самообслуговування і перехід до дозованої активності в побутовій поведінці (вихід на вулицю, прогулянка тощо).

Далі йде етап повного перекладу пацієнта на спокійну особистісну активність у побуті і праці при формуванні навичок повного володіння своїми емоціями тощо.

Останній етап реабілітації – повне звільнення пацієнта від думки, що він хворий, і ствердження впевненості в тому, що він цілком здоровий, спроможний і повинен працювати. Разом із кардіологом психотерапевт враховує межі трудової і соціальної реадaptaції і створює орієнтування хворого або на повноцінну професійну працю, або на необхідність переходу до інших форм праці.

Метою даної роботи було представити алгоритм системи медико-психологічних заходів (МПЗ) на етапі амбулаторної реабілітації протягом року.

Матеріали та методи дослідження

Запровадження системи МПЗ щодо пацієнтів з хворобами системи кровообігу (на прикладі інфаркту міокарда і гіпертонічної хвороби) здійснювалось у п'ять етапів.

Перший – короткострокова психотерапевтична інтервенція із застосуванням методів «малої» і частково «великої» психотерапії (ПТ), метою якої є формування комплаєнсу та профілактика ятрогенії.

Другий – визначення «мішеней» психотерапевтичного впливу.

Третій – активна психотерапевтична інтервенція щодо створення умов зміни життєвої стратегії (спочатку індивідуальна ПТ, потім – групова ПТ).

Четвертий – рекомендації щодо супроводу зміни життєвої стратегії пацієнта.

П'ятий – реабілітаційний, зміни життєвої стратегії пацієнта.

Отже, метою МПЗ на етапі реабілітації є зміна активної життєвої стратегії та комплексного впливу на психосоціальні та біологічні фактори ризику. Зміна активної життєвої стратегії передбачає аналіз і перебудову мети та способу життя, засобів досягнення цієї мети, системи відношення, світогляду хворого, а також відновлення повноцінності його соціального функціонування (суб'єктивного та об'єктивного).

Біологічна модифікація способу життя передбачає зменшення впливу біологічних факторів ризику. Це – нормалізація артеріального тиску, відмова від тютюнопаління та вживання алкоголю, дотримання дієти, помірної, адекватної фізичної активності.

Основний принцип МПЗ спрямований на «мішені» розвитку неспсихотичних психічних розладів тривожно-депресивного спектра (НПРТАС) при інфаркті міокарда (ІМ) та артеріальній гіпертензії (АГ) та направлений на зміну активної життєвої стратегії пацієнтів і покращенню якості їхнього життя.

Наступний принцип психотерапії полягає в зміні її спрямованості від нозоцентричної (орієнтація на хворобу) до антропоцентричної (орієнтація на людину) і далі до соціоцентричної (орієнтація на зв'язок особистості з навколишнім середовищем) установки. Ще один принцип пов'язаний зі встановленням і глибини і тривалості наявних у пацієнта психопатологічних розладів.

Реабілітаційний (п'ятий етап) – це стадія амбулаторного лікування (протягом не менше одного року). Характеризується закріпленням досягнутого терапевтичного результату. П'ятий етап включає не менше 12 сеансів індивідуальної психотерапії, що спрямовані на покращення стану здоров'я та якості життя пацієнтів при зміні життєвої стратегії, використовувалася той же психотерапевтичний інструментарій.

Алгоритм системи медико-психологічних заходів представлений на рисунку 2.

Всі особи, що були заплановані для участі в дослідженні, дали інформовану згоду на участь у ньому. Формування основної та контрольної груп проводилося за принципом гніздової вибірки. В дослідженні приймали участь 162 пацієнти, що проходили амбулаторне лікування в Національному науковому центрі «Інститут кардіології ім. академіка М.Д. Стражеска» НАМН України і приймали участь у попередніх етапах дослідження. Попередньо після курсу стаціонарного лікування респонденти були розподілені на дві групи за наявністю психосоматичного захворювання: пацієнти з перенесеним гострим інфарктом міокарду – 85 осіб, пацієнти з перенесеним гіпертонічним кризом – 77 осіб. Кожна з цих основних груп незалежно одна від однієї були рандомізовані на дві групи терапії. Групи стандартної реабілітації були контрольними по відношенню до груп комплексного лікування з виконанням медико-психологічних заходів

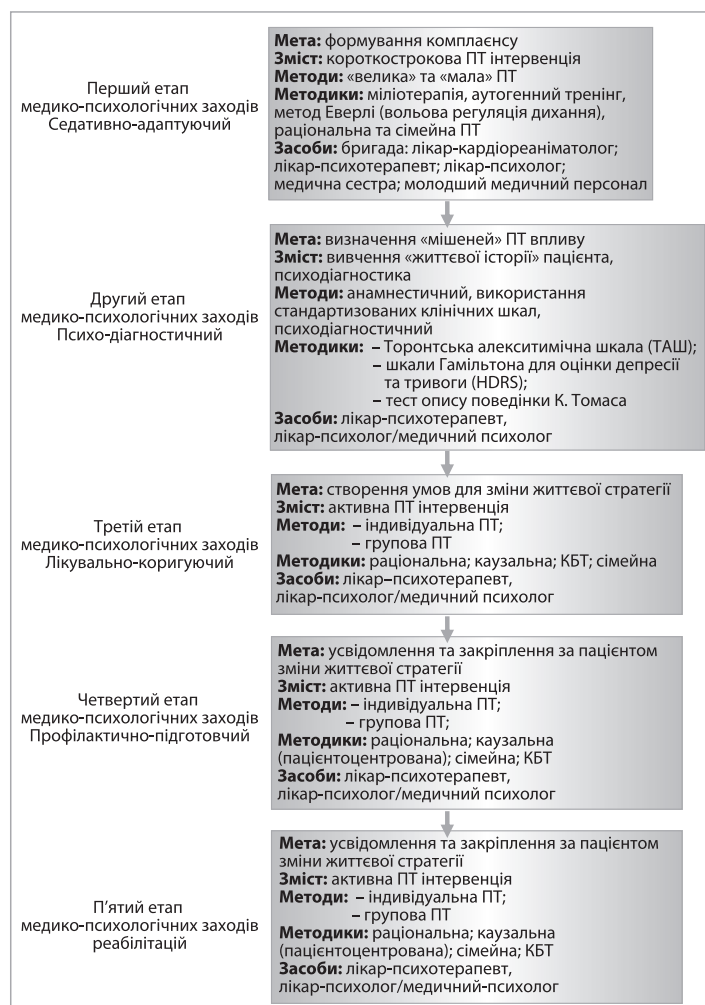


Рис. 2. Алгоритм системи медико-психологічних заходів

за приведеним алгоритмом. Групи хворих були співставні за демографічними характеристиками і тяжкості психосоматичного захворювання.

Результати річної реабілітації оцінювалися за такими критеріями: якість життя за SF-36 та прихильність терапії для всіх респондентів; толерантність до фізичного навантаження для пацієнтів із перенесеним інфарктом міокарда та рівень артеріального тиску для пацієнтів із гіпертонічною хворобою.

Поняття «якість життя» (ЯЖ) сьогодні міцно увійшло в медичну термінологію і все частіше використовується як у наукових дослідженнях, так і в клінічній практиці [6, 7]. Існує багато визначень цього терміна, зазвичай включають такі компоненти, як показники фізичного здоров'я, соціального стану, психічного стану пацієнта тощо. Згідно з рекомендаціями ВООЗ [7], якість життя визначається як індивідуальне співвідношення положення індивідуума в житті суспільства (з урахуванням культури і системи цінностей цього товариства) з цілями даного індивідуума, його планами, можливостями та ступенем дискомфорту. Іншими словами, якість життя – це суб'єктивний показник задоволення особистих потреб в житті, що відображає ступінь комфортності людини як усередині себе, так і в рамках своєї громади. Сфера застосування оцінки якості життя сьогодні охоплює широке коло проблем [2, 6–9] і включає:

- 1) загальну оцінку стану не тільки конкретно здорової або хворої людини, але і певної популяції осіб;
- 2) вивчення впливу різних виробничих, соціальних та інших факторів, профілактичних і реабілітаційних програм;
- 3) оцінку ефективності лікування;
- 4) розробку індивідуалізованої програми терапії;
- 5) комплексну експертизу працездатності;
- 6) клінічні випробування нових медикаментозних і немедикаментозних лікувальних підходів.

Для оцінки ЯЖ пацієнтів із захворюваннями системи кровообігу (інфарктом міокарда, гіпертонічною хворобою) ми застосували один із найбільше використовуваних у популяційних дослідженнях опитувальників SF-36 [7]. Це загальний опитувальник, створений для задоволення мінімальних психометричних стандартів. Опитувальник використовується для групових порівнянь, з огляду на загальні концепції здоров'я або благополуччя, тобто ті параметри, які не є специфічними для різних вікових або нозологічних груп, а також груп, що отримують певне лікування. Він дозволяє оцінити суб'єктивну задоволеність хворого своїм фізичним і психічним станом, соціальним функціонуванням, а також відображає самооцінку ступеня вираженості больового синдрому. Пацієнтам було запропоновано заповнити опитувальник SF-36 на початковому етапі амбулаторної реабілітації та наприкінці нього – через 1 рік. Вимірювальна модель, що лежить в основі конструкції SF-36 має 3 рівні: пункти (питання); вісім шкал, кожна з яких об'єднує разом від 2 до 10 пунктів; два сумарних вимірювання, які об'єднують разом шкали. При обробці результатів отримані відповіді по всім 36 пунктам, що формують 8 шкал. Пункти, пов'язані з кожною визначеною шкалою, підсумовуються і перетворюються в значення від 0 до 100, де 100 – максимальне значення, а 0 – мінімальне. Більш високі бали представляють кращий стан здоров'я.

1. Фізичне функціонування відображає ступінь, в якому здоров'я лімітує виконання фізичних навантажень (самообслуговування, ходьба, підйом по сходах, перенесення ваги тощо).
2. Фізичне обмеження ролєвих функцій – вплив фізичного стану на ролєве функціонування (роботу, виконання буденної діяльності).

3. Фізичний біль – інтенсивність болю і його вплив на здатність займатися повсякденною діяльністю, в тому числі на роботу по дому і поза ним.
4. Загальне здоров'я – оцінка хворими свого стану здоров'я на даний момент і перспективи лікування.
5. Життєва сила – відчуття себе повним сил і енергії або, навпаки, знесиленим.
6. Соціальне функціонування визначається ступенем, в якому фізичний або емоційний стан обмежує соціальну активність (спілкування).
7. Емоційне обмеження ролєвих функцій припускає оцінку ступеня, в якому емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності (включаючи великі витрати часу, зменшення обсягу роботи, зниження її якості тощо).
8. Психічне здоров'я характеризує настрої (наявність депресії, тривоги, загальний показник позитивних емоцій).

Кожен пункт використовується в обробці балів тільки однією зі шкал. Ці 8 шкал формують дві різні високоупорядковані групи – сумарні оцінки фізичного і психічного здоров'я. Оцінка рівня якості життя пацієнта проводиться до початку лікування, після закінчення госпітального етапу лікування й у віддаленому періоді – 12 місяців після його закінчення з подальшою статистичною обробкою отриманих даних.

Наступною категорією оцінювання був комплаєнс. Комплаєнс (від англ. *compliance* – згода, поступливість) – у медичному розумінні – готовність, бажання, внутрішній обов'язок пацієнта виконувати призначення лікаря, точність прийому ліків і виконання немедикаментозних процедур, дотримання дієти, обмеження шкідливих звичок, формування здорового способу життя. В більшості досліджень комплаєнс стосується питань оцінки якості медикаментозного лікування хворих: при прийнятних результатах йдеться про позитивний комплаєнс, а за відсутності даного ефекту – про недостатній або негативний. Це дещо обмежує розуміння проблеми як з боку хворих, так і з боку лікарів і несе відтінок патерналізму. Зовсім іншим є визначення комплаєнтності як градації, за якою узгоджується поведінка хворого: пасивно або активно (в останньому випадку пропонується альтернативний комплаєнс і більше – нейтральний термін «прихильність» – *adherence*, або конкорданс). Таке розуміння комплаєнсу адекватно визначенню нонкомплаєнсу як будь-якому відхиленню від приписаних лікарських рекомендацій.

Варто зазначити, що нонкомплаєнс є більшою проблемою для хворих із гіпертонічною хворобою (ГХ) в порівнянні з ІМ. Так, незважаючи на велику кількість застосовуваних на сьогоднішній день антигіпертензивних препаратів, ефективний контроль гіпертонії залишається актуальною проблемою. У США всього 27% пацієнтів із підвищеним тиском лікуються ефективно (АТ < 140/90 мм рт. ст.), 46% пацієнтів не приймають антигіпертензивних препаратів взагалі. В Європейському дослідженні з 16000 пацієнтів, що страждають на гіпертонію, тільки 37% лікувалися ефективно [9].

Нами в процесі опитування була оцінена прихильність пацієнтів щодо отримуваної терапії. Була проведена градація за такими групами: низька прихильність – дотримується до 30% лікарських рекомендацій; середня – від 30 до 70%; достатня – більше 70%.

За рекомендаціями Американського торакального товариства, у пацієнтів з ІМ проводився тест 6-хвилинної ходьби. Показником адекватної реакції на фізичне навантаження на етапі реабілітації є почастішання пульсу на піку навантаження і в перші 2–3 хвилини відпочинку не більше ніж на 20 ударів, почастішання числа дихаль-

них рухів не більше ніж на 6–9 за 1 хвилину (допускається короткочасне відчуття задишки, якщо воно не супроводжується іншими неприємними симптомами і зникає самостійно протягом 2–3 хвилин), підвищення САД на 20–40 мм рт. ст. і ДАТ на 10–12 мм рт. ст. Підставою для припинення проби з фізичним навантаженням у хворих на ішемічну хворобу серця є наступні клінічні ознаки: тахікардія до субмаксимальної вікової норми; поява нападу стенокардії; зниження артеріального тиску на 25–30% від початкового; значне підвищення артеріального тиску; поява вираженої задишки, нападу задухи; поява загальної раптової слабкості, запаморочення, нудоти, сильного головного болю; відмова хворого від подальшого проведення проби внаслідок страху, дискомфорту. Всі зміни функціональних показників за адекватного фізичного навантаження повинні повертатися до вихідного рівня протягом 2–3 хвилин (максимально протягом 5 хвилин) після закінчення навантаження.

У пацієнтів із ГХ була оцінена динаміка показників артеріального тиску за рік реабілітації

Результати та їх обговорення

Всі пацієнти у віддаленому періоді мали достовірно високі середні показники по більшості критеріїв якості життя відносно вихідних даних в усіх досліджуваних групах, але амплітуда змін достовірно різнилася.

Так, річна реабілітація достовірно покращила всі показники SF-36 у пацієнтів після перенесеного ІМ, що свідчить про достатню дієвість класичної програми реабілітації, що рутинно застосовується в клінічній кардіологічній практиці (табл. 5).

Разом із тим, приєднання медико-психологічних методів дозволило суттєво покращити психосоціальну складову за допомогою збільшення життєвої сили ($\Delta+32,2\%$); підвищення соціального функціонування ($\Delta+25,5\%$); мінімізації емоційного обмеження рольових функцій ($\Delta+29,9\%$); відновлення психічного здоров'я ($\Delta+23,4\%$). В межах фізичної складової SF-36 у пацієнтів з ІМ звертає на себе увагу достовірно краща оцінка рівня загального здоров'я ($\Delta+18,8\%$) в групі комплексної реабілітації в порівнянні зі стандартною. Різниця в оцінці інших показників (ФФ, ФР, ФБ) коливається в межах 10,8–13,4%, що не відповідає критеріям достовірності.

Таблиця 5. Якість життя пацієнтів групи інфаркту міокарда протягом етапу амбулаторної реабілітації

Шкали SF-36	Контрольна група (інфаркт міокарда, n=44)		Основна група (інфаркт міокарда, n=41)	
	Початок реабілітації	Завершена реабілітації	Початок реабілітації	Завершена реабілітації
ФФ	28,6 \pm 2,5*	47,6 \pm 1,4	26,3 \pm 2,4*	59,4 \pm 2,5
ФР	15,6 \pm 1,6*	37,6 \pm 1,5	15,2 \pm 1,8*	51,0 \pm 2,3
ФБ	34,3 \pm 1,7*	42,8 \pm 2,1	32,8 \pm 2,7*	53,6 \pm 2,4
ЗЗ	26,9 \pm 2,1*	44,3 \pm 2,5	25,2 \pm 2,1*	62,4 \pm 1,5
ЖС	33,4 \pm 2,1*	42,1 \pm 2,0	33,8 \pm 2,3*	74,3 \pm 2,4
СФ	41,3 \pm 2,4*	53,2 \pm 2,4	41,3 \pm 2,4*	78,7 \pm 2,6
ЕР	37,8 \pm 3,3*	46,3 \pm 2,1	38,8 \pm 3,6*	76,2 \pm 2,5
ПЗ	36,9 \pm 2,9*	52,3 \pm 1,8	36,7 \pm 2,7*	75,7 \pm 2,4

Примітки: показники якості життя: ФФ – фізичне функціонування; ФР – фізичне обмеження рольових функцій; ФБ – фізичний біль; ЗЗ – загальне здоров'я; ЖС – життєва сила; СФ – соціальне функціонування; ЕР – емоційне обмеження рольових функцій; ПЗ – психічне здоров'я; * – $P < 0,05$ достовірність відмінностей між показником якості життя в порівнюваних групах.

Таблиця 6. Якість життя пацієнтів групи гіпертонічної хвороби протягом етапу амбулаторної реабілітації

Шкали SF-36	Контрольна група (гіпертонічна хвороба, n=39)		Основна група (гіпертонічна хвороба, n=38)	
	Початок реабілітації	Завершена реабілітації	Початок реабілітації	Завершена реабілітації
ФФ	43,8 \pm 3,4	57,2 \pm 3,4	42,4 \pm 3,7*	79,8 \pm 3,7
ФР	25,4 \pm 3,9*	66,9 \pm 3,6	25,7 \pm 2,4*	75,3 \pm 2,8
ФБ	45,8 \pm 3,9	69,9 \pm 4,1	46,5 \pm 4,2*	84,1 \pm 3,6
ЗЗ	29,9 \pm 2,3*	63,7 \pm 4,6	31,1 \pm 2,2*	68,7 \pm 5,1
ЖС	34,4 \pm 2,2*	65,1 \pm 3,2	33,7 \pm 3,1*	79,2 \pm 3,6
СФ	40,7 \pm 2,8	57,9 \pm 3,7	36,6 \pm 3,7*	78,6 \pm 2,7
ЕР	28,2 \pm 4,8	59,5 \pm 3,8	32,2 \pm 3,6*	76,4 \pm 3,6
ПЗ	38,3 \pm 1,6	53,6 \pm 4,1*	38,9 \pm 2,1	81,3 \pm 4,2

Примітки: показники якості життя: ФФ – фізичне функціонування; ФР – фізичне обмеження рольових функцій; ФБ – фізичний біль; ЗЗ – загальне здоров'я; ЖС – життєва сила; СФ – соціальне функціонування; ЕР – емоційне обмеження рольових функцій; ПЗ – психічне здоров'я; * – $P < 0,05$ достовірність відмінностей між показником якості життя в порівнюваних групах.

В групі пацієнтів із ГХ результати річної реабілітації також достовірно покращили всі показники SF-36, але в більшій мірі на кінцевий результат впливала також частота повторних госпіталізацій протягом 3–6 міс. після виписки зі стаціонару, особливо серед літніх пацієнтів.

Приєднання медико-психологічних методів до амбулаторної реабілітації пацієнтів із ГХ, насамперед, впливає на психосоціальну складову, але дещо менше і нерівномірно в порівнянні зі стандартним спостереженням: за рахунок збільшення життєвої сили ($\Delta+14,1\%$); підвищення соціального функціонування ($\Delta+20,7\%$); мінімізації емоційного обмеження рольових функцій ($\Delta+16,9\%$); відновлення психічного здоров'я ($\Delta+27,7\%$). В межах фізичної складової SF-36 у пацієнтів із ГХ звертає на себе увагу достовірно краща оцінка рівня фізичного функціонування ($\Delta+22,6\%$) в групі комплексної реабілітації в порівнянні зі стандартною. Різниця в оцінці інших показників (ФР, ФБ, ЗЗ) коливається в межах 5,0–14,5% (табл. 6).

При визначенні комплаєнсу, а в нашому розумінні – прихильності до терапії з урахуванням виконання пацієнтом рекомендацій щодо змін способу життя, ми визначили, що пацієнти з більш тяжким в їхній уяві захворюванням (ІМ) майже вдвічі прихильніші до терапії в порівнянні з групою ІМ в межах стандартних реабілітаційних програм (табл. 7).

Разом із тим, приєднання медико-психологічних заходів додатково збільшує комплаєнс у пацієнтів з ІМ на 20,8% – до 83,4%. Щодо групи пацієнтів із ГХ зростання комплаєнсу від групи стандартної реабілітації до комплексної складає вже +44,5% – в 2,3 рази і сягає 78,1%. Варто зауважити, що попри масований психологічний вплив майже чверть пацієнтів із ГХ не притримується лікарських рекомендацій в повнообсязі.

Цікавою виявилася кореляція покращання показника адекватності реакції пацієнтів з групи ІМ на фізичне навантаження з динамікою компла-

Таблиця 7. Комплаєнс у пацієнтів із захворюваннями системи кровообігу на етапі реабілітації

Групи реабілітації	Стандарт	Медико-психологічні заходи
Група інфаркту міокарда	62,8 \pm 5,4%	83,4 \pm 3,8%
Група гіпертонічної хвороби	33,6 \pm 4,1%	78,1 \pm 4,3%

Таблиця 8. Кількість пацієнтів з інфарктом міокарда з адекватною реакцією на фізичне навантаження (%)

Контрольна група інфаркту міокарда (n=44)		Основна група інфаркту міокарда (n=41)	
Початок реабілітації	Завершення реабілітації	Початок реабілітації	Завершення реабілітації
22,6±6,4	57,8±5,4	21,8±5,8	76,4±3,2

Таблиця 9. Кількість пацієнтів із гіпертонічною хворобою з показниками АТ<140/90 мм рт. ст. (%)

Контрольна група гіпертонічної хвороби (n=39)		Основна група гіпертонічної хвороби (n=38)	
Початок реабілітації	Завершення реабілітації	Початок реабілітації	Завершення реабілітації
78,2±6,1	37,8±5,4	77,8±5,4	56,4±6,2

енсу і показником покращання загального здоров'я за SF-36: відповідно 18,6–20,8–18,8% (табл. 8).

Для пацієнтів із групи ГХ ми визначали динаміку показників артеріального тиску (табл. 9). Відмічена негативна динаміка показ-

ників стабільності АТ, причому в групі стандартної реабілітації вона майже співпадає з показниками комплаєнсу. В групі МПЗ тільки половина пацієнтів продемонструвала справжню ефективність комплексної програми, що обумовлено особливостями психологічного портрету цієї групи пацієнтів (за результатами наших попередніх досліджень).

Висновки

Таким чином, медико-психологічні заходи суттєво впливають на перебіг хвороб системи кровообігу, формування адекватного ставлення до хвороби, підвищують ефективність лікування як основного захворювання, так і психолого-психіатричних феноменів. Позитивний клінічний ефект у хворих на ІМ супроводжується поліпшенням якості життя, збільшенням прихильності до терапії, зростанням толерантності до фізичного навантаження. У хворих на ГХ також поліпшується якість життя, збільшується прихильність до терапії, стабілізується артеріальний тиск, але існують резерви підвищення ефективності програми комплексної реабілітації.

Література

- Коваленко В.М. Медико-психологічні аспекти хвороб системи кровообігу (аналітично-статистичний посібник) / В.М. Коваленко В.М. Корнацький та співавт. – К., 2009. – 146 с.
- Корнацький В.М. Хвороби системи кровообігу і психічне здоров'я / В.М. Корнацький, В. І. Клименко – К., 2009. – 176 с.
- Лытаев С.А. Основы клинической психологии и медицинской психодиагностики / С.А. Лытаев, Б.В. Овчинников, И.Ф. Дьяконов. – К.: «ЭЛБИ-СПб», 2008. – 320 с.
- Петрова Н.Н. Психотерапия в лечении психосоматических расстройств / Н.Н. Петрова, А.В. Коновалова // *Обозр. психiatr. и мед. психол.* – 2004. – № 3. – С. 25–27.
- Психопатология личности и коморбидных расстройств: учеб. пособие / А.Б. Смулевич. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 208 с.
- Хаустова О.О. Метаболический синдром X (психосоматический аспект). – К.: Медкнига, 2009. – 126 с.
- Чабан О.С. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування) / О.С. Чабан, О.О. Хаустова – К.: ТОВ «ДСГ Лтд», 2004. – 96 с.
- Abbass A., Kisely S., Kroenke K. Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders. // *Psychother. Psychosom.* – 2009. – Vol. 78. – P. 265–274.
- Aspy C.B., Mold J.W., Thompson D.M. et al. Integrating screening and interventions for unhealthy behaviors into primary care practices // *Am. J. Prev. Med.* – 2008. Vol. 35 (5S). – P. 373–380.
- Bodenheimer T., Lorig K., Holman H., Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. // *JAMA.* – 2002. – Vol. 288. – P. 2469–2475.
- Chida Y., Steptoe A. Positive psychological well-being and mortality // *Psychosom. Med.* – 2008. – Vol. 70. – P. 741–756.
- Deter H.C. Psychosomatic medicine and psychotherapy // *Adv. Psychosom. Med.* – 2004. – Vol. 26. – P. 181–189.
- di Matteo M.R., Lepper H.S., Croghan T.W. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment // *Arch. Intern. Med.* – 2000. – Vol. 160. – P. 2101–2107.
- Djousse L., Driver J.A., Graziano J.M. Relation between modifiable lifestyle factors and lifetime risk of heart failure // *JAMA.* – 2009. – Vol. 302. – P. 394–400.
- Engel G.L. The concept of psychosomatic disorder // *J. Psychosom. Res.* – 1967. – Vol. 11. – P. 3–9.
- Engel G.L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine // *Science.* – 1977. – Vol. 196. – P. 129–136.
- Fava G.A., Sonino N. Psychosomatic assessment // *Psychother. Psychosom.* – 2009. – Vol. 78. – P. 333–341.
- Fava G.A., Sonino N. The biopsychosocial model thirty years later // *Psychother. Psychosom.* – 2008. – Vol. 77. – P. 1–2.
- Forman J.P., Stampfer M.J., Curhan G.C. Diet and lifestyle risk factors associated with incident hypertension in women // *JAMA.* – 2009. – Vol. 302. – P. 401–411.
- Frasere-Smith N., Lesperance F. Depression and other psychological risks following myocardial infarction // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 60. – P. 627–636.
- Green L.A., Cifuentes M., Glasgow R.E., Stange K.C. Redesigning primary care practice to incorporate health behavior change // *Am. J. Prev. Med.* – 2008. – Vol. 35 (5S). – P.347–349.
- Joosten E.A., DeFuentes-Merillas L., de Weert G.H. et al. Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status // *Psychother. Psychosom.* – 2008. – Vol. 77. – P. 219–226.
- Kissen D.M. The significance of syndrome shift and late syndrome association in psychosomatic medicine // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 1963. – Vol. 136. – P. 34–42.
- Leventhal H., Weinman J., Leventhal E.A., Phillips L.A. Health psychology: the search for pathways between behavior and health // *Annu. Rev. Psychol.* – 2008. – Vol.59. – P. 477–505.
- Lipowski Z.J. Psychosomatic medicine: past and present // *Can. J. Psychiatry.* – 1986. – Vol. 31. – P. 2–21.
- Martens E. J. et al. Scared to Death? Generalized Anxiety Disorder and Cardiovascular Events in Patients With Stable Coronary Heart Disease // *JAMA.* – 2010. – Vol. 67 (7). – P.750–758.
- Novack D.H., Cameron O., Epel E. et al. Psychosomatic medicine: the scientific foundation of the biopsychosocial model // *Acad. Psychiatry.* – 2007. – Vol. 31. – P. 388–401.
- Prince M., Patel V., Saxena S. et al. No health without mental health // *Lancet.* – 2007. – Vol. 370. – P. 859–877.
- Shah S.U., White A., White S., Littler W.A. Heart and mind: relationship between cardiovascular and psychiatric conditions // *Postgrad. Med. J.* – 2004. – Vol. 80. – P. 683–689.
- Sonino N., Peruzzi P.A. psychoneuroendocrinology service // *Psychother. Psychosom.* – 2009. – Vol. 78. – P. 346–351.
- Thomas C. M. The Influence of Self-concept on adherence to recommended health regimens in adults with heart failure // *Journal of Cardiovascular Nursing.* – 2010. – Vol. 22 (5). – P. 405 – 416.