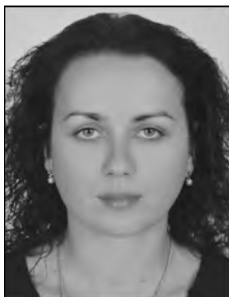


ОРИГІНАЛЬНА СТАТТЯ

УДК: 616.891.4: 616.12-009.7-047.37

НЕГАТИВНИЙ ВПЛИВ ТРИВОЖНО-ФОБІЧНОГО РОЗЛАДУ НА ОСОБИСТІТЬ, ЯКА ПЕРЕНЕСЛА ПЕРВИННИЙ КАРДІОЛОГІЧНИЙ НАПАД ТА ПСИХОКОРЕКЦІЯ ДЛЯ ЗАПОБІГАННЯ РОЗВИТКУ ТА УСКЛАДНЕННЯ СОМАТОФОРНИХ РОЗЛАДІВ



Культенко Вікторія Петрівна,
kulutenko.viktori@mail.ru

Культенко В.П.

Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, м. Київ, Україна

Ключові слова: негативний вплив, психосоматичні порушення, тривожно-фобічні розлади, кардіологічний напад, психокорекція, соматоформні розлади.

Вступ. Даний огляд стосується рівня та впливу соціальних аспектів на частоту виникнення тривожно-фобічних розладів на особистість, яка пережила кардіологічний напад вперше. А також значний вплив урбанізованого суспільства та вплив негативних емоційних переживань (страх, депресія, тривога). Були запропоновані та розглянуті способи психокорекції та психоадаптації пацієнтів із наявними незначними симптомами порушення роботи серцево-судинної системи, та з вираженими соматоформними розладами, кардіосоматозами. У дослідженні брали участь 50 осіб терапевтичного та кардіологічного відділень м. Київ (20 чоловіків та 30 жінки) віком від 40 до 86 років, дослідження тривало протягом 2013 року. Були використані анкети самоспостереження якості життя особистостей, рівня самооцінки та депресії (В.В. Зунге) та методика дослідження самооцінки та рівня тривожності (Ч.Д. Спілбергера-Ю.Л.Ханіна) та кольоровий тест Люшера.

Актуальність дослідження. За даними Державного комітету статистики та Центру медичної статистики МОЗ України в 2006 році, частота виявлення психосоматичних розладів досить висока і коливається в межах 30-57%. У розвинених країнах цій проблемі приділяється значна увага, а в Україні залишилося колишнє "пострадянське" ставлення до питань психічної та психотерапевтичної допомоги, особливо це стосується хворих соматичної пато-

логії. Але з розвитком сімейної медицини лікарю загальної терапевтичної практики досить часто доводиться стикатися з проявами неспсихотического психічної патології у хворих із захворюваннями загальнотерапевтичного профілю (близько 1220 випадків на 100 тис населення України) [3].

За даними Обласної клінічної психоневрологічної лікарні Медико-психологічного центру (м. Донецьк) в період з 2002-2010 років відсоток хворих, які зверталися за допомогою у хірургічні та терапевтичні відділення, становив від 20% до 50% від загальної кількості звернень. Високі показники поширення свідчать про високий патоморфоз психічних та соматичних патологій, які супроводжуються значним ростом психосоматичної симптоматики в структурі захворювання та призводить до переміщення психічних захворювань із сфери психіатричної допомоги в загально соматичну структуру [5]. За 2014 рік було накопичено переконливі емпіричні докази важливої ролі впливу гострого та хронічного стресу на формування ризику розвитку і провокації загострень функціональних кардіологічних захворювань, а також виражене погіршення медичного прогнозу при новоутворених патологіях серцево-судинної системи. Всебічно вивчаються механізми впливу та дії стресу на серцево-судинну систему, які визначаються як нейроендокринними зрушеннями, так і поведінковими змінами на тлі нервово-психічної напруги [6].

Мета дослідження: в тому, щоб дослідити негативний вплив тривожно-фобічного розладу на особистість, яка перенесла первинний кардіологічний напад та створення психологічних конструктів зниженої самооцінки серед пацієнтів та запобігання розвитку ускладнення соматоформних розладів. Дані дослідження були зібрані шляхом самозвіту анкет психосоціальних факторів та методики самооцінки та депресії В.В.Зунге та методики дослідження самооцінки і рівня тривожності Ч.Д.Спілбергера – Ю.Л.Ханіна, колорового тесту Люшера. Необхідність оцінити вплив копінг-компетентності на виникнення повторного ризику рецидиву, та особистісну реакцію на захворювання і медичний прогноз у хворих з кардіологічними нападами, які виникли вперше. Дослідження тривало протягом року, в якому брали участь близько 50 осіб терапевтичних та кардіологічних відділень, лікувальних закладів м. Київ, в яких прослідковувалися взаємозв'язок між зміною психологічного та когнітивного функціонування, порушення настрою, соматизація, катострофізм або зміни вісцеральної інтероцепції негативними емоціями і стресом. Для вирішення внутрішніх конфліктів, які спричиняють виникнення вищезгаданих порушень, була розроблена та запропонована програма психологічної корекції та реабілітації, результативність якої була відмічена під час перебування в лікувальному закладі, та після виписки. Спостерігалася значна позитивна динаміка, про яку пацієнти звітували в телефонному режимі.

Неупереджена статистика стверджує, що не менш ніж у половини хворих, які мають різноманітні неприємні відчуття в лівій половині грудної клітини, виникає при цьому страх за своє серце або перебільшений, або зовсім необґрунтований. При ретельному об'єктивному дослідженні з'ясовується, що до цієї групи належать особи як із суто невротичним походженням функціональних розладів, так і люди з дуже незначними органічними змінами, при яких саме психогенні напорування грають основну роль у клінічній картині захворювання [8].

Зазвичай, на формування серцево-судинної дисфункції та кардіофобії впливають негативні емоційні переживання, в результаті яких відбуваються невротичні зриви, а також наслідки складних життєвих ситуацій і труднощів адаптації до них. Приводом для такого невротичного зриву найчастіше самі пацієнти відмічали конфліктні ситуації в сім'ї або на роботі, втрату близької людини, втрату органу (молочна залоза, рука, нога), різні сексуальні проблеми, виробничі, суспільні або правові обставини, важко розв'язні або практично нерозв'язні тривожні ситуації, які активно впливають на психіку пацієнта [7].

Також на походження гострих нападів кардіалгій психогенного генезу, кардіалгій без ознак органічного ураження серця і патологічних змін ЕКГ, велике значення належить неконтрольованим, надмірним фізичним навантаженням, різним інтоксикаціям, перенесеним оперативним втручанням (психологічний страх смерті), соматичним або інфекційним захворюванням і, особливо, тривалим психотравмуючим переживанням, спричинених хворобою. У керівних принципах психологічної профілактики серцево-судинних захворювань, психосоматич-

ного генезу є наполеглива рекомендація, щоб адаптувати інтенсивність втручання в особистісний та психоемоційний фон пацієнта. Концепція вегетативного неврозу, запропонована свого часу F. Alexander і Т.М. French, що зв'язує маніфестацію психосоматичних розладів з актуалізацією "несвідомих" конфліктів, які сформувалися в результаті ретенції пригнічених емоційних реакцій, концепції ре- і десоматизації (М. Schur). До психоцентричних належить і концепція психосоціального стресу, вплив якої також інтерпретується в якості основної причини виникнення психосоматичних захворювань [1].

Разом з тим у ряді клінічних досліджень (І. О. Мелентьєва, 1994; Н. М. Михайлова, 1998; М. П. Гарганєва, 2002; Б. В. Михайлов, І. М. Сарвір і співавт., 2002; G. De Backer, J.J.P. Kastelein, U. Landmesser 2012, Pacing Clin Electrophysiol. 2013, W. Loyallo, W. Gerin, 2003, Kate M. Scott 2014, Eur Heart J. 2015) висувується альтернативна наведеної вище точки зору – як первинної в генезі психосоматичних розладів розглядається соматична патологія [9].

Мета дослідження: вплив тривожно-фобічного розладу на особистість з кардіологічним порушенням, яке виникло вперше та рівень негативних емоційних переживань, депресія тривоги на особистість, яка в процесі тривалої дії спричинює кардіоневроз, психосоматози, ускладненні соматоформні розлади. Вплив тривожно-фобічного синдрому на кардіологічні порушення серця є підтвердженим і з'являються дані щодо впливу тривоги, страху та негативних емоційних переживань на виникнення різноманітних соматичних порушень.

За останні два десятиліття чимало перспективних досліджень показали, що депресія діагностується серед здорового на перший погляд населення, що пов'язано з підвищеним ризиком виникнення психосоматичних порушень, психосоматозів та кардіоневрозів. Депресія також має прямий зв'язок із ранньою смертністю пацієнтів з існуючими хворобами серця [12].

У своєму розвитку психосоматична медицина пройшла ряд етапів, на кожному з яких домінувала та чи інша теоретична концепція. Відповідно до них розглядалася роль порушень сімейних взаємин і будувалася модель сімейної психотерапії [11].

Одним з головних факторів, що впливають на формування серцево-судинної системи є наявність емоційно-стресового стану. Стрес може бути фізіологічним (порушення харчування, перевтома, наявність хронічного вогнища інфекції) або психологічним (інформаційним, соціальним або емоційним). У виникненні емоційного стресу головне значення мають негативні емоційні стани, що виникають в результаті психічного перенапруження. Інакше кажучи, стан організму, що виникає в результаті психологічної оцінки ситуації як неприйнятної, негативною, яку відкидає при неможливості уникнути її, може бути кваліфіковано як емоційно-стресовий фон [2].

У більшості досліджень, присвячених психосоматичним аспектам формування серцево-судинних порушень, йдеться про те, що в основі психосоматичних розладів лежить внутрішньо-особистісний конфлікт. Однією з основних особливостей цих хворих було те, що їх відчай не

мав адекватного виходу, вони переживали його “в собі”. Вони були нездатні позбутися свого болю, гніву або ворожості стосовно оточуючих їх людей. Також такі особистості постійно витісняють дані травмуючі ситуації, намагаються носити “маску”. Оточуючі зазвичай вважають таких хворих надзвичайно гарними людьми. Про них кажуть: “Ох, це така мила, приємна людина” або “Вона просто свята!”. Ця “м’якість”, “хорошість”, насправді вказує на їх нездатність повірити в себе, збільшується втрата ними будь-якої надії на покращення самопочуття в майбутньому [13].

Патогенез кардіоневрозу та психосоматичного захворювання може починатися та тривати багато років, перш ніж проявиться у вигляді “жорстких кінцевих точок та реакцій”, що буде використовуватися в перспективних дослідженнях. Хоча є способи, в яких депресія і тривога може вплинути на фізичне захворювання через досить короткі терміни, види біологічних і поведінкових механізмів, які були найбільш залучені в дослідженнях наразі, швидше за все, гратимуть важливу роль протягом десятиліть. Якщо ці психічні та фізичні порушення мають причинно-наслідковий зв’язок, а також зменшують вплив психічних розладів на подальший ризик захворювання, вони потребують набагато більшої уваги клініцистів і медичних психологів, стосовно покращення фізичного здоров’я [10].

Методи та результати дослідження їх обґрунтування.

За результатами даного огляду та дослідження негативного впливу тривожно-фобічного розладу на особистість, яка перенесла первинний кардіологічний напад та взаємозв’язок з негативними емоційними переживаннями були створені способи психокорекції для запобігання розвитку та ускладнення соматофорних розладів. Було використано методіку рівня самооцінки та депресії В.В.Зунге, методіку самооцінки та рівня тривожності Ч.Д.Спілбергера – Ю.Л.Ханіна та анкету особистісного спостереження власної самооцінки, а також кольоровий тест Люшера, для діагностики емоційно-вольового фону особистості.

Дане дослідження було проведено з метою діагностики психосоціальних конструкцій самооцінки і почуття когерентності серед пацієнтів з діагнозом психосоматичне порушення, кардіоневроз без органічних змін на ЕКГ та без значних коронарних змін. Показники особистісної тривожності вище середніх значень, показники рівня реактивної тривожності значно перевищують середньостатистичний рівень. На підставі існуючих скард, можемо припустити про наявність у пацієнтів певних рис особистості та значно занижену самооцінку й особистісну мотивацію. Зниження самооцінки, ігнорування власних потреб впливають на створення та використання особистістю негативних захисних механізмів. Результати дослідження були отримані при первинному зверненні до медичного психолога та показали значно високий рівень негативної самооцінки (30 жінок і 20 чоловіків), більш низькі бали для позитивної самооцінки (10 жінок і 8 чоловіків), і значно високий рівень особистісної тривоги та депресії (20 жінок і 12 чоловіків), рівень тривоги та депресії чоловіками перебільшувався, надмірно усвідомлювався. Під час патопсихологічної діаг-

ностики відмічено що більшість поведінкових реакцій стосовно власного самопочуття чоловіками надмірно сприймалися в 40% більше ніж жінками. Після закінчення перебування в лікувальному закладі та після запропонованого чіткого алгоритму психо-корекційної терапії поведінкових та особистісних реакцій, методів рефлексії та релаксації з чітким дотриманням режиму дня, фізичного навантаження в комплексі з мінімальними дозами медикаментозної терапії були зафіксовані хороші тривалі результати здоров’я, підвищений рівень самооцінки, віра в позитивне майбутнє та зменшення тривожно-фобічного синдрому. При зіставленні отриманих результатів обстеження до психо-корекційної реабілітації та після проведених реабілітаційних заходів, були відмічені значні покращення та позитивні зміни за шкалами “реактивної тривожності”, що є результатом значного зниження рівня ситуативної тривоги, що запобігає в подальшому зменшенню зазначених симптомів та покращення психо-емоційного стану.

При застосуванні когнітивно-поведінкової терапії та участі пацієнтів в даних групах медико-психологічної реабілітації позитивно впливає на вирішення завдань психо-корекційної програми: надання психологічної підтримки та допомоги при первинному кардіосоматичному розладі, емоційне відреагування та усвідомлення психотравмуючого досвіду, створює позитивну копінг-стратегію, направлену на вирішення ситуації, подолання існуючих психотравмуючих ситуацій та внутрішньо особистісних конфліктів, підвищення рівня самосприйняття та мотивації в майбутньому, покращення якості життя, підвищення власної самооцінки на підставі позитивного особистісного досвіду; створення позитивного налаштування та зниження рівня особистісної тривоги, психо-емоційної напруженості, емоційної лабільності, невпевненості у власних силах.

Перспективою подальших досліджень є вивчення та використання в подальших психо-корекційних заходах не лише медикаментозної терапії у групах пацієнтів з кардіологічними порушеннями, які виникли вперше, а навіть у хронічних психосоматичних хворих. За допомогою створення методів когнітивно-поведінкової терапії та створення адекватного для застосування корекційного алгоритму. А також необхідність застосування інших методів психотерапії та психокорекції; створення позитивної динаміки розвитку особистісних якостей хворих, які мали негативний досвід виникнення невідкладного кардіологічного стану з ознаками тривожно-фобічного синдрому. Створення більш повного усвідомлення себе і зовнішнього світу, набуття здатності свідомо обирати модель поведінки, що допомагає позбутися тривожно-фобічних, невротичних та інших хворобливих симптомів.

Для вирішення внутрішньо особистісного конфлікту у пацієнтів з кардіологічними порушеннями, нами були розроблені та запропоновано дотримуватися простих рекомендацій, задля запобігання ускладнень та рецидивів виникнення хвороби в майбутньому:

1. Оволодіння навичками розслаблення, релаксації та візуалізації здоров’я. Цей процес призводить до формування позитивних очікувань.

2. Формування позитивних когнітивних образів. Створення образів-процесів боротьби з хворобою. Підвищення рівня самооцінки у власній спроможності впоратися, самостійно.

3. Подолання прихованих негативних образів, прихованої образи, яка чинить постійний стресовий вплив. Методи роботи з образами.

4. Постановка цілей. Формування позитивного майбутнього.

5. Звітування про своє самопочуття в телефонному режимі після виписування з лікувального закладу, дотримання визначених цілей та завдань.

З вищевведених даних можна розробити власну (особисту) систему "лікування". Одним з важливих складових лікування має бути творчість і гарний настрій. Під впливом позитивних психічних процесів в організмі відбуваються біохімічні зміни. Дані лабораторних і клінічних досліджень підтверджують, що психіка людини здатна допомогти подолати хворобу. Творчість як прояв волі до життя є джерелом важливих імпульсів, що утворюються в мозку і стимулюють гіпофіз, а це в свою чергу, впливає на всю ендокринну систему. Гіпофіз виділяє гормони ендорфіни, деякі з них діють як наркотичні препарати – притупляють або знімають біль [4].

Висновки. В анамнезі діагностованої групи пацієнтів (віком від 40 до 86 років), які мали кардіологічні порушення з вперше перенесеними нападами невідкладних кардіологічних станів, реєструється високий рівень професійних та сімейних (особистісних) стресорів (тригерів). Не зважаючи на те, що більшість стресорів суб'єктивно оцінюються пацієнтами (як чоловіками, так і жінками), хоча саме вони є більш значимими і дестабілізуючими щодо подальшого психологічного та медичного прогнозу розвитку ускладнених психосоматозів.

Патопсихологічне обстеження хворих, виявило 30 пацієнтів з первинно перенесеними нападами невідкладних кардіологічних станами, у яких діагностуються переважно виражені тривожні розлади, у 10 пацієнтів було визначено поєднання тривожно-фобічних розладів та помірні депресивні розлади були діагностувалися у 10 хворих.

Усвідомлюючи, що депресія, тривожно-фобічний синдром, кардіоневроз відбувається в контексті більш широкої картини, соціальних відносин особистості, ментально-фізичних об'єднань концептуальних та практичних наслідків, що мають важливе значення особливо для психокорекційної роботи та подальшої профілактики,

психосоматичних порушень (по кардіальному типу). А вже на теперішній час психосоматичні порушення (по кардіологічному типу) найбільш поширені та спричинюють найбільшу клінічну та суспільну значущість для здоров'я особистості та населення в цілому.

Конфлікт інтересів.

Автор заявляє, що не має конфлікту інтересів, який може сприйматися таким, що може завдати шкоди неупередженості статті.

Джерела фінансування.

Ця стаття не отримала фінансової підтримки від державної, громадської або комерційної організації.

ЛІТЕРАТУРА

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина, – М., 2004. С
2. Андрищенко А.В. Посттравматическое стрессовое расстройство при ситуациях утраты объекта экстраординарной значимости // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2000. № 4 с.
3. Долженко М.Н., д.м.н., профессор кафедры кардиологии и функциональной диагностики Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, г. Киев. Психокardiология: паническая атака или вегетативный криз?
4. Эрман П. Психология эмоций. Я знаю, что ты чувствуешь. 2-е изд. / Пер. с англ. – СПб.: Питер, 2010. – 334 с.
5. Ряполова Т.Л., Алексійчук А.И.// Психиатрия и медицинская психология. – 2012. –2012. – №4. – с.81-89.
6. Шаробаро В.И., Женчевская Ю.В., Иванов Т.М. Роль психосоциальных факторов риска возникновения и прогрессирования ишемической болезни сердца // Клинич. медицина. – 2011. – Т. 89. – № 6. – С. 22-26.
7. Irvine J, Firestone J, Ong L, Cribbie R, Dorian P, Harris L, Ritvo P, et al. A randomized controlled trial of cognitive behavior therapy tailored to psychological adaptation to an implantable cardioverter defibrillator. *Psychosom Med* 2011; 73.
8. Ezekowitz JA, Armstrong PW, McAlister FA. Implantable cardioverter defibrillators in primary and secondary prevention: A systematic review of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med* 2003; 138.
9. Kohn CS, Petrucci RJ, Baessler C, Soto DM, Movsowitz C. The effect of psychological intervention on patients' long-term adjustment to the ICD: A prospective study. *Pacing Clin Electrophysiol* 2000; 23.
10. Lambiase MJ, Kubzansky LD, Thurston RC. Prospective study of anxiety and incident stroke. *Stroke* 2013; 45.
11. Charlson FJ, Moran AE, Freedman G, et al. The contribution of major depression to the global burden of ischemic heart disease: a comparative risk assessment. *BMC Med* 2013; 11.
12. Gielen S, Landmesser U. The year in cardiology 2013: cardiovascular disease prevention. *Eur Heart J* 2014;35.
13. De Backer G. Novel risk markers for cardiovascular prevention. *Curr Atheroscler Rep* 2014;16.

**НЕГАТИВНОЕ ВЛИЯНИЕ
ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА
НА ЛИЧНОСТЬ, КОТОРАЯ ПЕРЕНЕСЛА
ПЕРВИЧНЫЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИСТУП
И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ
РАЗВИТИЯ И УСЛОЖНЕНИЯ
СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ**

Культенко В.П.

*Институт психологии имени Костюка НАПН
Украины, г. Киев, Украина*

Резюме. В данной статье рассмотрено негативное влияние тревожно-фобического расстройства на личность, которая перенесла первичный кардиологический приступ, на которую значительное воздействие оказывают негативные эмоциональные переживания (страх, депрессия, тревога). И создание алгоритма психокоррекции для предотвращения развития и осложнения соматоформных расстройств.

Создание способов психокоррекции и адаптации пациентов с имеющимися незначительными воздействиями нарушения работы сердечно-сосудистой системы, и с выраженными соматоформными расстройствами. По результатам наблюдения отмечено взаимосвязь между изменением психологического и когнитивного функционирования, нарушением настроения, соматизацией, катастрофизмом относительно будущего и изменения висцеральной interoцепции под влиянием негативных эмоций и стресса.

Предоставление эффективной и своевременной когнитивно-поведенческой терапии (коррекции), методов рефлексии и релаксации с четким соблюдением режима дня, физической нагрузки в комплексе с минимальными дозами медикаментозной терапии приводит к заметному повышению уровня здоровья пациентов, повышению уровня самооценки, веры в положительное в будущее и уменьшение тревожно-фобического синдрома.

Когнитивно-поведенческая терапия и психологический анализ особенностей поведения пациентов в проблемных ситуациях позволяет спрогнозировать успешность адаптации к болезни в постгоспитальный период и оценить риск неблагоприятной динамики заболевания, предотвратить возникновение рецидивов болезни.

Ключевые слова: негативное влияние, психосоматические нарушения, тревожно-фобические расстройства, кардиологический приступ, психокоррекция, соматоформные расстройства.

**NEGATIVE INFLUENCE OF ANXIETY-PHOBIC
DISORDERS ON THE PERSON WHO SUFFERED
INITIAL CARDIAC ATTACK AND PSYCHO
CORRECTION TO PREVENT THE DEVELOPMENT
AND COMPLICATION OF SOMATOFORM
DISORDERS**

V. Kulenko

*Institute Psychology NAPS of Ukraine named
after G.S. Kostiuk, Kiev, Ukraine*

Summary. This article describes negative influence of anxiety-phobic disorders on the person who suffered initial cardiac attack, for which significant influence is made by negative emotional distress (anxiety, depression, anxiety). And creation of psycho-correction algorithm to prevent the development and complication of somatoform disorders.

Creating methods of psychological correction and adapting the patients with existing minor malfunction of the cardiovascular system, and with severe somatoform disorders.

In the result of the study it is noted the relationship between the change in the psychological and cognitive functioning, mood disorders, somatization, catastrophizing regarding further changes in visceral interoception under the influence of negative emotions and stress.

Providing effective and timely cognitive-behavioral therapy (correction), methods of reflection and relaxation with clear adherence of the day, exercises in combination with the minimum doses of medicine therapy leads to a substantial increase of the health level of patients, higher level of self-conception and belief in a positive future and a reduction of anxiety-phobic symptom.

Cognitive behavior therapy and psychological analysis of patients' behavior features in difficult situations allows to prognosis successful adaptation to the disease in post-hospital period and rate the risk of unfavorable dynamics of the disease, prevent recurrence of the disease.

Keywords: negative effect, psychosomatic disorders, anxiety and phobic disorders, cardiology attack, correction, somatoform disorders.