

Т.В. Жукова, В.А. Милькота

Эмоциональные расстройства у пациентов с ишемической болезнью сердца

НИИ медицинской экспертизы и реабилитации, г.Минск

Проведено психологическое обследование 34 пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС). Установлено, что среди пациентов с ИБС у женщин преобладают тревожные расстройства, а у мужчин – депрессивные. Длительность ИБС и наличие артериальной гипертензии (АГ) являются отягощающими факторами в формировании эмоциональных расстройств у пациентов. В структуре высокой тревожности у пациентов с ИБС независимо от пола преобладают усталость, расстройства сна, вялость, пассивность, быстрая утомляемость, прослеживается проекция страхов не на текущее положение дел, а в перспективу, общая озабоченность будущим на фоне повышенной эмоциональной чувствительности.

Своевременная диагностика и целенаправленная коррекция выявленных изменений позволит улучшить качество жизни пациентов.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, эмоциональные расстройства, качество жизни.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) в течение нескольких десятилетий являются ведущей причиной смерти населения индустриально развитых стран, в том числе и в Беларуси, где сердечно-сосудистыми заболеваниями обусловлено более половины (55,5%) всех случаев смерти.

По статистическим данным, ишемической болезнью сердца (ИБС) страдают около 12% всех мужчин в возрасте 45-59 лет. В последние годы отмечается тенденция к повышению заболеваемости ИБС среди лиц более молодого возраста [1, 3, 4].

Многими исследователями установлено, что у 33-80% больных ИБС наблюдаются психические изменения [1, 2, 3, 4]. Часто возникают такие эмоциональные нарушения, как тревога, подавленность, фиксация на своих болезненных ощущениях и переживаниях, связанных со страхом смерти, потерей самоидентичности, чувства "Я". Во время болевого приступа больных охватывает беспокойство, мысли о смерти от сердечного приступа, отчаяние. Больные живут с постоянным тревожным опасением повторного приступа, они анализируют любые изменения сердечной деятельности, реагируя на малейшие неприятные ощущения в области сердца, основной жизненной целью становится здоровье [1, 3, 5, 7].

Различают боли в области сердца психогенного характера, которые формируются как следствие стресса в результате тяжелой жизненной ситуации и трудностей адаптации. Причиной стресса могут быть конфликтные ситуации в семье или на работе, утрата близкого человека или похороны умершего от инфаркта миокарда, различные сексуальные, производственные или общественно правовые трудно разрешимые или практически неразрешимые обстоятельства, затрагивающие наиболее ранимые черты личности и астенизирующие больного. Большое значение в возникновении острых

кардиалгических приступов психогенного происхождения приобретают при этом физические перегрузки, всевозможные интоксикации, перенесенные операции, соматические или инфекционные заболевания и особенно длительные переживания, связанные с болезнью [3, 5, 7].

Патологические реакции у пациентов с ИБС можно разделить на кардиофобические, тревожно-депрессивные, ипохондрические, истерические и анозогнозические [3, 5, 7].

При кардиофобической реакции больные испытывают постоянный страх " за сердце", боязнь повторных инфарктов, внезапной смерти от сердечного приступа. Страхи появляются или резко усиливаются при физическом напряжении, при выходе за пределы больницы или дома. Чем дальше от пункта, где больному, по его мнению, может быть оказана надлежащая медицинская помощь, тем сильнее страх. Появляется чрезмерная осторожность, даже при минимальной физической нагрузке.

Депрессивная реакция характеризуется угнетенным, подавленным настроением, апатией, безнадежностью, пессимизмом, неверием в возможность благоприятного течения заболевания, тенденцией все видеть в мрачном свете. На вопросы пациент отвечает односложно, тихим голосом. Мимика выражает печаль. Речь и движения замедлены. Больной не может удержать слез при разговоре на волнующие его темы о здоровье, семье, перспективах возвращения на работу. Наличие тревоги в психическом статусе характеризуют внутренняя напряженность, предчувствие надвигающейся беды, раздражительность, беспокойство, волнения, опасения за исход заболевания, тревога за благополучие семьи, страх перед инвалидностью, беспокойство за дела, оставленные на работе. Нарушается сон. Больной просит назначить ему успокаивающие средства, повторно задает вопросы о состоянии своего здоровья и прогнозе жизни, заболеваемости и трудоспособности, желая получить успокоительный ответ и заверения в том, что его жизни ничто не угрожает.

При ипохондрической реакции характерно неоправданное беспокойство за свое здоровье, множество жалоб на разнообразные неприятные ощущения и боли в области сердца и других частях тела, явная переоценка тяжести своего состояния, выраженное несоответствие между числом жалоб и незначительностью или отсутствием объективных соматических изменений, чрезмерная фиксация внимания на состоянии своего здоровья. Больной постоянно контролирует функции своего организма (часто подсчитывает пульс, стремится без необходимости и указаний врача повторно записать ЭКГ, измерить артериальное давление, исследовать кровь, " дабы проверить протромбин"), часто обращается за консультацией к другим специалистам.

При этом выявлена тесная взаимосвязь между характером психических реакций на болезнь и преморбидной структурой личности. Так, лица, всегда отличавшиеся тревожностью, мнительностью, ригидностью, реагируют на инфаркт миокарда кардиофобической или ипохондрической реакцией. Лица, и до болезни склонные реагировать на жизненные трудности отчаянием, подавленным настроением, пессимистической оценкой ситуации, и на инфаркт миокарда отвечают депрессивной реакцией.

Установлено, что у пациентов с сердечнососудистой патологией преобладают тревожные и депрессивно-ипохондрические расстройства [3, 5, 6].

Возникновение этих нарушений связано с преморбидными особенностями личности (тревожно-мнительные) и особенностями течения ишемической болезни сердца. Так, наиболее выраженные психопатологические нарушения выявлены при постинфарктном кардиосклерозе, при присоединении к стенокардии кардиалгических болей, а также при сопутствующей артериальной гипертензии. По данным ряда авторов у больных ишемической болезнью сердца достоверно повышены по сравнению со здоровыми показатели шкалы ипохондрии [3, 5, 6].

Диагностика тревожных и депрессивных состояний у пациентов, страдающих ИБС, необходима для своевременной их коррекции.

Материалы и методы.

Проведено психологическое обследование 34 пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) на базе отделения кардиологии 11 ГКБ г. Минска. Из них 9 женщин (26,47%) и 25 мужчин (73,53%). Средний возраст пациентов составил $48,9 \pm 4,5$ г. Средняя длительность заболевания составила $6,5 \pm 3,6$ г.

По характеру патологии пациенты распределились следующим образом:

- пациентов со стенокардией напряжения (СН) - 17 человек (50,00%), причем со СН функциональный класс (ФК) II - 7 пациентов, что составило 41,18% от общего числа больных стенокардией, а пациентов со СН ФК III - 10 человек (58,82% соответственно);

- пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) - 8 человек (23,53% от общего числа обследованных);

- пациентов с ИБС без нарушения ритма - 6 человек (17,65% от общего числа);

- пациентов с ИБС с пароксизмом мерцательной аритмии - 3, что составило 8,82% от общего числа обследованных.

Среди сопутствующей патологии доминировала артериальная гипертензия (АГ). Так, АГ присутствовала у 29 пациентов, что составило 85,29% от общего числа обследованных, из них пациентов с АГ 2 степени было 20 человек (68,96% от общего числа пациентов с АГ), а с АГ 3 степени - 9 пациентов (31,04% соответственно). Длительность заболевания АГ в среднем составила $10,5 \pm 3,2$ г. 10 человек (29,41% от общего числа обследованных) страдали сахарным диабетом (СД) 2 типа, длительность заболевания составила $5,1 \pm 3,3$ г.

Контрольную группу составили 30 практически здоровых человек, сопоставимых по полу и возрасту с пациентами.

Для верификации тревоги и депрессии и оценки особенностей отношения пациентов к лечению была использована Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (ГШТД) Для оценки уровня и структуры тревожности использовали Интегративный тест тревожности (ИТТ).

Результаты исследования.

По результатам, полученным при помощи ГШТД, можно отметить, что у 43,7% пациентов уровень тревожности не превышает нормального показателя, у 37,5% фиксируется субклинически выраженная тревожность и у 18,7% можно отметить клинически выраженную тревожность. Усредненный показатель тревожности выше у женщин и составлял 9,3 балла, тогда как у мужчин этот показатель составлял 6,9 балла ($p < 0,05$).

По показателям шкалы «депрессия» установлено, что 62,5% респондентов имеют показатель уровня депрессии не превышающий нормальный, 37,5%

имеют субклинически выраженный уровень депрессии, клинически выраженного уровня депрессии не имел ни один респондент. Однако, в отличие от показателя «тревожность», который более выражен у женщин, показатель «депрессия» более выражен у мужчин и усредненное значение его составляет 6,4 балла, тогда как у женщин - 4,9. Отмечена связь между длительностью заболевания (ИБС) и наличием эмоциональных расстройств ($r_s = 0,43$, $p < 0,05$).

Результаты исследования с помощью методики ИТТ показали, что высокий уровень ситуативной тревожности был у 33,5% пациентов, что было выше, чем в контрольной группе (16,7%) ($p < 0,05$).

Высокий уровень личностной тревожности отмечен у 43,7% пациентов, в контрольной группе - у 20,0 % обследованных ($p < 0,05$). В структуре высокой ситуативной тревожности у пациентов преобладали эмоциональный дискомфорт, астенический компонент, тревожная оценка перспектив ($p < 0,05$). Причем у женщин эти показатели были выше ($p < 0,05$).

В структуре высокого уровня личностной тревожности у пациентов независимо от пола и характера патологии доминировали такие показатели как тревожная оценка перспектив ($p < 0,05$), выраженный астенический компонент ($p < 0,001$).

Следует отметить, что у всех пациентов с ИБС, имеющих эмоциональные расстройства и высокий уровень тревожности, в качестве сопутствующей патологии выявлялась АГ.

Заключение. Среди пациентов с ИБС у женщин преобладают тревожные расстройства, а у мужчин – депрессивные. Длительность ИБС и наличие АГ являются отягощающими факторами в формировании эмоциональных расстройств у пациентов. В структуре высокой тревожности у пациентов с ИБС независимо от пола преобладают усталость, расстройства сна, вялость, пассивность, быстрая утомляемость, прослеживается проекция страхов не на текущее положение дел, а в перспективу, общая озабоченность будущим на фоне повышенной эмоциональной чувствительности.

Своевременная диагностика и целенаправленная коррекция выявленных изменений позволит улучшить качество жизни пациентов.

Литература

1. Захаров, В. Н. Ишемическая болезнь сердца: Классификация, факторы риска, профилактика, лечение, реабилитация / В. Н. Захаров. М., 2001. 285 с.
2. Браун, Дж. Психосоматический подход / Дж. Браун // Психосоматика: Взаимосвязь психики и здоровья. Хрестоматия. Минск, 1999. С. 42–69.
3. Бурлачук, Л. Ф. Индивидуально психологические особенности больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в процессе их социальной адаптации / Л. Ф. Бурлачук // Психол. журнал. 1992. № 3. С. 24–27.
4. Sans, S. Task force of the European Society of Cardiology on cardiovascular mortality and morbidity statistics in Europe / S. Sans, H. Kesteloot // Eur. Heart J. 2007. № 18 [8]. P. 1231–1248.
5. Бадалян, Л. О. Неврологические синдромы при болезнях сердца / Л. О. Бадалян. М., 1995. 198 с.
6. Петрюк, П. Т. Социально-психологические и психиатрические аспекты психосоматических расстройств у больных, перенесших психоэмоциональный

стресс / П. Т. Петрюк, И. А. Якущенко // Вестник Ассоциации психиатров Украины. 2003. № 3–4. С. 140–159.

7. Смулевич, А. Б. Психосоматические расстройства (клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи) / А. Б. Смулевич [и др.] // Журн. невропатол. и психиатр. 1999. Т. 99. № 4. С. 4–15.