

ПСИХОЛОГІЯ

УДК 616.12-038:616.892-036

О.А. ДНІПРОВА,
*кандидат медичних наук, доцент кафедри практичної психології
Дніпропетровського університету імені Альфреда Нобеля*

ПСИХОСОМАТИЧНІ ТА СОМАТОПСИХІЧНІ СПІВВІДНОШЕННЯ У ХВОРИХ ПРИ РІЗНИХ ФОРМАХ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

Вивчено психосоматичні та соматопсихічні співвідношення у хворих при різних формах ішемічної хвороби серця (ІХС). Дослідження довело наявність у хворих з різними формами ІХС ознак дисгармонії психосоматичних та соматопсихічних співвідношень, що обумовлює доцільність їх психологічної реабілітації.

Ключові слова: психосоматичні, соматопсихічні співвідношення, хвороба серця.

Постановка проблеми. Важливою медичною та соціальною проблемою для України є хвороби системи кровообігу. Значна поширеність цієї патології, зростання кількості випадків вперше виявлених захворювань, важкі наслідки щодо працездатності і життя хворих висувають ці хвороби на одне з перших місць за пріоритетністю у практиці охорони здоров'я. Захворюваність і смертність від серцево-судинної патології постійно зростають, ризик їх збільшується у зв'язку зі складною соціально-економічною ситуацією в суспільстві, стресами, великим поширенням шкідливих звичок серед населення. Це стало приводом для проведення широкомасштабних досліджень не тільки причин розвитку хвороб системи кровообігу, а й заходів впливу на їх виникнення і перебіг.

Традиційна діагностика і терапія не завжди враховують психологічні порушення, які виникають у людей із захворюваннями серця. Психологічні дослідження, що мають місце в галузі соматичної медицини, не дозволяють характеризувати ступінь впливу розладів емоційної та когнітивної сфер психіки пацієнтів, механізмів захисту особистості на клінічні прояви та ефективність застосованих терапій та реабілітації при кардіологічній патології.

Обґрунтування мети статті та виклад основного матеріалу. З метою визначення психологічних підстав індивідуалізації реабілітаційних заходів нами було проведено психологічне дослідження, у якому було вивчено психосоматичні та соматопсихічні співвідношення у хворих при різних формах ішемічної хвороби серця (ІХС). Обстежено 100 хворих з неускладненим перебігом ІХС – зі стенокардією напруження, 126 хворих, що перенесли інфаркт міокарда (ІМ) та 50 хворих з особливими обставинами, що сприяли розвитку ІХС (ліквідатори аварії на ЧАЕС).

Психосоматичні співвідношення були вивчені за допомогою стандартизованої багато-профільної методики дослідження особистості (СБДО) та тесту Р. Кеттела, а соматопсихічні – за допомогою методики психологічної діагностики типу ставлення до хвороби (ТСХ).

Усереднені профілі хворих за тестом СБДО мали такі характеристики. Конфігурація профілю в групі хворих на ІХС з неускладненим перебігом відображає наявність психосоматичної передиспозиції, тобто надмірний вплив емоційної сфери на фізичний стан. За фасадом бідних емоційних проявів існує роздратованість, постійне емоційне напруження. Хворі зосереджені на фізичному самопочутті, утруднене їхнє раціональне ставлення до фізичного стану.

У складних ситуаціях існує велика імовірність агресивної поведінки (переважно на вербальному рівні). Значно знижені показники оптимістичності, що свідчить про пригнічення життєлюбства, активності.

Існує надмірне прагнення втягнути оточуючих в коло власних переживань та проблем. Особливістю контактів таких хворих є знижена емпатія, коли партнер по спілкуванню сприймається переважно як об'єкт чи «приймач» скарг та ламентаций.

Звісно, що це може викликати в оточуючих ефект «відсування» хворого. Джерелом тривоги, таким чином, стає не тільки проблема фізичного стану, але й проблема контактів, що, можливо, є преморбідною особливістю хворих на ІХС.

Виявляється пасивне ставлення до конфліктів, егоцентричність, що маскується декларацією гіперсоціальних настанов, уникнення вирішення проблем.

У поведінці хворих боротьба з хворобою може перетворюватися в боротьбу за статус хворого (що, до речі, підтверджується скаргами на відсутність розуміння стану хворого членами родини).

Як остаточний наслідок такої позиції хворого формується потреба та бажання мати підтримку та захист з боку різних соціальних інститутів (лікувальних, профспілкових, соціального забезпечення), що в існуючих умовах досить ускладнено. Протидія настановам хворого поглиблює дезадаптацію.

Конфігурація усередненого профілю хворих на ІМ дозволяє вважати, що найбільш притаманна цим хворим постійна напруженість, зосередженість на проблемах фізичного здоров'я, які поєднуються з малою піддатливістю психотерапевтичному впливу. Можна говорити про соматизацію тривоги через інтрапсихічну переробку вегетативних проявів тривоги.

Хворим також притаманна потреба в опікуванні з боку оточуючих. Водночас поведінка недостатньо адаптована, через що ця потреба досить часто фруструється.

Таким чином, хворі мають підвищений ризик виникнення емоційного дистресу, що погіршує їх фізичний стан.

У хворих на ІХС, що брали участь в ліквідації аварії на ЧАЕС, усереднений профіль особистості розташований значно нижче, ніж у хворих з неускладненим перебігом, що свідчить про зниження багаточисельних компенсаторних функцій психічної діяльності та меншу перспективність реабілітаційних заходів.

Соціопсихологічні характеристики хворих з різними типами перебігу ІХС були вивчені за допомогою тесту Р. Кеттела. Проаналізовано також інтелектуальні, емоційно-вольові особливості та комунікативні властивості.

Аналіз якостей особистості хворих на ІХС з неускладненим перебігом показав таке.

Величини факторів, що входять до інтелектуального блоку, показують, що хворим притаманні конкретність та деяка ригідність мислення, які спричиняють його залежність від емоційного стану. Можна також відзначити достатню практичність, деяку обмеженість та надмірну увагу до дрібниць. Хворі консервативні, із сумнівом ставляться до нового, не прихильні до змін і не цікавляться аналітичними та інтелектуальними міркуваннями.

У хворих, перебіг ІХС яких ускладнився ІМ, проведення обстеження за тестом Р. Кеттела дало такі результати. В інтелектуальному блоці факторів слід відзначити конкретність та ригідність мислення, конструктивну практичність, баланс консервативності та радикалізму. Вірогідної різниці показників залежно від віку не виявлено.

Блок емоційно-вольових факторів особистості характеризується підвищеною тривожністю, підпорядкованістю нормам поведінки; емпатичність хворих має тенденцію до зниження. Внутрішній контроль поведінки та стресостійкість знаходяться в межах середніх величин показників. Залежність від віку виявлена за фактором «емоційна хиткість – сталість»: роздратованість, підвладність почуттям, схильність до нестійкого настрою. Самооцінка у хворих на ІМ в цілому знаходиться в межах адекватної, але у хворих молодшого віку вона більш нестійка.

У хворих на ІХС, що належать до ліквідаторів аварії на ЧАЕС, результати були такими. Показники факторів, що належать до інтелектуального блоку, свідчать про консерватив-

ність та ригідність мислення, його доцільну практичність, дещо надмірну консервативність; показники практично не мають залежності від віку.

Емоційно-вольові характеристики були такими. Тривожність хворих має виразну ситуаційну залежність. Хворі наполегливі в досягненні власних прагнень, взагалі стеничні, реалістичні в судженнях. Стійкість до дії стресових чинників дещо знижена.

Комунікативні властивості хворих містять помірну товариськість, залежність в судженнях від референтної групи, недостатню природність поведінки, вибіркочну соціальну активність. Довірливість хворих обумовлена ситуацією та колом спілкування. Це визначає також міру розважливості хворих. Конформність хворих можна оцінити як середню.

Вивчення типу ставлення до хвороби у хворих на ІХС з неускладненим перебігом в цілому показало, що питома вага чистих та змішаних ТСХ більше ніж в два рази перевищує питому вагу дифузних, що можна вважати відносно сприятливою ознакою, тому що структуроване усталене ставлення до хвороби створює підстави для формування моделі очікуваних результатів лікування та має адаптивне значення.

Водночас дифузні варіанти ТСХ характеризуються численними розбіжностями інформації, переважанням незрілих механізмів психологічного захисту, які перешкоджають психотерапії.

Аналіз чистих варіантів ТСХ виявив переважання таких, що самі по собі не спричиняють порушень соціальної адаптації. Сенситивний варіант ТСХ виявлено лише у хворих старшої вікової підгрупи з неускладненим перебігом ІХС, що свідчить про сенсibiliзоване ставлення до хвороби.

Вивчення питомих ваг окремих компонентів у змішаних та дифузних варіантах ТСХ виявило велику питому вагу іпохондричного, сенситивного та ергопатичного компонентів у групі хворих у цілому. Але в молодшій підгрупі цих хворих розподіл компонентів був дещо іншим: підвищилась питома вага анозогнозичного, тривожного, неврастенічного та егоцентричного компонентів, що додатково свідчить про значний ризик невротизації.

У групі хворих, що перенесли ІМ, розподіл чистих, змішаних та дифузних варіантів ТСХ практично не відрізнявся. Але у хворих молодшої вікової підгрупи з ІМ питома вага дифузних ТСХ була значно нижче. Це можна пояснити ситуацією лікування, значенням мотиву збереження життя, що призводить до зменшення поліморфізму психічних змін залежно від ускладнення соматичного стану. Це, можливо, пояснює також питому вагу окремих варіантів чистих ТСХ, серед яких значно менше відносно сприятливих варіантів.

Неадаптивні варіанти представлені не тільки іпохондричним (як у хворих з неускладненим перебігом ІХС), а й тривожним та неврастенічним типами.

Значно вища також була питома вага сенситивного ТСХ, особливо у хворих молодшої вікової підгрупи, що збігається з даними літератури.

Таким чином, навіть чисті ТСХ у хворих на ІМ значною мірою впливають на соціальне функціонування хворих та досить часто виступають як чинник його порушення.

Вивчення питомих ваг окремих компонентів змішаних та дифузних ТСХ виявило значне зниження ергопатичного компонента, що свідчить про знижену спроможність хворих користуватися гіперкомпенсацією як механізмом психологічного захисту. Натомість мала місце вища питома вага сенситивного та дисфоричного компонентів. З'явився також параноїдальний компонент, чого не було у хворих з неускладненим перебігом ІХС.

Таким чином, дисгармонія особистості хворих, що перенесли інфаркт міокарда, значно глибше, що ускладнює прогноз реабілітації.

У хворих на ІХС, що брали участь у ліквідації аварії на ЧАЕС, розподіл чистих, змішаних та дифузних варіантів ТСХ практично не відрізняється від двох інших груп. Але на відміну від них зовсім не було анозогнозичного варіанта, що можна пов'язати зі значенням наявності захворювання для соціального статусу хворих, існуванням певних пільг, тощо.

Водночас мала місце вища питома вага іпохондричного та сенситивного варіантів ТСХ. Порівнюючи частоту варіантів ТСХ залежно від віку, слід зауважити, насамперед, що сенситивність хворих на ІХС ліквідаторів аварії на ЧАЕС значно вище, ніж в попередніх відповідних підгрупах.

Нарешті, аналіз окремих компонентів змішаних та дифузних варіантів ТСХ виявив значну питому вагу сенситивного, неврастенічного та ергопатичного компонентів. Наявність останнього в структурі складних варіантів ТСХ може, на нашу думку, означати зовсім не стенічне ставлення до хвороби, а відображати загальну стенічність хворих у взаємовідносинах з різними соціальними інститутами.

Заслугує на увагу значна питома вага дисфоричного та неврастенічного компонентів (вище, ніж в інших групах).

Висновки. Підсумовуючи результати вивчення ТСХ в групах дослідження, необхідно відзначити наявність чітких ознак дисгармонії соматопсихічних співвідношень у більшості хворих, що обумовлює доцільність їх психологічної реабілітації [3].

Таким чином, неадаптивні зміни психосоматичних та соматопсихічних співвідношень виявляються при різних формах перебігу ІХС та певною мірою відображають особливості кожної з них. Саме це створює підстави для принципової індивідуалізації реабілітаційних психологічних програм, перш за все, залежно від форми перебігу ІХС, а далі – залежно від психологічної характеристики конкретного хворого.

Психологічна реабілітація дозволяє вирішувати численні проблеми та є найбільш ефективним методом корекції неадекватних настанов хворих на ІХС, підвищення їх мотивації до виконання лікарських рекомендацій та зміни стилю життя.

Тому комплексна психологічна реабілітація має містити у собі психорелаксаційну терапію та фармакологічну корекцію клінічно значущих психопатологічних розладів.

При використанні такої терапії буде досягнуто мети нормалізації психологічного статусу хворого, покращання міжособистісних відносин, зменшення внутрішньоособистісних конфліктів, це приведе до підвищення якості життя хворих на ІХС. Усе це дозволить покращити психологічну адаптацію хворих та відновити їх активне життя.

Список використаної літератури

1. Березин Ф.Б. Психологическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф.Б. Березин. – Л.: Наука, 1988. – 279 с.
2. Кабанов М.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / М.М. Кабанов, А.Е. Личко, В.М. Смирнов. – Л.: Медицина, 1988. – 312 с.
3. Зміст та методи психологічної корекції хворих на ішемічну хворобу серця з неускладненим перебігом / С.А. Безбородько, Н.О. Єрчкова, О.А. Дніпрова та ін. // Сучасні проблеми медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів: зб. наук. праць. – Дніпропетровськ: Пороги, 2001. – 406 с.

Изучены психосоматические и соматопсихические соотношения у больных при разных формах ишемической болезни сердца (ИБС). Исследование доказало наличие у больных с разными формами ИБС признаков дисгармонии психосоматических и соматопсихических соотношений, что обуславливает целесообразность их психологической реабилитации.

Ключевые слова: психосоматические, соматопсихические соотношения, заболевание сердца.

That not adaptation change of psychosomatic and somatopsychic correlation come to light at the different forms of ischemic heart disease (IHD) and to the full reflect features of each of them. Just it creates conditions for a basic of individualization of rehabilitation of the psychological programs, first of all, depending on the form of IHD course, in the future – depending on the psychological characteristic of the concrete patient.

Key words: psychosomatic and somatopsychic correlation, dicesis of hard.

Надійшло до редакції 7.09.2011.