

Б. С. Федак
НЕПСИХОТИЧНІ ПОРУШЕННЯ ПСИХІЧНОЇ СФЕРИ У ХВОРИХ З ГОСТРИМИ СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Б. С. Федак
Непсихотические нарушения психической сферы у больных с острыми соматическими заболеваниями

B. Fedak
Nonpsychotic mental health problems in patients with acute somatic diseases

Проведено вивчення порушень психічної сфери у хворих з гострими станами соматичного профілю на підставі клініко-психопатологічного та психодіагностичного дослідження. Виявлено наявність порушень психічної сфери різного ступеня вираженості: нозогенні реакції психічної дезадаптації ($68,57 \pm 2,62$ %), нозогенні невротичні реакції ($16,51 \pm 2,09$ %), соматогенно обумовлений астеничний симптомокомплекс ($14,92 \pm 2,01$ %).

Розроблено концепцію патогенетично обґрунтованої системи медико-психологічної корекції хворих з гострими станами соматичного профілю.

Ключові слова: гострі стани соматичного профілю, порушення психічної сфери, невротичні стани

Проведено изучение нарушений психической сферы у больных с острыми состояниями соматического профиля на основании клинико-психопатологического и психодиагностического исследования. Выявлено наличие нарушений психической сферы различной степени выраженности: нозогенные реакции психической дезадаптации ($68,57 \pm 2,62$ %), нозогенные невротические реакции ($16,51 \pm 2,09$ %), соматогенно обусловленный астенический симптомокомплекс ($14,92 \pm 2,01$ %).

Разработана концепция патогенетически обоснованной системы медико-психологической коррекции больных с острыми соматическими состояниями.

Ключевые слова: острые состояния соматического профиля, нарушения психической сферы, невротические состояния

The investigation of mental disturbances in patients with acute conditions somatic profile based on clinical and psychopathological and psychodiagnostic was provided. Revealed the presence of mental sphere represented varying degrees of severity: nosogenic psychological maladjustment reactions (68.57 ± 2.62 %), nosogenic neurotic reaction (16.51 ± 2.09 %), somatogenic-conditioned asthenic syndrome (14.92 ± 2.01 %).

The concept of pathogenesis-based medical and psychological treatment of patients with acute medical condition.

Keywords: acute condition of physical profile, mental disturbances, neurotic state

На протяжении последних десятилетий в мире наблюдается устойчивый рост соматических заболеваний, в этиопатогенезе которых существенную роль играет психогенный фактор. Эта же тенденция характерна и для Украины. При этом в клинической структуре данных заболеваний наблюдаются состояния, представляющие витальную угрозу, такие как приступы стенокардии при ишемической болезни сердца, инфаркт миокарда, гипертонические кризы у больных артериальной гипертензией, мозговые инсульты и транзиторные ишемические атаки [1, 3, 5, 14].

В то же время, в определённых работах указывается на недостаточное изучение вопросов медико-психологического сопровождения этой категории больных и психотерапевтической коррекции имеющихся у них нарушений психической сферы [4, 6, 9, 10].

Всё это обуславливает необходимость проведения комплексного исследования больных с острыми состояниями соматического профиля. Необходимо также внедрение новых организационных форм реализации медико-психологических и психотерапевтических мероприятий на всех уровнях оказания медицинской помощи. При этом важным вопросом является разработка новых программ медико-психологического сопровождения этих больных на ранних этапах лечения [2, 3, 9, 11—13, 15].

Недостаточно изученными являются также вопросы психосоциальной реабилитации с применением психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий. При этом необходимо учитывать, что острые состояния являются внезапными, возникающими в структуре хронических, нередко бессимптомно протекающих заболе-

ваний, поэтому проблема формирования комплаенса при построении системы лечебно-реабилитационных и профилактических мероприятий является весьма существенной [5, 8, 11, 12]. Низкий уровень комплаенса приводит к существенному снижению эффективности терапии, ухудшению отдаленных исходов заболевания, повышению количества госпитализаций [2, 3, 12, 14].

Формирование неадекватной внутренней картины болезни, страх за свое будущее способствуют возникновению и прогрессированию дезадаптивных психологических реакций, которые являются неблагоприятными для прогноза заболевания и снижают уровень качества жизни больных.

Эффективность лечебно-профилактических мероприятий в большинстве случаев зависит как от адекватности выбора терапевтических методов, так и от многочисленных психологических причин [5, 12]. Формирование мотивации, активного участия пациента в лечебном процессе является основой для современного лечебно-реабилитационного процесса [5—7, 9, 10].

Цель исследования: дифференциация нарушений психической сферы у больных с острыми состояниями соматического профиля на основании клинико-психопатологического и психодиагностического исследования.

Всего было обследовано 315 больных, перенесших острые состояния терапевтического профиля в возрасте от 22 до 70 лет. Согласно нозологической принадлежности соматических заболеваний, больные были распределены на 5 групп: 1-ю группу составили 68 больных с ишемической болезнью сердца, стенокардией; 2-ю — 58 больных с ишемической болезнью сердца, инфарктом миокарда (ИМ); 3-ю — 57 больных с транзиторными ишемическими атаками (ТИА); 4-ю — 67 больных с мозговым

инсультом (МИ); 5-ю — 65 больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки (ЯБ).

Были использованы клинико-психопатологический, психодиагностический, статистический методы. Использовался опросник невротических расстройств (ОНР-Си), разработанный Е. Александровичем. Опросник позволяет провести количественное определение степени выраженности невротических синдромов у пациента. Методика состоит из 138 утверждений, соответствующих жалобам невротического порядка, наличие и выраженность которых оценивает у себя испытуемый. Все утверждения опросника сгруппированы в соответствии с 13 формами невротических расстройств: I. Страх, фобии; II. Депрессивные расстройства; III. Беспокойство, напряжение; IV. Нарушение сна; V. Истерические расстройства; VI. Неврастенические расстройства; VII. Сексуальные расстройства; VIII. Дерезализация; IX. Навязчивости; X. Трудности в социальных контактах; XI. Ипохондрические расстройства; XII. Психастенические нарушения; XIII. Соматические нарушения.

Для объективизации сопоставления показателей шкал нами использовались унифицированные баллы (УБ). Полученный показатель каждой шкалы умножали на коэффициент, исходя из максимального значения 100 унифицированных баллов, минимального — 0 УБ.

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью *t* критерия Стьюдента. Для сравнения выборочных долей, выраженных в процентах (*P* %), использовали критерий *z*, аналогичный *t* критерию Стьюдента.

Клинико-психопатологическое исследование позволило выявить у больных с острыми состояниями соматического профиля различные нарушения психической сферы.

У 47 больных (14,92 ± 2,01 %) психопатологическая симптоматика имела незначительную выраженность, была представлена преимущественно астеническим спектром проявлений и имела непосредственную связь с основным соматическим заболеванием. Такие состояния были расценены нами как соматогенно обусловленные астенические состояния (САС).

У 52 больных (16,51 ± 2,09 %) психопатологические нарушения соответствовали критериям рубрики МКБ-10 «расстройства адаптации» (F43.2) и определялись нами как нозогенные невротические реакции (ННР).

У большинства обследованных нами больных (68,57 ± 2,62 %) психические нарушения достигали синдромального уровня, имели четкую связь с обострением соматического заболевания (которое выступало в качестве психогенного фактора) и расценивались нами в качестве нозогенных реакций психической дезадаптации (НРПД). Данные состояния соответствовали рубрике МКБ-10 «Психологические и поведенческие факторы, связанные с нарушениями или болезнями, классифицированными в других рубриках» (F54).

Это показывает, что вследствие острого состояния терапевтического профиля у соматических больных в большинстве случаев развиваются нарушения психики в виде нозогенных реакций психической дезадаптации (68,57 ± 2,62 %). Значимо реже встречаются соматогенно обусловленный астенический симптомокомплекс (14,92 ± 2,01 %) и нозогенные невротические реакции (16,51 ± 2,09 %). В обоих случаях различия достигали статистической значимости (*p* < 0,001).

Нами был проведен анализ распределения нарушений психики различной степени выраженности в исследуемых группах больных (табл. 1).

Таблица 1. Распределение нарушений психики у больных различной нозологической принадлежности

Группы больных	Соматическое заболевание	САС		НРПД		ННР	
		абс.	<i>P</i> % ± <i>s</i> %	абс.	<i>P</i> % ± <i>s</i> %	абс.	<i>P</i> % ± <i>s</i> %
1-я группа (<i>n</i> = 68)	ИБС, стенокардия	15	22,06 ± 5,03	46	67,65 ± 5,67	7	10,29 ± 3,68
2-я группа (<i>n</i> = 58)	ИБС, ИМ	6	10,34 ± 4,00	37	63,79 ± 6,31	15	25,86 ± 5,75
3-я группа (<i>n</i> = 57)	ТИА	10	17,54 ± 5,04	34	59,65 ± 6,50	13	22,81 ± 5,56
4-я группа (<i>n</i> = 67)	МИ	12	17,91 ± 4,68	49	73,13 ± 5,42	6	8,96 ± 3,49
5-я группа (<i>n</i> = 65)	ЯБ	4	6,15 ± 2,98	50	76,92 ± 5,23	11	16,92 ± 4,65
Всего (<i>n</i> = 315)		47	14,92 ± 2,01	216	68,57 ± 2,62	52	16,51 ± 2,09

Так, наиболее часто САС встречался у больных стенокардией (22,06 ± 5,03 %), однако статистической значимости достигали лишь сравнения с группой больных ЯБ (6,15 ± 2,98 %, *p* < 0,01). Реже всего САС наблюдался у больных ЯБ (различия с 1-й и 4-й группами соответственно *p* < 0,01 и *p* < 0,05).

Реакция на болезнь в виде ННР чаще всего была присуща больным с ИМ (25,86 ± 5,75 %), что было значимо чаще, чем у больных стенокардией и МИ (соответственно 10,29 ± 3,68 % и 8,96 ± 3,49 %, в обоих случаях *p* < 0,05).

НРПД встречались у большинства больных всех клинических групп, от 59,65 ± 6,50 % у больных с ТИА до 76,92 ± 5,23 % у больных ЯБ. Статистической значимости

различия достигали лишь между 3-й и 5-й группами больных (*p* < 0,05).

Во всех клинических группах значимо преобладали больные с НРПД. При этом соотношения между количеством больных с САС и ННР было различным: среди больных со стенокардией и МИ доля лиц с САС превышала аналогичный показатель с ННР, среди больных с ИМ, ТИА и ЯБ — доля лиц с ННР превышала таковую с САС. Статистической значимости различия достигали лишь в группе больных с ИМ (*p* < 0,05).

Данные клинико-психопатологического исследования были сопоставлены с данными, полученными с помощью опросника ОНР-Си.

Суммарні показателі шкал ОНР-Си значимо різнилися у больних с САС, НРПД і ННР (табл. 2): відповідно $9,00 \pm 0,75$ УБ, $25,66 \pm 0,96$ УБ і $51,13 \pm 2,01$ УБ (во всіх випадках $p < 0,001$).

Данне співвідношення зберігало статистичну значимість во всіх досліджуваних групах больних.

Найбільше високим суммарний показателі в уніфікованих баллах был в групі больних ІМ с ННР ($56,28 \pm 0,72$, різниця с 1-й і 4-й групами $p < 0,001$, с 5-й групою — $p < 0,05$).

Таблиця 2. Середні суммарні показателі вираженості невротическої симптоматики у больних с острими соматическими станами по даним опросника ОНР-Си ($M \pm m$), УБ

Групи больних	САС	НРПД	ННР
1-я група ($n = 68$)	$9,59 \pm 1,11$	$25,96 \pm 1,09$	$42,44 \pm 3,92$
2-я група ($n = 58$)	$10,66 \pm 2,39$	$27,83 \pm 2,17$	$56,28 \pm 0,72$
3-я група ($n = 57$)	$7,35 \pm 0,70$	$28,83 \pm 2,43$	$52,48 \pm 3,30$
4-я група ($n = 67$)	$8,71 \pm 0,71$	$22,06 \pm 1,15$	$52,20 \pm 0,75$
5-я група ($n = 65$)	$8,90 \pm 0,54$	$25,59 \pm 1,17$	$48,24 \pm 3,97$
Всього ($n = 315$)	$9,00 \pm 0,75$	$25,66 \pm 0,96$	$51,13 \pm 2,01$

Середній суммарний УБ у больних с САС колевался от $7,35 \pm 0,70$ в групі пацієнтів с ТІА до $10,66 \pm 2,39$ в групі пацієнтів с ІМ, статистически значимих різниць между групами не виявлено.

Діапазон середніх суммарних УБ у больних с НРПД зоставлял от $22,06 \pm 1,15$ в групі больних ІМ до $28,83 \pm 2,43$ в групі больних с ТІА ($p < 0,05$). Значимі різниця виявлялись также между 4-й і 1-й, 4-й і 2-й, 4-й і 5-й групами (во всіх випадках $p < 0,05$).

Помімо аналізу середніх суммарних УБ в досліджуваних групах больних, нами было проведено сопоставление максимальних значень шкал опросника ОНР-Си (табл. 3).

Таблиця 3. Розподілення показателі преобладаючих шкал у больних с острими соматическими станами по даним опросника ОНР-Си ($M \pm m$), УБ

Групи больних	САС	НРПД	ННР
1-я група ($n = 68$)	$23,89 \pm 1,57$	$55,90 \pm 1,53$	$81,25 \pm 3,51$
2-я група ($n = 58$)	$23,81 \pm 1,74$	$52,25 \pm 1,88$	$77,40 \pm 1,29$
3-я група ($n = 57$)	$19,27 \pm 1,49$	$50,91 \pm 1,70$	$86,11 \pm 2,74$
4-я група ($n = 67$)	$24,89 \pm 1,32$	$50,83 \pm 1,34$	$80,00 \pm 1,32$
5-я група ($n = 65$)	$26,53 \pm 1,18$	$52,69 \pm 1,19$	$79,75 \pm 1,74$
Всього ($n = 315$)	$23,52 \pm 1,11$	$52,63 \pm 0,95$	$80,84 \pm 1,46$

Было виявлено, что максимальні оцінки по шкалам опросника у больних с наличием САС были менше 30 УБ, у больних с НРПД находились в діапазоні от 30 до 70 УБ, и у больних с ННР — превышали 70 баллов.

Середні значення максимальних показателі шкал среди больних с САС, НРПД і ННР зоставляли відповідно $23,52 \pm 1,11$, $52,63 \pm 0,95$ і $80,84 \pm 1,46$ УБ (во всіх випадках $p < 0,001$).

Данная тенденция статистической значимости різничий зохранялась во всіх клініческих групах, между долями больних с САС, НРПД і ННР среди больних різничной нозологической принадлежности. Минимальні середні значення среди больних с САС демонструвала 3-я клініческая група ($19,27 \pm 1,49$ УБ, різниця с 5-й групою — $p < 0,001$, 4-й групою — $p < 0,01$, 1-й і 2-й групою — $p < 0,05$).

Діапазон максимальних значень среди больних с НРПД колевался от $50,83 \pm 1,34$ УБ в 4-й клініческой групі до $55,90 \pm 1,53$ УБ в 1-й групі ($p < 0,05$).

Минимальное середне значення у больних с ННР отмечалось в групі пацієнтів с ІМ ($77,40 \pm 1,29$ УБ), максимальное — в групі пацієнтів с ТІА ($86,11 \pm 2,74$ УБ, $p < 0,01$).

Таким образом, результати клініко-психопатологического обслєдования были подтверждены даними, полученными с помощью опросника ОНР-Си.

Так, у $16,51 \pm 2,09$ % больних с острими станами терапевтического профіля развивались нозогенні невротическіе реакції, середня вираженість шкал которих по даним методики ОНР-Си зоставляла $80,84 \pm 1,46$ УБ.

У $14,92 \pm 2,01$ % больних максимальні показателі вираженості шкал опросника ОНР-Си не превышали 30 УБ, зоставляли в середнем $23,52 \pm 1,11$ УБ, что соответствовало діапазону «пониженных показателі» і свідетельствовало о наличии механизма психологического отрицания болезни.

У більшості же обслєдованих больних ($68,57 \pm 2,62$ %) психологическим «ответом» на возникновение острого соматического неблагополучия явилось развитие реакцій психической дезадаптации. Патопсихологическое обоснование клініческих даних было подтверждено даними методики ОНР-Си: діапазон значень максимальной вираженості отдельних шкал колевался от 30 до 70 УБ, середній балл зоставлял $52,63 \pm 0,95$ УБ (діапазон середніх показателі).

Данні психопатологического і патопсихологического обслєдования послужили основанием для разработки патогенетически обоснованной системы медико-психологической коррекції стана психической дезадаптации у больних с острими станами терапевтического профіля.

Проведенніе дослідження позволяют сделать следующие выводы.

Для больних с острими станами соматического профіля характерно наличие нарушений психической сфєры, представлєнных різничной стєпенью вираженности.

Обострение (либо возникновение) заболевания терапевтического профіля является психогенным фактором развития і прогрессирования психопатологической симптоматики.

Найбільше частим «ответом» больних с острими станами соматического неблагополучия являлось развитие нозогенних реакцій психической дезадаптации ($68,57 \pm 2,62$ %), соответствующих рубрике МКБ-10 «Психологическіе і поведенческіе факторы, связанные с нарушениями или болезнями, классифицированными в других рубриках» (F54). У $16,51 \pm 2,09$ % больних выявлены нозогенні невротическіе реакції, соответствующие критериям рубрики МКБ-10

«Расстройства адаптации» (F43.2). Наличие соматогенно обусловленного астенического симптомокомплекса, выявленного у 14,92 ± 2,01 % больных, свидетельствует о наличии механизма психологического отрицания болезни.

Основанием для разработки патогенетически обоснованной системы медико-психологической коррекции состояний психической дезадаптации у больных с острыми состояниями терапевтического профиля явились данные клинико-психопатологического и психодиагностического обследования.

Интегративная психотерапевтическая модель в комплексной терапии больных с острыми соматическими состояниями должна включать в себя сочетание мотивационных, когнитивно-поведенческих и рациональных методов.

Список литературы

1. Зв'язок комплаєнсу при лікуванні артеріальної гіпертензії з психологічними чинниками особистості / [К. М. Амосова, Л. Є. Трачук, Н. В. Береза, Ю. В. Руденко] // Серце і судини. — 2012. — № 1(37). — С. 85—92.
2. Гиндикин В. Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства : справочник / В. Я. Гиндикин. — Киев : Здоровье, 1997. — 104 с.
3. Артериальная гипертензия в фокусе психокоррекции. // [И. В. Дроздова, Л. Г. Степанова, Н. А. Яковенко, М. Н. Емец] // Медицинская психология. — 2014. — Т. 9. — № 1 (33). — С. 41—48.
4. Клиническая психология : учебник / под ред. Карвасарского Б. Д. — СПб.: Питер, 2010. — 864 с.
5. Маркова М. В. Медико-психологические аспекты развития та перебігу хвороб системи кровообігу / М. В. Маркова, В. В. Бабиц // Новости медицины и фармации. Неврология и психиатрия : спец. вып. — 2008. — № 243. — С. 71—74.
6. Михайлов Б. В. Психотерапия в общесоматической медицине : клин. руководство / Б. В. Михайлов, А. И. Сердюк, В. А. Федосеева. — Харьков : Прапор, 2002. — 108 с.
7. Состояние психического здоровья населения и тенденции развития психиатрической помощи на постсоветском

пространстве / [Морозов П. В., Незнанов Н. Г., Лиманкин О. В. и др.] // Український вісник психоневрології. — 2014. — Т. 22, вип. 1(78). — С. 11—17.

8. Напряєнко О. К. Психіатрична наука в Україні у 2013 році та напрямки її вдосконалення (за даними Проблемної комісії «Психіатрія» МОЗ і НАМН України) / О. К. Напряєнко // Там само. — С. 18—22.

9. Депрессивные расстройства в общемедицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога / [Оганов Р. Г., Погосова Г. В., Шальнова С. А. и др.] // Кардиология. — 2005. — № 8. — С. 38—44.

10. Смулевич А. Б. Психокоррекция / А. Б. Смулевич, А. Л. Сыркин. — М.: МИА, 2005. — 778 с.

11. Федак М. Б. Порушення емоційної сфери хворих на ішемічну хворобу серця та їх медико-психологічна реабілітація : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 19.00.04. «Медицина психологія» / М. Б. Федак. — Х., 2012. — 14 с.

12. Хаустова О. О. Психокорекційна програма для оптимізації комплаєнсу при проведенні антигіпертензивної терапії / О. О. Хаустова, Л. Є. Трачук, С. Г. Сахно // Ліки України плюс. — 2012. — № 3—4(11—12). — С. 17.

13. Шестопалова Л. Ф. Довіра до лікаря як чинник формування комплаєнсу у хворих на невротичні та психічні розлади // Шестопалова Л. Ф., Кожевникова В. А., Бородавко О. О. // Медицинская психология. — Т. 8. — № 4 (32). — С. 3—7.

14. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group Depressive symptoms and risk of coronary heart disease and mortality in elderly Americans / [A. A. Ariyo, M. Haan, C. M. Tangen et al.] // Circulation. — 2000. — № 102. — P. 1773—1779.

15. Lett H. Depression and Cardiac Function in Patients With Stable Coronary Heart Disease: Findings From the Heart and Soul Study / H. Lett, S. Ali, M. Whooley // Psychosom. Med. — 2008. — Vol. 70. — P. 444—449.

Надійшла до редакції 08.12.2014 р.

ФЕДАК Богдан Степанович, кандидат медичних наук, головний лікар Комунального закладу охорони здоров'я «Обласна клінічна лікарня — Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф», м. Харків; e-mail: psychotherapy@med.edu.ua

FEDAK Bogdan, MD, PhD, Head Physician of the Public Health Institution "Regional clinic Hospital — Medical Emergency and Disaster Medicine", Kharkiv; e-mail: psychotherapy@med.edu.ua