

УДК 616.89-07-084.616.12

*С.Г. Ушенин***КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

Донецкая областная психиатрическая больница

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, непсихотические психические расстройства.

Несмотря на большое количество публикаций, по-прежнему не утихают споры о характере психосоматических отношений при ишемической болезни сердца (ИБС). До последнего времени продолжают дискуссии о том, являются ли изменения в психической сфере одним из факторов, повышающих риск возникновения ИБС [8,9] или, напротив, психические расстройства у таких

людей возникают как следствие основного заболевания [2, 3].

Дискутабельным остается и вопрос об удельном весе соматогений и психогений в возникающей при ишемической болезни сердца психической патологии [5,6]. Практически отсутствуют исследования манифестных нарушений, включающих субклинический уровень расстройств.

Материал и методы исследования

Целью настоящей работы являлась клинико-динамическая оценка непсихотических психических расстройств при ИБС, в том числе на этапе субклинических проявлений. Представлены результаты исследования 245 больных, страдающих ишемической болезнью сердца. Работа велась на базе кардиологического отделения городской больницы № 3 города Донецка. Использовались клинико-эпидемиологический, клинический и клинико-психологический методы.

На первом этапе исследования применялся

опросник нервно-психической дезадаптации, разработанный Ленинградским психо-неврологическим научно-исследовательским институтом им. В.М.Бехтерева в 1989 году. Данный опросник позволял с высокой степенью достоверности ($p < 0,01$) отделить пациентов, у которых основное заболевание не осложнялось сопутствующими психическими расстройствами от лиц с изменениями в психической сфере. В дальнейшем, с целью верификации диагноза, проводилось структурированное клиническое обследование.

Результаты исследования и обсуждение

На основании клинических и клинико-психологических исследований удалось установить, что число лиц с психическими нарушениями при ишемической болезни сердца составляло 187 человек (71,8% от общего числа обследованных больных). В зависимости от выраженности клинической симптоматики, ее синдромальной структурированности, такие пациенты были разделены на две группы.

В первую группу (54 человека) входили лица с *доклиническими расстройствами* [1]. У этих пациентов имелась достоверная связь выявленных нарушений ($p < 0,05$) с непродолжительным течением основного заболевания (до одного года). Психопатологические проявления определялись наличием аморфной, не достигающей

клинического уровня симптоматикой, включающей в себя такие неспецифические симптомы, как общее недомогание, слабость, ухудшение памяти, трудности в сосредоточении, повышенную раздражительность, нарушение сна. Больные практически никогда не связывали данную симптоматику с основным заболеванием. Это сочеталось со стремлением к преуменьшению тяжести заболевания, неадекватной оптимистической оценкой своего состояния, с отрицанием какой-либо угрозы для здоровья. Порой только при более углубленной клинической беседе удавалось выявить у таких больных сопутствующую симптоматику.

Выделено три основных варианта доклинических непсихотических расстройств - астени-

ческий, субдепрессивный и тревожный.

При *астеническом варианте* (25 случаев) доклинических расстройств отмечалась раздражительность, общая слабость, повышенная утомляемость, нарушения сосредоточения, ухудшение памяти. К этому примыкали и нарушения вегетативной регуляции, которые характеризовались головными болями, нарушениями сна, аппетита, гипергидрозом кожи. В то же время, наблюдаемые проявления отличались малой насыщенностью, эпизодичностью, отсутствием оформленного астенического синдрома, представляя собою часть или элемент последнего. Все жалобы носили расплывчатый, неопределенный характер, больные всячески отрицали связь между этими жалобами и основным заболеванием.

При *субдепрессивном варианте* (23 случая) наиболее типичным было состояние неосознанного, неясного душевного дискомфорта, характеризующее пациентами как "дурное настроение", чувство внутреннего напряжения, усталости, уменьшение интенсивности контактов с окружающими, потеря чувства насыщения сном. Больные не высказывали жалоб на снижение настроения, были фиксированы или на отдельных проявлениях субдепрессивных расстройств (нарушения сна, раздражительность и пр.) или полностью отрицали их наличие, трактуя ситуацию, "как временную и разрешимую".

Тревожный вариант (6 случаев) характеризовался ощущениями "постоянной нервозности, напряженности", "неспособности расслабиться", фиксацией на своих телесных переживаниях. Часто на первом плане у таких больных в качестве "фасада" выступают агрипнические расстройства, головные боли, нарушения вегетативной регуляции. При этом больные пытаются преуменьшить, дезавуировать свои болезненные переживания, дают им различные "рациональные" объяснения ("Да, я несколько беспокоюсь, но не за сердце - тут меня вылечат, а за дела на работе, в семье и т.д.").

Таким образом, у больных с доклиническими непсихотическими расстройствами на первый план выступает некоторая недооценка тяжести своего состояния. Пациенты пытаются преуменьшить свои проблемы, связанные с ишемической болезнью сердца, дают неадекватно оптимистическую оценку прогноза заболевания, внешне не воспринимают свое заболевание, как нечто серьезное.

Вторая группа (133 человека) была представлена различными вариантами *клинически дифференцированной, стойкой симптоматики*,

структурированной в традиционно выделяемые синдромы: астенический, кардиофобический, тревожно-депрессивный, ипохондрический и истерический. Наблюдалась отчетливая связь между тяжестью основного заболевания, его длительностью (свыше одного года) и наличием клинически выраженной психической патологии ($p < 0,05$).

Для больных с *астеническим синдромом* (15 случаев) характерными являлись общая слабость, повышенная раздражительность, быстрая истощаемость, сниженная концентрация внимания, выраженное снижение работоспособности. Такие пациенты жаловались на общее плохое самочувствие, отсутствие бодрости, разбитость, упадок физических сил, непереносимость обычных нагрузок. Типичным было также нарушение цикла "сон - бодрствование" (сонливость днем, бессонница или тревожный сон ночью), головные боли (стягивание, давление, покалывание в области лба или затылка, ощущение "несвежей головы"). В отличие от больных с астеническим вариантом доклинических непсихотических расстройств у них наблюдалось клиническое структурирование симптоматики, ее синдромальная завершенность, отчетливо подчеркиваемая связь с ишемической болезнью сердца, некоторое субъективное преувеличение как тяжести основного заболевания, так и сопутствующей психопатологической симптоматики.

При *кардиофобических расстройствах* (22 случая) характерны постоянные необоснованные опасения за работу сердца, страх перед возможной его остановкой, что сопровождается контролем за сердечной деятельностью, щадящими мероприятиями, направленными на ограничение физической активности и на избегание психотравмирующих ситуаций, требованием от врачей постоянного наблюдения за сердечной деятельностью пациента, иногда неконтролируемым приемом медикаментов.

При *тревожно-депрессивных расстройствах* (64 случая) у пациентов наблюдалось сильное беспокойство, проецируемое в будущее, чувство внутреннего напряжения, сниженное настроение, связанные с наличием основного заболевания тоска, угрюмость, речедвигательная заторможенность, пассивность. Кроме этого, отмечались вегетативные расстройства (сухость во рту, склонность к запорам, нарушения сна в виде трудностей с засыпанием и ранними пробуждениями). В беседе такие пациенты малоразговорчивы, неохотно отвечают на вопросы, содержанием разговора не интересуются. В высказываниях часто звучит озабоченность своим

основным заболеванием, связь между ним и "своей депрессией".

При *ипохондрических расстройствах* (25 случаев) у больных отмечались признаки "ухода в болезнь". При беседе с врачом такие пациенты излагали длинную и сложную историю своего заболевания, предъявляли множество соматических жалоб, были фиксированы на минимальных изменениях своего самочувствия. Они очень подробно, скрупулезно описывали свое состояние. При этом симптоматика носила неконкретный, расплывчатый характер. У этих больных отмечалась диссоциация между собственной оценкой физического состояния и объективными данными в сторону субъективного преувеличения тяжести заболевания. Часто нормальные или обыкновенные ощущения интерпретировались ими как аномальные и неприятные. При фиксации на проблемах своего организма другие интересы уходили на второй план.

Последнюю группу больных составили лица с *истерическими расстройствами* (7 случаев). Основными симптомами у них были вегетативные нарушения с периодическими приступами тошноты, спазмами в желудке, головокружениями, алгическими расстройствами, возникающими в различных частях тела, периодически появляющееся онемение конечностей, чувство в них жара или холода, покалывание, ощущение нехватки воздуха, нарушения глотания, ощущение "кома" в горле, снижение аппетита, общая слабость, слезливость. Такие пациенты жаловались на то, что они неспособны сдерживать свои эмоциональные реакции, плаксивость. В беседе с врачом больные ярко и красочно описывали свое состояние, "невыносимые страдания", которые "приносит им сердечная болезнь". В то же время им была присуща частая смена настроения, в поведении проскальзывали элементы демонстративности, театральности.

Анализируя клинико-динамические особенности психических расстройств при ИБС, можно заметить, что на ранних этапах основного заболевания больные стараются преуменьшить его тяжесть, отрицают какую-либо озабоченность болезнью, трактуя заболевание как "временную, разрешимую проблему", проявляя на-

рочитое равнодушие к заболеванию, проблемам его исхода и прогноза. В то же время, несмотря на внешнее пренебрежение болезнью, такие больные соглашаются на пребывание в стационаре, строго выполняют врачебные назначения. Данный феномен расценивается в психологических и психодинамических исследованиях с позиций "преодолевающего поведения" (реакций человека на психотравмирующие ситуации) как "невротическое отрицание" - один из основных четырех типов преодолевающего поведения, при котором восприятие реальности извращается таким образом, что проблема как бы исчезает [7]. Такая недооценка тяжести состояния у больных описана как гипонозогнозический эгодистонный вариант восприятия болезни [4]. Однако такая реакция лишь отодвигает решение проблемы и ухудшает положение. В дальнейшем, по мере течения основного заболевания, его прогрессирования и формирования клинически оформленных психических расстройств, меняется и отношение к болезни. Если ранее больные отрицали какие-либо признаки наличия у себя психических расстройств, то в дальнейшем у них все четче проявляется тенденция к субъективной переоценке тяжести своего состояния. Несомненна большая роль в формировании клинически выраженных непсихотических расстройств как соматогений, так и психогений, связанных с дезадаптирующей ролью основного заболевания, не дающей таким больным исполнять такой же круг обязанностей, которые они могли делать до болезни, ограничением их жизнедеятельности, опасениями перед возможным прогрессированием заболевания, неблагоприятным его прогнозом для здоровья и жизни.

Все это указывает на необходимость наряду с оказанием таким пациентам медикаментозной помощи более широкого внедрения во врачебную практику психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий, создания при больницах соответствующих специализированных кабинетов, налаживания связей между специализированными отделениями городских и областных психиатрических больниц (в частности, психосоматическими) и кардиологическими службами областей и городов.

С.Г. Ушенин

КЛІНІКО-ДИНАМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ВИПАДКАХ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

Донецька обласна клінічна психіатрична лікарня.

Робота базується на результатах дослідження 245 хворих, страждаючих ішемічною хворобою серця. Ціллю роботи була клініко-динамічна оцінка непсихотичних психічних розладів при ішемічній хворобі серця. На першому етапі дослідження на основі клінічних та клініко-патопсихологічних досліджень була виокремлена група осіб з психічними порушеннями при ішемічній хворобі серця, яка становить 187 осіб (71,8% від загального числа обстежених хворих). В залежності від вираженості клінічної симптоматики, її структурованості пацієнти з психічними розладами були розділені на дві групи.

У першу групу (54 ос.) увійшли особи з доклінічними розладами. У цих пацієнтів був певний зв'язок ($p < 0,05$) з недовгим за терміном перебігу провідного захворювання (до 1 року). Прояви непсихотичних розладів обумовлювалися наявністю аморфної психічної симптоматики, що не досягала клінічного рівню. Були відокремлені три провідних варіанти доклінічних непсихотичних розладів - астеничний, субдепресивний, тривожний.

Друга група (133 ос.) була репрезентована різноманітними варіантами клінічно диференційованої стійкої симптоматики. Відокремлені провідні синдроми - астеничний, кардіофобічний, тривожно-депресивний, іпохондричний та істеричний.

Спостерігався наявний зв'язок між важкістю провідної хвороби, її тривалістю (більш 1 року) та наявністю клінічно визначеної психічної патології ($p < 0,05$).

Розкриті психологічні аспекти реагування хворих на наявність провідного захворювання.

Запропоновані заходи, спрямовані на профілактику та лікування непсихотичних психічних розладів при ішемічній хворобі серця. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 1998. - № 1 (4). - С. 47-50).

S.G. Ushenin

CLINICAL AND DYNAMIC PECULIARITIES OF NONPSYCHOTIC MENTAL DISORDERS OF PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE

Regional clinical psychiatric hospital Donetsk.

This research work is based on the results of examination of 245 patients with ischemic heart disease. The purpose of this work is a clinical and dynamic evaluation of nonpsychotic mental derangements in the patients with ischemic heart disease. At the first stage of examination a group of 187 patients (71,8%) with mental derangements and ischemic heart disease was selected on a basis of clinical, clinical and patopsychological researches. According to expressiveness of clinic symptomatics, its structure patients with mental derangements were divided in to 2 groups.

The first group (54 patients) includes patients with not clinically manifested derangements. These patients had reliable connection ($p < 0,05$) with short course of main disease (till 1 year). Symptomatics was characterised by manifestation of nonpsychotic perturbations and determined by presence of amorphous, failing to achieve clinic level of symptomatics. Three main variants of not clinically manifested nonpsychotic perturbations were distinguished: asthenic, subdepressive and anxious.

Second group (133 patients) was presented by various versions of clinic differentiated, strong symptomatics. Main syndromes were distinguished: asthenic, cardiofobic, anxious-depressive, hypochondric and hysteric.

Relations between seriousness of main disease, its duration (more than 1 year) and presence of clinic manifestation of mental pathology ($p < 0,05$) were observed.

Psychological aspects of reaction of patients on presence of main disease were shown.

Prophylactics and treatment measures of nonpsychotic mental derangement in the presence of ischemic heart disease were proposed. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 1998. - № 1 (4). - P. 47-50).

Литература

1. Абрамов В.А., Кутько И.И. и др. Диагностика состояний психической дезадаптации. // Методические рекомендации. - Донецк. - 1992. - 19с.
2. Ланг Г.Ф. Руководство по внутренним болезням. - М. - 1958. - 496с.
3. Сидоренко Б.А., Ревенко В.Н. Психоэмоциональное напряжение и ишемическая болезнь сердца. // Кишинев, "Штиинца". - 1988. - 149с.
4. Смулевич А.Б. Психическая патология и ишемическая болезнь сердца (к проблеме нозогений). // В кн.: Психические расстройства и сердечно-сосудистая патология. - М., "Либликс". - 1994. - С.12-19.
5. Смулевич А.Б., Тхостов А.Ш. и др. Клинические и

психологические аспекты реакции на болезнь. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1997. - N2. - С.4-9.

6. Тополянский В.Д., Струкова М.В. Психосоматические расстройства. // М., "Медицина". - 1986. - 384с.

7. Банкрофт Д. Вмешательство в кризис. // В кн.: "Введение в психотерапию", - "Сфера". - Амстердам-Киев. - 1997. - С.116-135.

8. Kahn J.P., Kornfeld D.S., Frank K.A. et al. Type A behavior and blood pressure during coronary artery bypass surgery. // Psychosomat. Med. - 1980. - Vol.42. - N.4. - P. 407-414.

9. Prevention of coronary heart disease. Report of WHO expert committee. // Technical report series 678. World Health Organization. - Geneva, 1982. - P.53.

Поступила в редакцию 5.12.97г.