

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-АФФЕКТИВНОЙ СФЕРЫ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Доц. Б. С. ФЕДАК¹, доц. И. Н. САРВИР²

¹ КПЗ «Областная клиническая больница —

Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф», Харьков,

² Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

Изучено состояние эмоционально-аффективной сферы больных с острыми состояниями соматического профиля на основании клинико-психопатологического и психодиагностического обследования. Выявлены общие особенности: отсутствие депрессивных проявлений, сочетание высокого уровня личностной тревожности и среднего уровня реактивной тревоги, низких уровней агрессии и среднего уровня враждебности. Показаны различия в состоянии эмоционально-аффективной сферы у больных различных нозологических групп. Разработана концепция патогенетически обоснованной системы медико-психологической коррекции.

Ключевые слова: острые состояния соматического профиля, особенности эмоционально-аффективной сферы, медико-психологическая коррекция.

Проблема психосоматических заболеваний, несмотря на огромные успехи, достигнутые в диагностике, лечении, профилактике, а также в теоретическом обосновании этиопатогенетических механизмов, продолжает оставаться одной из наиболее актуальных в современной медицине. Прежде всего это обусловлено их широкой распространенностью среди трудоспособного населения, сочетанностью соматической симптоматики с разнообразными пограничными психическими расстройствами [1–4].

Вне зависимости от основного пускового фактора одним из ключевых звеньев патогенеза психосоматических заболеваний является наличие длительно существующего «застойного» отрицательного эмоционального состояния. Принципиальный интерес представляют данные ряда авторов о специфике эндокринно-висцерального выражения различных видов эмоций, а также о фазах реакций организма при продолжающемся эмоциогенном расстройстве в процессе развития соматической патологии. Формирование фиксированных неотреагированных эмоций способствует локализации повреждающего эффекта эмоционального стресса именно в той висцеральной системе, доминирующая функция которой повторно обрывается одним и тем же стрессором. В связи с этим среди отрицательных эмоциональных состояний наибольшее патогенное значение имеют те эмоции, выражение которых строго регламентировано существующими социальными, морально-этическими и нравственными нормами (страх, гнев, агрессия) [5–8].

Ускорение темпа жизни современного общества, научно-технический прогресс, информационные перегрузки, высокий уровень социализации,

предъявляя человеку все возрастающие требования, создают тем самым новые предпосылки для формирования тревожности, опасений как за свое биологическое существование, так и за степень социальной успешности, смысл собственного бытия. В ряде медицинских исследований показана патогенетическая близость комплекса вегетативных, циркуляторных, метаболических, электрофизиологических сдвигов, сопровождающих состояния эмоциональной нестабильности и соматические заболевания, что дает основания предполагать наличие их причинно-следственной взаимосвязи [9–12].

Следует отметить, что с возникновением клинических проявлений психосоматических заболеваний действие эмоциогенных и личностных факторов не прекращается, а напротив, создаются новые условия для взаимосвязи между сомой и психикой. Поэтому особенно перспективным для лечения психосоматических заболеваний представляется использование немедикаментозных методов, отвечающих требованиям полной безвредности, экономичности, комплексности воздействия. В этом случае различные виды психотерапии параллельно приводят к купированию клинических проявлений соматического заболевания [13–16].

Все это обуславливает необходимость проведения комплексного обследования 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.

**Распределение показателей самооценки депрессии
у больных с острыми соматическими состояниями по данным шкалы Цунга (%)**

Диапазон баллов	Группы				
	1-я, n = 76	2-я, n = 75	3-я, n = 77	4-я, n = 81	5-я, n = 73
До 50	92,11±3,09	82,67±4,37	87,01±3,83	95,06±2,41	84,93±4,19
50–59	5,26±2,56	17,33±4,37	12,99±3,83	4,94±2,41	15,07±4,19
60–69	2,63±1,84	—	—	—	—

Цель исследования — выявление особенностей состояния эмоционально-аффективной сферы у **больных с острыми состояниями соматического профиля** на основании клинико-психопатологического и психодиагностического обследований.

Всего было обследовано 382 больных в возрасте от 22 до 70 лет, перенесших острые состояния терапевтического профиля. Согласно нозологической принадлежности соматических заболеваний пациенты были распределены на 5 групп: 1-ю составили **76 больных с ишемической болезнью сердца, стенокардией**; 2-ю — 75 больных с ишемической болезнью сердца, инфарктом миокарда (ИМ); 3-ю — 77 больных с транзиторными ишемическими атаками (ТИА); 4-ю — 81 больной с мозговым инсультом (МИ); 5-ю — 73 больных язвенной болезнью (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки.

Динамическое наблюдение включало следующий комплекс исследований: клинико-психопатологическое наблюдение, в ходе которого оценивалось состояние психической сферы; психодиагностическое исследование с использованием шкалы У. Цунга для самооценки депрессии в адаптации Т. И. Балашовой, шкалы М. Гамильтона для оценки депрессии (HDRS, М. Hamilton, 1967), шкалы реактивной тревоги и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера — Ю. Л. Ханина, методики диагностики показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки [17].

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью *t*-критерия Стьюдента. Для сравнения выборочных долей, выраженных в процентах (Р %), использовался критерий *z*, аналогичный *t*-критерию Стьюдента.

Исследование эмоционально-аффективной сферы с помощью психодиагностических методик позволило выявить у **больных с острыми состояниями соматического профиля** следующие особенности.

Для сопоставления субъективной и объективной оценок наличия депрессии, а также ее уровня нами было проведено исследование с помощью шкалы Цунга для самооценки депрессии и шкалы Гамильтона для оценки депрессии.

По результатам исследования с помощью шкалы Цунга у большинства (87,43±1,70 %) пациентов показатели не достигали 50 баллов, что свидетельствовало об отсутствии у них признаков депрессии,

у 42 (10,99±1,60 %) больных отмечались признаки легкой депрессии (диапазон 50–59 баллов) и лишь у 2 (0,52±0,37 %) больных депрессия достигала умеренного уровня (диапазон 60–69 баллов).

Распределение показателей самооценки депрессии имели некоторые различия между обследуемыми группами больных (табл. 1).

У подавляющего большинства больных с острыми соматическими состояниями (от 82,67±4,37 % в группе больных с ИМ до 95,06±2,41 % в группе больных с МИ) **не обнаружены признаки депрессии** (показатели по шкале Цунга менее 50 баллов).

Легкая депрессия по данным самоощущения несколько чаще выявлялась у пациентов с ИМ, ЯБ, ТИА (соответственно 17,33±4,37; 15,07±4,19 и 12,99±3,83 % обследованных), чем у больных со стенокардией и МИ (соответственно 5,26±2,56 и 4,94±2,41 %). Статистической значимости различия достигали между 2-й и 1-й, 2-й и 4-й, 5-й и 1-й, 5-й и 4-й группами больных (во всех случаях $p < 0,05$).

Субдепрессивное состояние (показатели по шкале Цунга от 60 до 69 баллов) обнаруживалось лишь у больных стенокардией (2,63±1,84 %).

Анализ среднегрупповых показателей по данным самоощущения показал, что во всех обследуемых группах средний уровень депрессии не достигал 50 баллов по шкале Цунга (рис. 1).

Наивысший средний показатель депрессии был в группе больных ИМ (41,10±0,91 балла), наиболее низкий — в группе пациентов с МИ (36,86±0,77 балла). Статистической значимости различия достигали между 2-й и 4-й ($p < 0,001$), 2-й и 1-й ($p < 0,01$), 2-й и 5-й ($p < 0,05$) группами больных.

Анализ результатов исследования с помощью шкалы Гамильтона показал наличие умеренной депрессии у **17,02±1,92 % больных с острыми соматическими состояниями**. Не отмечалось выраженной и тяжелой депрессии.

Чаще признаки умеренной депрессии регистрировались у **больных с ИМ, МИ, ЯБ** (соответственно 21,33±4,73; 20,99±4,52 и 17,81±4,48 %), чем у **пациентов с ТИА и стенокардией** (соответственно 11,69±3,66 и 10,53±3,52 %).

При этом отмечались различия в объективной оценке депрессии и самоощущении больных. Так, отсутствие депрессии по данным самооценки чаще наблюдалось среди больных со стенокардией, ИМ, МИ, ЯБ. Статистической значимости

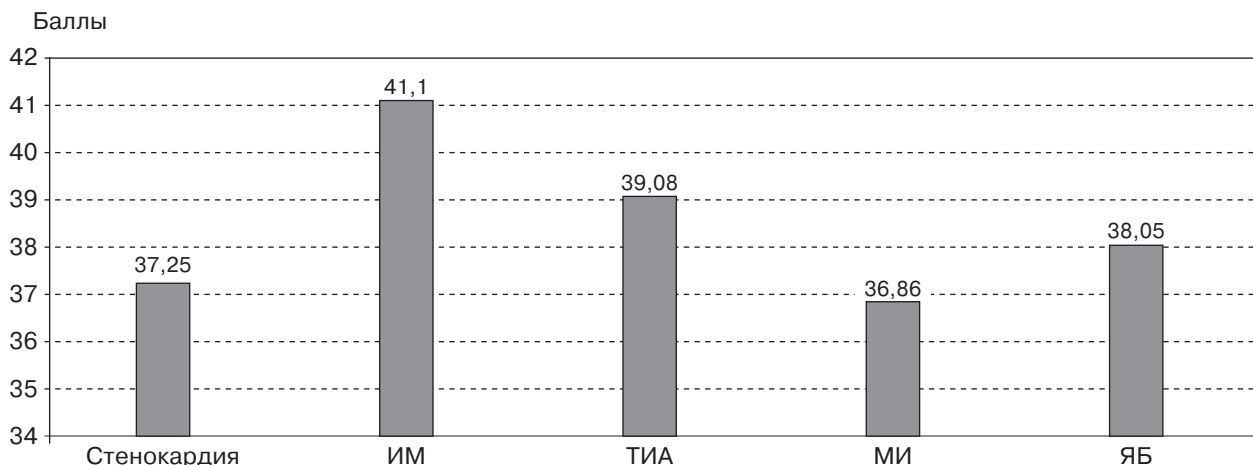


Рис. 1. Распределение среднегрупповых показателей депрессии у больных с острыми соматическими состояниями (по данным шкалы Цунга)

данные различия достигали лишь в группе больных с МИ ($p < 0,01$).

Для исследования наиболее значимой из базовых характеристик эмоционально-аффективной сферы человека нами использовалась шкала реактивной тревоги и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера – Ю. Л. Ханина.

У большинства (76,44±2,17%) обследованных больных с острыми соматическими состояниями уровень реактивной тревоги соответствовал умеренному, уровень личностной тревожности – высокому (81,68±1,98% больных).

Однако соотношение исследуемых показателей имело некоторые особенности у больных с различной нозологической принадлежностью (табл. 2). Во всех клинических группах больных преобладал умеренный уровень реактивной тревоги (от 63,01±5,65% у больных ЯБ до 90,12±3,32% у пациентов с МИ, во всех случаях $p < 0,001$). При этом у больных с МИ и стенокардией чаще встречались низкие уровни тревоги, а с ИМ и ЯБ – высокие уровни реактивной тревоги.

Низкий уровень личностной тревожности регистрировался лишь у 1,57±0,64% больных с острыми соматическими состояниями (в группах больных ИМ, ТИА и ЯБ). Преобладание высокого уровня достигало статистической значимости во всех клинических группах ($p < 0,001$). Умеренный уровень тревожности чаще встречался среди больных ЯБ и стенокардией (соответственно 30,14±5,37 и 22,37±4,78%).

Во всех группах больных средний показатель реактивной тревоги соответствовал умеренному уровню (от 36,45±0,70 балла у больных стенокардией до 39,60±0,80 балла у больных ИМ), средний показатель личностной тревожности – высокому уровню (от 50,08±0,72 балла у больных стенокардией до 52,63±0,81 балла у больных МИ). Во всех клинических группах различия между усредненными показателями реактивной тревоги и личностной тревожности достигали статистической значимости (во всех случаях $p < 0,001$).

Анализ данных, полученных с помощью методики диагностики показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки, выявил следующие особенности (табл. 3). Около половины больных с острыми соматическими состояниями демонстрировали наличие среднего уровня враждебности (от 45,45±5,67% среди больных с ТИА до 57,33±5,71% у больных с МИ). При этом низкий уровень враждебности относительно чаще регистрировался у пациентов с МИ, ТИА и стенокардией, высокий – у больных ЯБ и ИМ.

Среднегрупповой показатель враждебности находился в диапазоне среднего уровня во всех группах больных (от 6,58±0,38 балла у больных с МИ до 8,55±0,31 балла у пациентов с ИМ).

У большинства обследованных больных уровень как мотивационной агрессии, так и общей агрессивности находился в диапазоне низких значений. Высокие уровни мотивационной агрессии и общей агрессивности встречались лишь у 4,71±1,08 и 3,14±0,89% больных соответственно.

Проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы.

Для больных с острыми соматическими состояниями психосоматического регистра характерно наличие общих особенностей эмоционально-аффективной сферы.

У большинства больных в остром периоде соматического заболевания нет депрессивной симптоматики.

При наличии высокого уровня личностной тревожности как базовой характеристики личности средний уровень реактивной тревоги находится в диапазоне умеренных значений, несмотря на имеющуюся объективную витальную угрозу существования индивида.

Сочетание среднего уровня враждебности и низких уровней как мотивационной агрессии, так и общей агрессивности свидетельствует о наличии у больных с острыми соматическими заболеваниями пассивного отношения к своему состоянию, а также интериоризации агрессивных импульсов.

Таблица 2

Распределение уровней реактивной тревоги и личностной тревожности у пациентов с острыми соматическими состояниями по данным шкалы Спилберга – Ханина (%)

Уровень	Группы				
	1-я, n = 76	2-я, n = 75	3-я, n = 77	4-я, n = 81	5-я, n = 73
<i>Реактивная тревога</i>					
Низкий	14,47±4,04	9,33±3,36	7,79±3,05	9,88±3,32	12,33±3,85
Умеренный	77,63±4,78	65,33±5,50	84,42±4,13	90,12±3,32	63,01±5,65
Высокий	7,89±3,09	25,33±5,02	7,79±3,05	—	24,66±5,04
<i>Личностная тревожность</i>					
Низкий	—	2,67±1,86	2,60±1,81	—	2,74±1,91
Умеренный	22,37±4,78	14,67±4,09	5,19±2,53	12,35±3,66	30,14±5,37
Высокий	77,63±4,78	82,67±4,37	92,21±3,05	87,65±3,66	67,12±5,50

Таблица 3

Распределение показателей и форм агрессии у пациентов с острыми соматическими состояниями по данным методики Басса – Дарки (%)

Уровень	Группы				
	1-я, n = 76	2-я, n = 75	3-я, n = 77	4-я, n = 81	5-я, n = 73
<i>Враждебность</i>					
Низкий	27,63±5,13	17,33±4,37	32,47±5,34	34,57±5,28	24,66±5,04
Средний	55,26±5,70	57,33±5,71	45,45±5,67	48,15±5,55	47,95±5,85
Высокий	17,11±4,32	25,33±5,02	22,08±4,73	17,28±4,20	27,40±5,22
<i>Мотивационная агрессия</i>					
Низкий	80,26±4,57	69,33±5,32	76,62±4,82	92,59±2,91	69,86±5,37
Средний	14,47±4,04	25,33±5,02	15,58±4,13	7,41±2,91	24,66±5,04
Высокий	5,26±2,56	5,33±2,59	7,79±3,05	—	5,48±2,66
<i>Общая агрессивность</i>					
Низкий	77,63±4,78	69,33±5,32	84,42±4,13	92,59±2,91	73,97±5,14
Средний	19,74±4,57	25,33±5,02	12,99±3,83	7,41±2,91	20,55±4,73
Высокий	2,63±1,84	5,33±2,59	2,60±1,81	—	5,48±2,66

Для разработки патогенетически обоснованной системы медико-психологической коррекции состояний психической дезадаптации у больных с острыми состояниями терапевтического профиля используются данные клинико-психопатологического и психодиагностического обследований.

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. Михайлов Б. В. Психотерапия в общесоматической медицине: клин. руководство / Б. В. Михайлов, А. И. Сердюк, В. А. Федосеев.— Харьков: Прапор, 2002.— 108 с.
2. Напреевко О. К. Психіатрична наука в Україні у 2013 році та напрямки її вдосконалення (за даними Проблемної комісії «Психіатрія» МОЗ і НАМН України) / О. К. Напреевко // Укр. вісн. психоневрології.— 2014.— Т. 22, вип. 1, № 2 (78).— С. 18–22.
3. Состояние психического здоровья населения и тенденции развития психиатрической помощи на пост-советском пространстве / П. В. Морозов, Н. Г. Незнанов, О. В. Лимакин [и др.] // Укр. вісн. психоневрології.— 2014.— Т. 22, вип. 1 (78).— С. 11–17.
4. 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.
5. Гиндикин В. Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства: справочник / В. Я. Гиндикин.— К.: Здоровье, 1997.— 104 с.

6. Артериальная гипертензия в фокусе психокardiологии / И. В. Дроздова, Л. Г. Степанова, Н. А. Яковенко, М. Н. Емец. // Мед. психология.— 2014.— Т. 9, № 1 (33).— С. 41–48.
7. Маркова М. В. Медико-психологичні аспекти розвитку та перебігу хвороб системи кровообігу / М. В. Маркова, В. В. Бабич // Новости медицины и фармации. Неврология и психиатрия: спец. вып.— 2008.— № 243.— С. 71–74.
8. 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.
9. Коростій В. І. Прогнозування та психотерапевтична корекція емоційних розладів при психосоматичних захворюваннях / В. І. Коростій // Мед. психология.— 2013.— Т. 8, № 3 (31).— С. 56–63.
10. Органов Р. Г. Депрессивные расстройства в общей-медицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога / Р. Г. Органов, Г. В. Подгосова, С. А. Шальнова [и др.] // Кардиология.— 2005.— № 8.— С. 38–44.
11. Смулевич А. Б. Психокardiология / А. Б. Смулевич, А. Л. Сыркин.— М.: МИА, 2005.— 778 с.
12. Федак М. Б. Порухення 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. «Медична психология» / М. Б. Федак.— Харків, 2012.— 14 с.
13. 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.
14. Клиническая психология: учебник; под ред. Б. Д. Карвасарского.— СПб.: Питер, 2010.— 864 с.
15. 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.
16. Шестопалова Л. Ф. Довіра до лікаря як чинник формування комплаєнсу у хворих на невротичні та психічні розлади / Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевнікова, О. О. Бородавко // Мед. психология.— 2013.— Т. 8, № 4 (32).— С. 3–7.
17. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Д. Я. Райгородский.— Саратов: Бахрах-М, 2006.— 480 с.

ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНО-АФЕКТИВНОЇ СФЕРИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГОСТРИМИ СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Б. С. ФЕДАК, І. М. САРВИР

Досліджено стан емоційно-афективної сфери хворих із гострими станами соматичного профілю на основі клініко-психопатологічного та психодіагностичного обстеження. Виявлено загальні особливості: відсутність депресивних проявів, поєднання високого рівня особистісної тривожності й середнього рівня реактивної тривоги, низьких рівнів агресії та середнього рівня ворожості. Показано відмінності у стані емоційно-афективної сфери у хворих різних нозологічних груп. Розроблено концепцію патогенетично обґрунтованої системи медико-психологічної корекції.

Ключові слова: гострі стани соматичного профілю, особливості емоційно-афективної сфери, медико-психологічна корекція.

FEATURES OF EMOTIONAL-AFFECTIVE SPHERE IN PATIENTS WITH ACUTE SOMATIC DISEASES

B. S. FEDAK, I. M. SARVIR

The state of emotional-affective sphere of patients with acute conditions of somatic profile was investigated based on clinical, psychopathological and psycho-diagnostic study. The presence of common features had been noticed, namely absence of depressive symptoms, combination of a high level of trait anxiety and average of state anxiety, low levels of aggression and the average level of hostility. Differences in emotional-affective sphere of patients of different clinical groups were shown. The concept of pathogenesis-based system of medical and psychological correction was developed.

Key words: acute conditions of somatic profile, features of emotional and affective sphere, medical and psychological correction.

Поступила 10.02.2015