

Гаврилькевич В. К. Роль емоційного перенапруження і психоемоційних розладів у етіології та патогенезі ішемічної хвороби серця / В. К. Гаврилькевич // Актуальні питання теорії та практики психолого-педагогічної підготовки майбутніх фахівців : матеріали Другої Всеукраїнської науково-практичної конференції (Хмельницький, 24–25 квітня 2014 р.) / [ред. колегія: Є. М. Потапчук (голов. ред.), О. В. Кулешова, Л. О. Подкоритова, В. К. Гаврилькевич, Л. Г. Параскевич] / М-во освіти і науки України, Хмельницький нац. ун-т, Каф. практ. психол. та педагог., Уманський держ. пед. ун-т ім. Павла Тичини. – Хмельницький : ХНУ, 2014. – С. 133–135.

УДК 159.9:616.132.2

В. К. ГАВРИЛЬКЕВИЧ

*Хмельницький національний університет,
Хмельницький обласний психоневрологічний диспансер*

РОЛЬ ЕМОЦІЙНОГО ПЕРЕНАПРУЖЕННЯ І ПСИХОЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ У ЕТІОЛОГІЇ ТА ПАТОГЕНЕЗИ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

Ішемічна хвороба серця (ІХС) є дуже поширеною серед населення цивілізованих країн. У багатьох дослідженнях встановлено роль емоційних факторів у патогенезі ІХС [1–12].

Мета нашої статті – конкретизувати роль емоційного перенапруження і психоемоційних розладів у етіології та патогенезі ІХС.

Методика та організація дослідження. Для досягнення поставленої мети ми здійснили аналіз медичних і медико-психологічних публікацій, присвячених ІХС.

Результати теоретичного дослідження. З. А. Гуревич (1967) та І. Є. Ганеліна, (1977) засвідчили більшу частоту ІХС серед тих професійних груп, де є високий ступінь відповідальності та емоційних перевантажень [6, с. 21].

Вивчення життєвих ситуацій, що склалися протягом кількох років до розвитку інфаркту міокарду (ІМ), показало, що в більшій частині хворих спостерігалася певна їх послідовність (Fisher, 1964). За 2,5–3 роки до ІМ мала місце найбільша частота і вираженість стресових ситуацій («пік стресових ситуацій»). У цей час частіше за все відбувалися події, що мали для хворих особливе значення (смерть близьких або їх захворювання, крах планів, серйозні

ділові невдачі). В житті хворих відбувалися значні зміни. За рік до розвитку хвороби з'явилися соматичні симптоми: головні болі, головокружіння, тупі тривалі болі в ділянці серця, імпотенція, втомлюваність, безсоння («пік соматичних симптомів»). Поряд із соматичними симптомами з'являється і психоневрологічна симптоматика: фобії, нав'язливості, депривованість у зв'язку з реакцією особистості на соматичні симптоми, що з'явилися. За 2–3 місяці до розвитку ІМ визначався другий «пік стресових ситуацій», який характеризувався незвичними емоційними навантаженнями при наростаючій тривозі та неспокої [6, с. 22].

При аналізі обставин, які призводять до ІМ, Е. П. Федорова та А. І. Полянцева прийшли до висновку, що в 20,7% спостережень ІМ передувала гостра психічна травма, в 35% – хронічна травматизація психіки, в 30% – постійне перенапруження на роботі. Б. В. Ільїнський (1960) та А. О. Навакатикян і співавтори (1973) розглядають підвищене емоційне напруження, що супроводжує велику тривалість робочого дня та перевантаження роботою, як важливий фактор у розвитку ІХС [8, с. 136].

Клінічні спостереження І. К. Шхвацабая показали, що більш ніж у 1/3 випадків ІМ розвивається безпосередньо в зв'язку з гострими психічними травмами та тривалим (хронічним) нервовим перенапруженням [10, с. 50]. Цілеспрямоване вивчення анамнезу виявило в 73% (47 осіб), що розвитку ІМ передували різноманітні психотравмуючі обставини [11].

Значення особливостей психіки в розвитку ІХС підтвердилося при вивченні розповсюдження її в однакових вікових групах (від 40 до 59 років) чоловіків, які не мали протягом 20 років якихось чітких скарг на виражені зміни психічної сфери, та осіб, у яких за 20 років до обстеження було діагностовано невроз. За даними Я. М. Краєвського та Н. А. Кручиніної, невроз не здійснює впливу на розвиток ІХС; а у хворих на маніакально-депресивний психоз ІХС, за літературними даними і за попередніми спостереженнями І. Є. Ганеліної (1971), стенокардія та безбольова форма ІХС зустрічаються частіше, ніж у контрольній групі [3, с. 39].

А. А. Глауров (1981) виявив, що особам молодого віку, які перенесли гострий ІМ, достовірно частіше, ніж особам старшого віку, до захворювання були властиві тривалі невротичні стани з формуванням астеничних, депресивних, тривожно-фобічних синдромів і проявами вегетативної дистонії, що в більшості випадків супроводжувалася кризами частіше симпатoadреналового характеру. Психологічне дослідження виявило значне переважання в них слабкого типу нервової системи з порушенням адаптації, пасивною життєвою настановою, інфантильними рисами характеру; відмічалися більш високі показники шкал невротичної тріади, тривожності, інтраверсії (за тестом ММРІ). Більшість хворих цієї групи належали до поведінкового типу «Б» [5, с. 52].

Проспективне дослідження тих, хто в подальшому захворів на ІХС, за допомогою методики ММРІ показало, що в хворих на стенокардію до захворювання спостерігалися ознаки іпохондрії, істерії та депресії (А. М. Ostfeld і співавтори, 1964). За допомогою цієї ж методики С. В. Bakker і R. M. Levenson (1967) виявили такі самі порушення перед захворюванням на ІМ. У пізніших проспективних дослідженнях також указувалося на наявність невротичної тріади перед захворюванням на ІХС. У людей, які залишилися здоровими, ознак іпохондрії, істерії та депресії не спостерігалось (R. V. Shekell, A. M. Ostfeld, 1965; J. Brožek et al. , 1966; B. Z. Lobovits et al. , 1967; A. M. Mordkoff, O. A. Persons, 1968; J. G. Bruhn et al. , 1969) [8, с. 138].

В. П. Зайцев і Л. А. Івіна, посилаючись на низку досліджень інших авторів, говорять про те, що емоційне напруження, наприклад у формі хронічного тривожного стану та інших патологічних психічних змін, часто є причиною не тільки атипових болів у ділянці серця, але й справжніх приступів стенокардії в хворих на інфаркт міокарду [7, с. 13].

Вивчення преморбідного стану психіки показало, що 72,4% хворих на ІХС до появи симптомів захворювання мали ті чи інші психопатологічні порушення. Провідне місце займали гіперстенічний і гіпостенічний синдроми, в той час як інші відхилення в психічній діяльності зустрічалися значно рідше.

Скарги на відчуття внутрішнього напруження, нестачу часу, скутість у м'язах були характерними для гіперстенічного синдрому та спостерігалися в хворих до появи перших ознак ІХС. Крім цього, для хворих з гіперстенічним синдромом були характерні нетерплячість, постійний поспіх, схильність підганяти себе та оточуючих, деяка агресивність, гучне й швидке мовлення.

У хворих із гіпостенічним синдромом у преморбідному періоді відмічалися дратівливість, підвищена втомлюваність, розумова та фізична виснажливність, розсіяність, неможливість зосередитися. Багато хворих були сльозливими, не витримували різких звуків, яскравого світла, мали поверхневий сон. Указані зсуви в психічній діяльності в преморбідному періоді найбільш часто зустрічались у хворих із дизгармонійними рисами характеру [2, с. 61].

У багатьох дослідженнях вивчалися зв'язки депресії та ризику розвитку ІХС у формі ІМ, стенокардії та серцево-судинної смерті. В усіх дослідженнях виявлено підвищення ризику розвитку ІХС у 1,2–2,0 рази при помірній/тяжкій депресії та в 2,1–4,5 рази при наявності депресивного епізоду. Аналогічні результати отримані Н. Hemingway і М. Marmot [12] при мета-аналізі, що охопив більш ранні дослідження.

Механізми, через які реалізується вплив депресії на захворюваність і смертність, можна поділити на прямі патофізіологічні та поведінкові. Важливу патогенетичну роль при депресії відводять підвищенню активності симпатико-адреналової системи, що призводить до збільшення частоти серцевих скорочень, артеріального тиску, скоротливості міокарду та відповідно споживання міокардом кисню. В пацієнтів із депресією не тільки підвищений базальний рівень циркулюючих катехоламінів, але й збільшена їх продукція у відповідь на емоційний стрес. При депресії виявлено також зниження вагусної активності. В пацієнтів із ІХС і депресією знаходили підвищену агрегаційну здатність тромбоцитів.

Крім того, негативний вплив депресії на прогноз ІХС зв'язують з поведінковими факторами, наприклад небажанням пацієнтів приймати медикаментозні препарати та дотримуватись призначеного режиму. Всі описані

вище механізми разом або незалежно один від одного можуть підвищити ризик розвитку ішемії міокарду та гострих коронарних синдромів [1, с. 63].

Протягом трьох днів перед епізодами посилення ангінозних болів нерідко спостерігалось посилення тривоги та коливання настрою. Між вираженістю депресії та тривоги, з одного боку, і частотою стенокардії, з іншого боку, виявлено нелінійні зв'язки, які посилювалися при підвищенні частоти стенокардії [9, с. 22].

Висновок. На підставі проведеного огляду наукової літератури ми виокремили дві групи чинників, із якими виявлено кореляцію ІХС, в тому числі й ІМ.

Перша група – зовнішні чинники: стресові та психотравмуючі життєві ситуації.

Друга група – внутрішні чинники: емоційне перенапруження та психоемоційні розлади.

Ці дві групи чинників пов'язані між собою: стресові та психотравмуючі ситуації здатні викликати емоційне перенапруження, наслідком якого можуть бути психоемоційні розлади.

Емоційне перенапруження в даному випадку найчастіше пов'язане із високим ступенем відповідальності, великою тривалістю робочого дня і перевантаженням роботою, значними змінами в житті.

Найчастіше ІХС корелює з такими психоемоційними розладами:

– тривалими невротичними станами з формуванням астенічних, депресивних, тривожно-фобічних синдромів і проявами вегетативної дистонії, що в більшості випадків супроводжувалася кризами частіше симпатoadреналового характеру;

– гіперстенічним синдромом, що проявляється відчуттям внутрішнього напруження, нестачі часу, скутості у м'язах, нетерплячістю, постійним поспіхом, схильністю підганяти себе та оточуючих, деякою агресивністю, гучним й швидким мовленням;

– гіпостенічним синдромом, що проявляється дратівливістю, підвищеною втомлюваністю, розумовою та фізичною виснажливістю, розсіяністю уваги, неможливістю зосередитися, сльозливістю, патологічно підвищеною чутливістю до різких звуків, яскравого світла, поверхневим сном;

– маніакально-депресивним психозом.

Із зазначених психопатологічних явищ найбільш патогенними для ІХС є депресивні та тривожні розлади.

Актуальними залишаються слова О. Бальзака, сказані ним 145 років тому: «Сум, породжений крахом усіх наших сподівань, подібний до хвороби; іноді він тягне за собою смерть. Перед сучасною фізіологією стоїть чимале завдання: дослідити, якими шляхами, якими засобами думці вдається здійснити такі самі руйнування, як і отруті» [цит. за: 4, с. 60].

Література

1. Беялов Ф. И. Психосоматические аспекты ишемической болезни сердца / Ф. И. Беялов // Кардиология. – 2002. – Т. 42, № 8. – С. 63–67.

2. Виноградов В. Ф. Характерологические особенности личности, преморбидное и актуальное состояние психики у больных ишемической болезнью сердца / В. Ф. Виноградов // Кардиология. – 1986. – Т. XXVI, № 12. – С. 60–62.

3. Ганелина И. Е. Некоторые аспекты проблемы патогенеза ишемической болезни сердца / И. Е. Ганелина // Кардиология. – 1971. – Т. XI, № 9. – С. 36–42.

4. Ганелина И. Е. Значение нервного напряжения и поведенческих особенностей для развития и течения ишемической болезни сердца / И. Е. Ганелина, Н. Я. Притыкина // Регуляция висцеральных функций: Закономерности и механизмы : сборник научных работ / отв. ред. Н. П. Бехтерева / Академия наук СССР отделение физиологии. – Ленинград : Изд-во «Наука» Ленинградское отделение, 1987. – С. 45–62.

5. Глауров А. А. Особенности психовегетативной организации лиц, перенесших инфаркт миокарда в молодом возрасте / А. А. Глауров // Клиника,

диагностика, лечение нейрогенных соматических заболеваний : тезисы докладов межобластной научно-практической конференции (июнь 1981 г.) / под общ. ред. проф. А. А. Шутова, доц. В. С. Гуськова / Министерство здравоохранения РСФСР, Всероссийское научное медицинское общество невропатологов и психиатров, Пермский областной отдел здравоохранения, Пермский государственный медицинский институт, Пермское областное научное медицинское общество невропатологов и психиатров. – Пермь, 1981. – С. 51–53.

6. Губачев Ю. М. Психосоматические соотношения при гипертонической болезни и ишемической болезни сердца : лекция по терапии для врачей-курсантов / Ленинградский государственный ордена Ленина институт усовершенствования врачей им. С. М. Кирова, II кафедра терапии. – Ленинград, 1978. – 28 с.

7. Зайцев В. П. Некоторые психосоматические соотношения при инфаркте миокарда / В. П. Зайцев, Л. А. Ивина // Кардиология. – 1974. – Т. XIV, № 9. – С. 11–14.

8. Зимин Ю. В. Некоторые социальные и психологические факторы в этиологии ишемической болезни сердца / Ю. В. Зимин // Кардиология. – 1974. – Т. XIV, № 8. – С. 133–143.

9. Симаненков В. И. Психосоматические отношения при нестабильной стенокардии / В. И. Симаненков, Ф. И. Белялов, С. Г. Куклин // Социальная и клиническая психиатрия. – 2004. – Т. 14, № 3. – С. 19–22.

10. Шхвацабая И. К. Некоторые психосоматические взаимоотношения при инфаркте миокарда и вопросы реабилитации / И. К. Шхвацабая // Вестник Академии медицинских наук СССР. – 1975. – № 8. – С. 50–56.

11. Яковлев Г. М. Особенности нервно-психического состояния больных ишемической болезнью сердца / Г. М. Яковлев, Е. А. Бибииков, В. И. Курпатов // Нервные и психические нарушения при заболеваниях внутренних органов : тезисы докладов на научной конференции (11–12 мая 1978 г.) / отв. ред. проф. Г. А. Акимов / Военно-медицинская ордена Ленина Краснознаменная академия им. С. М. Кирова, Ленинградское научное общество невропатологов и

психиатров, Секция изменений нервной системы и психической сферы при соматических заболеваниях Всесоюзного общества невропатологов и психиатров. – Ленинград : Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, 1978. – С. 211–212.

12. Hemingway H. Evidence based cardiology: Psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease: systematic review of prospective cohort studies / H. Hemingway, M. Marmot // *BMJ*. – 1999. – Vol. 318. – P. 1460–1467.