

АКЦЕНТУАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ У ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, в даний час більш ніж у 110 млн. (3-6 %) населення планети виявлені клінічно значущі прояви депресії [1]. Поєднання депресій та захворювань серця - добре відомий в клінічній практиці факт, що неодноразово підтверджувався спеціальними дослідженнями. Згідно сучасних даних, у 17-27 % пацієнтів з ішемічною хворобою серця (ІХС), що проходять процедуру коронарної ангіографії, виявляються депресії [2]. За даним сучасних вітчизняних і закордонних досліджень, частота депресивних станів серед хворих ІХС, що перебувають у стаціонарі, досягає 31 %, у практиці лікарів загальносоматичного профілю зустрічається в 57 % пацієнтів [3, 4].

Робота базується на обстеженні 130 хворих, що перебували на стаціонарному лікуванні з діагнозом “ІХС. Стабільна стенокардія напруги”. Вік хворих коливався від 30 до 65 років (середній вік $53 \pm 7,4$). Усіх обстежених було поділено на дві групи – основну (I) та порівняльну (II). До основної групи увійшли 100 дорослих хворих на ІХС, що супроводжується депресивними розладами (ДР), вони в свою чергу були розділені на дві групи – I А (терапевтична) група включала 70 пацієнтів, яким в комплексному лікуванні використали оригінальні системи діагностики, лікування та профілактики та I Б (контрольна) група до якої увійшли 30 хворих, яким застосовували традиційні лікувально-профілактичні методи. Для верифікації клінічних особливостей ДР, в якості II порівняльної групи досліджено 30 хворих на ІХС, що не супроводжується ДР, яким застосовували традиційні лікувально-профілактичні схеми.

Використали наступні методи дослідження: клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний метод, який включав розгорнуте напівструктуроване клінічне інтерв'ю; соціально-демографічний та психодіагностичні методи: ступінь вираження депресивної симптоматики оцінювали за допомогою шкали депресії Гамільтона; ступінь виразності тривожної симптоматики вивчався за допомогою

тесту Спілбергера-Ханіна; з метою оцінки акцентуованих властивостей особистості використовували тест Шмішека за концепцією Леонгарда [5]. Статистична обробка даних: проводилася за допомогою: методів описової та аналітичної статистики; Оцінку ефективності лікування проводили з позицій клінічної епідеміології.

До початку захворювання серця у пацієнтів основної групи статистично достовірно ($p \leq 0,05$) переважали емотивний – 64 (64,0±4,80 %) та застрягаючий типи акцентуації – 53 (53,0±4,99 %), що свідчить про те, що люди з емотивними та застрягаючими рисами характеру мають достовірно більшу схильність до розвитку депресивних розладів ніж особи з гіпертимними та емотивними рисами. На відміну від обстежених групи порівняння, де переважали гіпертимний 20 (66,7±8,60 %), циклотимний 18 (60,0±8,94 %) та екзальтований 13 (43,3±9,04 %) пацієнтів. Слід підкреслити, що ізольовано ті чи інші риси акцентуації зустрічались рідко, а спостерігалось їх співіснування: емотивний + застрягаючий – 38 % пацієнтів, застрягаючий + емотивний + тривожний – 14 % пацієнтів, емотивний + тривожний + екзальтований – 12 % пацієнтів основної групи. У хворих без ДТР частіше спостерігались наступні поєднання акцентуацій характеру: гіпертимний + циклотимний 40,0 %, гіпертимний + екзальтований 20,0 %, циклотимний + емотивний + екзальтований 16,7% пацієнтів.

При первинному обстеженні виявлено, що у період після початку захворювання серця типи акцентуації загострювались, що також описується в літературі [6, 7]. У хворих основної групи переважали емотивний – 70 % та застрягаючий типи акцентуації – 60 % хворих. Значно загострилися тривожні риси характеру 29,0% хворих в преморбіді та 38 % – після початку ІХС, а також екзальтований – до ІХС 28 % та після початку ІХС 41 %, дистимічний - 12 % та 22 %, циклотимний - 14 % та 21 % хворих відповідно ($p \leq 0,05$). І тільки риси гіпертимної акцентуації зменшилися – до ІХС 21 % та 17 % після початку ІХС. Що стосується акцентуацій характеру у пацієнтів з ІХС без ДР виявлено що в даній когорті хворих в преморбіді переважали гіпертимний 66,7 %, циклотимний 60,0 % та екзальтований 43,3 % типи акцентуації. Після початку ІХС вираженою була гіпертимна 60,0 %, циклотимна 63,3 % та екзальтована 60,0 % акцентуація.

В результаті проведення кореляційного аналізу виявлена тенденція до розвитку зв'язку між статтю та акцентуацією, так жінки мають більшу схильність розвитку гіпертимної ($r=0,19$) та демонстративної ($r=0,25$, $p < 0,05$) акцентуації характеру. Встановлена слабкий кореляційний зв'язок між рівнем освіти та типом акцентуації: особи з вищою освітою достовірно частіше мали виражену демонстративну характеристику особистості ($r=0,20$, $p < 0,05$), і навпаки для людей з середнім рівнем освіти характернішою була емотивна акцентуація ($r=-0,22$, $p < 0,05$).

Порівнюючи дані щодо динаміки виразності акцентуацій у пацієнтів на ІХС та ДР, яким проводили комплексне лікування, та тим кому застосовували лише стандартне кардіологічне лікування, виявлено наступні особливості: у хворих І А групи середні бали акцентуацій в преморбіді були нижчими ніж після початку ІХС та знижувались після проведеного комплексного лікування; натомість в І Б групі відмічено їх незначне зниження після проведеного стандартного кардіологічного лікування. Проаналізувавши вираженість акцентуацій у хворих на ІХС без ДР виявлено незначне загострення виразності акцентуацій, що ймовірно свідчить про певний вплив соматичного захворювання на особистість. Наявність подібного зв'язку соматичної хвороби та акцентуацій описували у своїх роботах Даниленко Т. П., Маркова М. В., Бабич В. В. та ін. [6, 8, 9].

Аналізуючи результати опитувальника Г. Шмішека при первинному обстеженні у хворих основної та порівняльної груп виявлено, що після початку ІХС у осіб обох груп відбулося загострення акцентуованих рис особистості. У хворих на ІХС та ДТР в преморбіді достовірно вищими були показники виразності емотивного ($14,3 \pm 0,45$) балу ($p < 0,001$) та застрягаючого ($12,6 \pm 0,48$) балу ($p < 0,005$) типів акцентуації, а у пацієнтів без ДТР – найбільш вираженими були гіпертимний ($16,3 \pm 1,28$) балу ($p < 0,001$), циклотимний ($12,6 \pm 1,25$) балу ($p < 0,001$) та екзальтований ($14,2 \pm 1,33$) балу ($p < 0,005$) типи акцентуації характеру. Отже можна стверджувати, що емотивний та застрягаючий типи акцентуації особистості є предикторами розвитку депресивних та тривожних розладів у хворих на ІХС, а наявність циклотимної та гіпертимної акцентуації навпаки зменшує ризик розвитку ДТР у хворих на ІХС.

Література

1. Гойда Н. Г. Психіатрична допомога в Україні у 2001 році та перспективи її розвитку / Н. Г. Гойда, Н. П. Жданова, О. К. Напрєєнко, В. В. Домбровська // Український вісник психоневрології.- 2002.- Т. 10.- Вип. 2.- С. 9-12.
2. Мішиєв В. Д. Сучасні депресивні розлади: Керівництво для лікарів / В. Д. Мішиєв. – Львів., 2004. – 208 с.
3. Оганов Р. Г. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общей медицинской практике. Результаты программы КОМПАС / Р. Г. Оганов, Л. И. Ольбинская, А. Б. Смулевич и соавт. // Кардиология. – 2004.- № 1.-С. 48–54.
4. Чабан О. С. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування) / О. С. Чабан, О. О. Хаустова. — К.: ТОВ «ДСГ Лтд», 2004.— 96 с.
5. Семиченко В. А. Психические состояния./ Семиченко В. А. - Київ, 1998.- 208 с.
6. Даниленко Т. П. Акцентуации характера и личностные особенности пациентов с кардиофобиями / Т. П. Даниленко // Медицинская психология. – 2010. - №2. – С. 62-64.
7. Халепо О. В. Повторный инфаркт миокарда: типы акцентуаций характера и особенности тканевого кровотока / О. В. Халепо, О. В. Молотков, С. Л. Ешкина // Будущее клинической психологии: матер. Всероссийской науч.-практ. конф. – Пермь, 2008. – Вып. 2. – С. 111-116.
8. Редько Т. Г., Маркова М. В. Характерологічні та особистісні властивості жінок, що страждають депресивними розладами на тлі інволюції / Т. Г. Редько, М. В. Маркова // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2010. – Т. 14. - № 2 (51). – С. 79-87.
9. Бабич В. В. Психологічні особливості хворих з розладами адаптації при гострому інфаркті міокарду / В. В. Бабич // Архів психіатрії. – 2007. – Т. 13, № 3–4 (50–51). – С. 27–33.