

УДК 616.89-008.454:616.127-005.8]-085

В. К. Ташук, О. Ю. Поліщук, О. С. Юрценюк, О. М. Пендерецька

## ТРИВОЖНІСТЬ ЯК РИСА ОСОБИСТОСТІ У ПАЦІЄНТІВ

### З ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

**Ключові слова:** особистісна тривожність, ситуативна тривога, ішемічна хвороба серця, інфаркт міокарда.

**Резюме.** У статті проведено огляд літературних даних щодо зв'язку тривожності та ризику розвитку кардіальної патології. Показано наявність двостороннього зв'язку між тривожністю та соматичними розладами. Визначено, що тривожність є незалежним фактором ризику ішемічної хвороби серця та нефатального інфаркту міокарда без зв'язку із демографічними та клінічними факторами ризику.

Ішемічна хвороба серця (ІХС) є одним із найпоширеніших захворювань серцево-судинної системи і, незважаючи на досягнуті успіхи в її діагностиці та лікуванні, дотепер залишається основною причиною інвалідизації та смертності населення розвинутих країн [1-3].

Серед різноманітних форм ІХС найбільш загрозливою без сумніву є інфаркт міокарда (ІМ). За етіологією та патогенезом, ІХС та ІМ належать до багатофакторних захворювань. Однак «традиційні» фактори ризику (артеріальна гіпертензія (АГ), гіперхолестеринемія, паління, надлишкова маса тіла, гіподинамія) не можуть пояснити всіх випадків виникнення ІМ у популяції. Тому нині ряд вітчизняних і зарубіжних дослідників прийшли до необхідності визначення особистісних, психологічних, поведінкових та соціальних факторів ризику розвитку ІХС та ІМ [3-5].

У зв'язку з цим стає очевидною не лише необхідність подальшого вивчення відомих, але й пошук нових психологічних факторів, роль яких у патогенезі ІХС ще належить визначити. З цього погляду значну цікавість викликають такі психологічні характеристики особистості хворого як

тривожність та алекситимія. Тривожність як особистісна риса детермінує поведінкові прояви індивіда, його психологічні та соматичні реакції. Сучасними епідеміологічними дослідженнями [6-8] встановлено зв'язок та проводиться подальший пошук його характеру між ризиком розвитку ІХС та ІМ і такими психосоціальними факторами як тривога і депресія, тип поведінки, матеріально-побутові умови тощо.

Значна кількість дослідників зараховують ІХС та ІМ до психосоматичних (у широкому значенні цього терміну) захворювань. Це означає, що соматичне захворювання розвивається за постійної та безпосередньої участі психічного фактору [9]. Відомо, що ІМ, який нерідко виникає на тлі емоційного стресу, являє собою важке соматичне захворювання і в подальшому його наявність є сильним стресовим фактором, що сприяє розвитку у хворого різних психологічних порушень. Проте на сьогоднішній день існують лише поодинокі праці, присвячені вивченню особливостей взаємозалежності психічного статусу та якості життя хворих та важкості перебігу ІМ [10, 11].

Тривога - центральний елемент в механізмі формування психічного стресу. Роль тривоги як сигналу неблагополуччя та небезпеки криється в тому, що вона активізує процеси психічної адаптації. Якщо емоційний стрес призводить до стійких порушень психічної адаптації, вони виявляються клінічно вираженими розладами. Однією з причин підвищення інтенсивності фізіологічних реакцій при психосоматичних порушеннях може вважатися недостатня здатність до адекватної емоційної реакції в поведінці. Більшість дослідників [12-14] схильні інтерпретувати тривожність як психічний стан, що є адаптивною реакцією на стресову ситуацію. Попри те, що тривожність індивідів суттєво залежить від зовнішніх обставин, кожній людині притаманний свій характерологічний рівень тривожності, навколо якого і відбуваються її коливання при змінах у оточуючому середовищі. Тривожність може розглядатися як стан і як риса: рівень тривоги в деякій мірі обумовлений ситуаційно, але його коливання істотно залежать від

певного початкового рівня. Ситуаційні коливання тривоги є характеристикою стану, а початковий рівень - особистісною рисою.

Особистісна тривожність характеризує схильність людини сприймати низку життєвих ситуацій як загрозливі для неї та реагувати на них станом тривоги. Висока особистісна тривожність підвищує ймовірність емоційних та невротичних зривів, ризик розвитку хвороб системи кровообігу. Ситуативна (реактивна) тривога характеризує особливості психологічного стану людини як реакцію на значущу життєву подію, та виражається напругою, невротичністю тощо[15].

Заслуговує на увагу і наявність двостороннього зв'язку між тривожністю та соматичними розладами. З одного боку, соматичні захворювання закономірно викликають підвищення рівня тривоги. З іншого – тривожність сама по собі провокує фізіологічні зміни – серцебиття, підвищення артеріального тиску, порушення в роботі шлунково-кишкового тракту, тремор, безсоння, неприємні відчуття в ділянці серця тощо.

За даними A.Denissen та T.Jaarsma [16], виникнення тривоги в ранньому постінфарктному періоді негативно впливає на перебіг захворювання та сповільнює процеси реабілітації. Виявлено, що зниження рівня тривоги прямо залежить від ступеня поінформованості хворих про фізіологічні, психологічні, соціальні та фінансові аспекти ІМ, про наступну реабілітацію та необхідність дотримання певного способу життя. В.В.Гафаров, І.В.Гагулін [17] на підставі власних досліджень зробили висновок, що високий рівень особистісної тривожності можна розглядати як самостійний незалежний фактор ризику ІХС.

Стать суттєво впливає на зміни психологічного статусу хворих на ІМ. Психопатологічні зміни в гострому періоді захворювання у жінок спостерігалися значно частіше і були тривалішими, ніж у чоловіків [18]. Відомо, що жінки, порівняно з чоловіками, мають більший рівень стресу та характеризуються підвищеною реакцією на його дію, тому у них в 1,5–1,8 разів частіше виникають різноманітні психоемоційні розлади [19-21]. У

порівнянні з чоловіками, жінки рідше повністю виконували програми реабілітації, рідше поверталися до праці, відновлення сексуальної функції у них відзначалось пізніше, ніж у чоловіків.

А.Ібатов [22], вивчаючи особистісну тривожність у хворих на ІХС, відзначив, що пацієнти з високим рівнем тривожності мають нижчий середній функціональний клас стенокардії, за однакової тривалості ангінозного нападу у пацієнтів з високим рівнем тривожності відзначалась більша інтенсивність болю, визначеного за спеціальною шкалою, при коронароангіографічному дослідженні у пацієнтів з високим рівнем тривожності частіше спостерігалось трьох- і двосудинне ураження коронарних артерій. При проспективному спостереженні за хворими ІХС впродовж 2 років встановлена вища загальна смертність та нижчі показники якості життя у пацієнтів з високим рівнем особистісної тривожності у порівнянні з хворими, в яких рівень тривожності був низьким [23].

У хворих з високим рівнем особистісної тривожності спостерігається підсилення проявів патологічних симптомів, за винятком ангінозного болю. Оскільки об'єктивні прояви та суб'єктивні відчуття, що відповідають симптоматиці ІМ, значною мірою повторюються у виявах тривожності, опитуючи хворого з підозрою на ІМ особливу увагу слід звертати саме на цю групу скарг [24].

А.А.Веліканов [25] порівнював показники депресії та ситуативної тривоги у пацієнтів з ІМ та нестабільною стенокардією (НС). У перші дні перебування в стаціонарі найбільш високі показники депресії за шкалою Гамільтона виявлені у пацієнтів, госпіталізованих із діагнозом ІМ, рівень ситуативної тривоги переважав у пацієнтів з НС.

С.Pignalberi та співавтори [26] встановили, що хворі на ІХС мають більш високий рівень стресу в період, що передує гострій стадії захворювання, а ситуація психологічної дезадаптації може відігравати важливу роль у розвитку гострого ІМ та НС.

Результати дослідження О.В.Малацківської, І.М. Горбась [20] свідчать про обтяженість осіб з ознаками тривожно-депресивних станів традиційними факторами ризику розвитку серцево-судинних захворювань: АГ, надмірною масою тіла, порушеннями ліпідного обміну та більш високими їх величинами. Патогенетичний зв'язок між тривожно-депресивними станами та серцево-судинними захворюваннями підтверджує факт достовірно більшої поширеності психоемоційних розладів у жінок з АГ, надмірною масою тіла, гіпертригліцеридемією та гіперхолестеринемією.

Roest A.M. та співавтори [27] на основі мета-аналізу декількох досліджень, що включали близько 250 тис. осіб та тривалий період спостереження (понад 10 років) визначили, що тривожність є незалежним фактором ризику ІХС та нефатального ІМ без зв'язку із демографічними та клінічними факторами ризику.

Встановлено, що у молодших хворих частіше розвивались гострі тривожно-депресивні стани, істеричні реакції, фобії, тоді як у осіб похилого віку переважали депресивні реакції [28,29]. Це можна пояснити тим, що розвиток ІМ та загроза інвалідності сприймалися молодими як катастрофа, в той час як особи старшого віку схильні ставитися до хвороби, як до реальності, з якою необхідно змиритися, тим більше, що ІМ у них частіше розвивається на тлі ознак ІХС.

### Література

- Коваленко В. М. Профілактика серцево-судинних захворювань в Україні / В. М. Коваленко // *Medix Anti-Aging*. - 2009. – № 3. – С. 7-10.
- Tardif J.-C. Coronary artery disease in 2010 / J.-C. Tardif // *Eur. Heart J.* – 2010. – Vol.12. – P. 2-10.
1. Berger J. S. Screening for Cardiovascular Risk in Asymptomatic Patients / J. S. Berger, C. O. Jordan, D. Lloyd-Jones, R. S. Blumenthal // *J. Am. Coll. Cardiol.* – 2010. – Vol.55, №12. - P. 1169-1177.

2. Lack of a close confidant, but not depression, predicts further cardiac events after myocardial infarction / C.M. Dickens, I. McGowan, C. Percival [et al.] // Heart. - 2004. - Vol. 90. - P. 518-522.
  3. Долженко М. Н. Взаимосвязь депрессивных и тревожных расстройств с сердечно-сосудистой патологией / М. Н. Долженко // Здоров'я України. – 2006. - №23/1. - С. 34-35.
  4. Health status, perceptions of coping, and social support immediately after discharge of survivors of acute myocardial infarction. / J. Daly, D. Elliott, C. Traub [et al.] // Am. J. Crit. Care. - 2000 - Vol. 9. - №1. - P. 62-69.
- Тривожні та депресивні розлади в кардіологічній практиці / **О. К. Напрєєнко, О. С. Юрценюк, О. Ю. Поліщук [та ін.]** // Український вісник психоневрології. – 2008. – Т.16, №4 (57). - С.57-60.
5. Оганов Р.Г. Психоземональные райстройства у больных сердечно-сосудистыми зоболіваними и: маштабы проблемы, вопросы диагностики / Р. Г. Оганов, Г. В. Погосова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2005. – Т. 4, № 6. - С. 82-88.
  6. Никитина Ю. Психосоматические аспекты сердечно-сосудистых заболеваний / Ю. Никитина, Ф. Копылов, [А. Сыркин](#) // Врач. - 2009. - № 12. - С. 21-25.
  7. Кувшинова Н. Ю. Психологические факторы, влияющие на удовлетворенность качеством жизни больных ишемической болезнью сердца / Н. Ю. Кувшинова // Мир психологии. - 2010. - № 3. - С. 221-231.
  8. Lane D. Anxiety, depression, and prognosis after myocardial infarction. Is there a causal association? / D. Lane, D. Carrol, G. Lip // J. Am. Coll. Cardiol. - 2003. – Vol.42. - P. 1808-1810.
  9. Березин Ф. Б. Психологические механизмы психосоматических заболеваний / Ф. Б. Березин, Е.В. Безносюк, Е.Д. Соколова // Рос. мед. журн. -1998. - №2. - С. 43-49.
  10. **Kawachi I.** Symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease. The Normative Aging Study / **I. Kawachi, D. Sparrow** // Circulation. - 1994. -

Vol.90; № 5 – P. 2225-2229.

11. Strik J. Comparing symptoms of depression and anxiety as predictors of cardiac events and increased health care consumption after myocardial infarction / J. Strik, J. Denollet // J. Am. Coll. Cardiol. - 2003. - Vol. 10. - № 5 – P. 1801-1807.
12. Степанова Н. М. Особливості психоемоційного стану пацієнтів з артеріальною гіпертензією та ішемічною хворобою серця / Н. М. Степанова // Медична психологія. - 2010. – Т. 5, № 1. - С. 49-54.
13. Denissen A. H. Anxiety and information need of myocardial infarction patients and their spouses / A. H. Denissen, T. Jaarsma // Eur. Heart J. - 1996 - Vol. 17- P. 133.
14. Гафаров В. В. Популяционное исследование социально–психологических факторов риска **ишемической** болезни **сердца** в мужской популяции Новосибирска / В. В. Гафаров, И. В. Гагулин // Тер. Архив. - 2000.–Т. 72, № 4. – С. 40–43.
15. Зайцев В.П. Динамика психологического состояния у женщин, больных инфарктом миокарда. / В. П. Зайцев, Г. С. Трусова // Кардиология. – 1986. - Т. 26, № 7. - С. 115-117.
16. Moser D. K. An international perspective on gender differences in anxiety early after acute myocardial infarction / D. K. Moser, K. Dracup // Psychosom Medicine. – 2003. - Vol. 65- P. 511-516.
17. Малацківська О. В. Зв'язок між традиційними факторами ризику розвитку серцево-судинних захворювань та тривожно-депресивними станами у жінок / О. В. Малацківська, І. М. Горбась // Укр. кардіол. журн. – 2005. – № 6. – С. 97-99.
18. Schenck-Gustafsson K. Risk factors for cardiovascular disease in women / K. Schenck-Gustafsson // Heart Beat. – 2000. – № 1. – P. 1-3.
19. Ибатов А. Тревога и ишемическая болезнь сердца / А. Ибатов, А. Сыркин, А. Вейн // Врач. - 2003. - №9. - С. 8-11.

20. Ибатов А. Д. Влияние тревожных расстройств на течение ишемической болезни сердца / А. Д. Ибатов, // Рус. мед. журн. - 2007. - № 20. - С. 1443-1447.
21. Ladwig Kh. Extracardiac contributions to chest pain perception in patients 6 months after acute myocardial infarction / Kh. Ladwig, G. Roll, G. Breithardt, M. Borggrefe // Am. Heart J. – 1999. – Vol. 137, №3. – P. 528-535.
22. Великанов А. А. Сравнительное исследование эмоциональных состояний у больных с различными формами ишемической болезни сердца / А. А. Великанов // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. - 2008. - № 61. – С. 364-368.
23. Role of different determinants of psychological distress in acute coronary syndromes / C. Pignalberi, G. Patti, C. Chimenti [et al.] // J. Am. Coll. Cardiol. – 1998. –Vol. 32, № 3. – P. 613-619.
24. Anxiety and risk of incident coronary heart disease: a meta-analysis / A. M. Roest, E. J. Martens, P. de Jonge, J. Denollet // J. Am. Coll. Cardiol. – 2010. - Vol. 29, № 1. – P.38-46.
25. Иошин А.О. Особенности невротических реакций у лиц пожилого возраста в остром периоде инфаркта миокарда / А. О. Иошин, Н. А. Волков // Кардиология. – 1989. - Т. 29, № 7. - С. 112-113.
26. Comparison of prevalence of symptoms of depression, anxiety, and hostility in elderly patients with heart failure, myocardial infarction, and a coronary artery bypass graft / D. K. Moser, K. Dracup, L. S. Evangelista [et al.] // Heart Lung. – 2010. - Vol. 39, № 5. – P. 378-385.

В. К. Ташук, А. Ю. Полищук, О. С. Юрценюк, О. М. Пендерецкая  
ТРЕВОЖНОСТЬ КАК ЧЕРТА ЛИЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ  
С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы

**Ключевые слова:** личностная тревожность, ситуативная тревога, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда.



**Резюме.** В статье проведен обзор литературных данных относительно связи тревожности и риска развития кардиальной патологии. Показано наличие двусторонней связи между тревожностью и соматическими расстройствами. Определено, что тревожность является независимым фактором риска ишемической болезни сердца и нефатального инфаркта миокарда без связи с демографическими и клиническими факторами риска.