

ПСИХОЛОГІЧНА ДЕЗАДАПТАЦІЯ ПІСЛЯ ГОСТРИХ КОРОНАРНИХ СТАНІВ ТА ТРАНЗИТОРНИХ ІШЕМІЧНИХ АТАК

Харківська медична академія післядипломної освіти

Дійсне дослідження спрямоване на вивчення характеристик впливу стресового стану перенесених гострих порушень коронарного та мозкового кровообігу на подальший стан психічної сфери особистості хворих.

В дослідженні приймали участь: а) 168 хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) віком 55–65 років, з яких: 64 перенесли екстрено проведене з приводу оклюзії коронарної артерії АКШ (ГД1); 54 – стентування коронарних артерій з того ж приводу (ГД2); 50 – тромболітичну терапію (ГД3); групу порівняння склали 56 хворих з неускладненою формою ІХС (ГП1); б) 114 хворих на ГХ II – III ст. віком 55–65 років, з яких: 59 перенесли ТІА з госпіталізацією (ГД4). Хворі на ГХ без ускладнення в кількості 55 чоловік склали групу порівняння (ГП2). Дослідження проведено в амбулаторних умовах через 30–45 днів після виписки з лікарні. Для обстеження застосовували клініко-психопатологічне дослідження, психо-діагностичне з використанням методик: шкала Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна для визначення особистісної й ситуативної тривожності, тест «Діагностика копінг-стратегій Е. Хайма», опитувальник якості життя Всесвітньої організації охорони здоров'я («WHOQOL-100»). Результати оброблялись статистичними методами з вирахуванням вірогідності.

Після перенесених гострих порушень коронарного та мозкового кровообігу та проведення терапії з застосуванням аорто-коронарного шунтування, стентування та тромболітичної терапії хворі перебувають у стані психічного стресу, що підтверджувалось високими рівнями реактивної та особистісної тривожностей. Це зумовлено як гострою психічною травмою при розвитку гострих порушень коронарного кровообігу, так і самим процесом терапії. Крім того, у них виявляються прояви хронічного стресового стану. Це зумовлено наявністю загроз повторних гострих порушень кровообігу та ускладнень. Найбільш виражені стресові стани виявлені при проведенні тромболітичної терапії. Після терапії гострих порушень коронарного та мозкового кровообігу у пацієнтів встановлено наявність явищ дезадаптації, які найбільш виражені після проведеної тромболітичної терапії. Це зумовлено наявністю стресового стану, необхідністю відмови від звичних копінг-стратегій та освоєння нових (адаптивних, компенсаторних) стратегій. Головними чинниками розвитку явищ дезадаптації виступають стани фрустрації, які стають основою для хронічного стресового стану. Наявність стресового стану та явища дезадаптації значно погіршують якість життя після терапії гострих порушень коронарного та мозкового кровообігу та змінюють значимість для особистості досліджуваних сфер життя. Наявність психічних змін після терапії свідчить про необхідність проведення психокорекції. Приведена орієнтовна необхідна схема психокорекції з урахуванням індивідуальних особистісних характеристик та проявів, яка дозволяє значно нівелювати психічні зміни.

Подальші дослідження слід спрямовувати на вивчення способів психологічного захисту та індивідуалізацію методів психокорекції психічного стану після терапії гострих порушень коронарного та мозкового кровообігу.

Ключові слова: гостре порушення коронарного кровообігу, гостре порушення мозкового кровообігу, реперфузія, психічні зміни, стрес, дезадаптація, якість життя, психокорекція.

Вступ. Гострі порушення коронарного кровообігу (ГІМ) та мозкового у вигляді транзиторних ішемічних атак (ТІА) займають значне місце серед патології серцево-судинної та центральної нервової систем. Достатня кількість досліджень показали, що після ТІА протягом 1–2 років у хворих розвивається ГІМ [1–3]. Теперішні досягнення медицини дозволяють на ранніх етапах позбутися фатального впливу ГІМ та ТІА. Ці заходи носять екстрений характер і проводяться при купіруванні вказаних невідкладних станів. Такі маніпуляції як аорто-коронарне шунтування (АКШ), стентування, тромболітична

терапія дозволяють в багатьох випадках назавжди вирішувати проблему порушення кровообігу, без значних залишкових наслідків з боку соматичної сфери [4–6]. Але як самі невідкладні стани, так і їх подальше лікування залишають досить глибокі сліди на психічній сфері хворого [7–9]. Не слід виключати з рахунку впливу реальних та надуманих подальших загроз для здоров'я та життя хворого. Вони приводять до розвитку різних обмежень в сферах життя [10–14]. Не слід забувати, що досить часто виникають грізні рецидиви та ускладнення, що пов'язані з порушеннями коронарного кровообігу.

Мета дослідження. Дійсне дослідження спрямоване на вивчення наслідків впливу стресового стану на психічну сферу особистості після перенесених гострих порушень коронарного та мозкового кровообігу, їх лікування та необхідності їх подальшої психокорекції.

Контингент та методи дослідження. В дослідженні приймали участь:

а) 168 хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) віком 55–65 років, з яких: 64 перенесли екстрено проведене з приводу оклюзії коронарної артерії АКШ (ГД1); 54 – стентування коронарних артерій з того ж приводу (ГД2); 50 – тромболітичну терапію (ГД3), групу порівняння склали 56 хворих з неускладненою формою ІХС (ГП1); б) 114 хворих на ГХ II – III ст. віком 55–65 років, з яких: 59 перенесли ТІА з госпіталізацією (ГД4). Хворі на ГХ без ускладнення в кількості 55 чоловік склали групу порівняння (ГП2). Перед дослідженням учасники надавали: «Інформовану добровільну згоду пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення» (форма №003-6/о) та «Інформовану добровільну згоду пацієнта на обробку персональних даних», згідно Наказу МОЗ України №110 від 14.02.2012 року. Протокол дослідження було складено у відповідності з Хельсінкською декларацією. Дослідження проведено в амбулаторних умовах через 30–45 днів після виписки з лікарні. Для обстеження застосовували клініко-психопатологічне дослідження, психодіагностичне з використанням методик: шкала Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна для визначення особистісної й ситуативної тривожності [15], тест «Діагностика копінг-стратегій Е. Хайма» [16], опитувальник якості життя Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗЯЖ-100 «WHOQOL-100») [17]. Усі учасники висвітлювали та оцінювали актуальність стресових та фрустраційних чинників.

Результати оброблялись статистичними методами з вирахуванням вірогідності.

Результати дослідження та їх обговорення. Після проведення і закінчення відповідного лікування, пацієнти відправлялись для продовження необхідної терапії в амбулаторних умовах. Однак це стосувалось соматичного статусу членів груп дослідження. На тлі цього проводилось дослідження стану психічної сфери.

Усі учасники дослідження, в тій чи іншій мірі, відзначали у себе наявність стресового стану в вигляді занепокоєння, напруги, тривоги, страху, зниження настрою, працездатності, зниження та звуження інтересів у різних сферах життя, падіння суб'єктивного відчуття якості та повноти життя. Дослідження рівнів реактивної та особистісної тривожностей виявило підтвердження наявності у пацієнтів стресового стану. У учасників усіх груп дослідження рівні реактивної та особистісної тривожностей були достовірно вищі, ніж у ГП (табл. 1). Це підтверджувало наявність у них стресового стану. При порівнянні реактивної тривоги між групами дослідження встановлено більшу виразність стресу в учасників ГД1 та ГД3. У перших це пояснюється післяопераційним станом та перенесеними загрозами гострого порушення коронарного кровообігу. У ГД3 спостерігалась менш виражена картина, що пов'язувалось з досить складним лікуванням невідкладного стану та подальшою терапією після тромболізу. Найменш виражені прояви виявлялись після проведеного стентування. Можливо це пояснювалось мінімальною травматичністю стентування та значним покращенням соматичного стану без послідуочого навантаження на психічну сферу. Подібну картину спостерігали і при ТІА, що зумовлене швидким зворотним перебігом порушень (ГД4).

Таблиця 1

Рівні тривожності у хворих при гострих серцево-судинних порушеннях та ТІА (М ±m)

Група	Реактивна тривога	Особистісна тривожність
ГД1 n = 64	51,35 ±1,18 p*** p ₁ ***	40,78 ±1,32 p ₁ *** p ₄ ***
ГД2 n = 54	32,31 ±1,01 p ₁ *** p ₂ *** p ₃ *** p ₄ ***	34,06 ±0,87 p ₁ ** p ₂ ***
ГД3 n = 50	47,28 ±1,15 p*** p ₁ *** p ₂ * p ₃ ***	37,43 ±1,01 p ₁ *** p ₂ **
ГД4 n = 59	35,57 ±0,41 p*** p ₄ ***	43,03 ±1,02 p ₄ ***
ГП1 n = 56	24,18 ±0,43 p***	28,37 ±0,38
ГП2 n = 55	25,13 ±0,36 p***	28,66 ±0,41

Примітка. Означення достовірності: p – між реактивною та особистісною тривожністю; p₁ – між ГП1 та ГД1, ГД2, ГД3; p₂ – між ГД1 та ГД2, ГД3; p₃ – між ГД2 і ГД3; p₄ – між ГД4 та ГП2. Ступінь вірогідності: * – <0,05; ** – <0,01; *** – <0,001.

Інша картина спостерігалась при аналізі особистісної тривожності. Найвищий рівень її спостерігали у ГД4 та ГД1. Пояснення цього ґрунтувались на тому, що у пацієнтів ГД4 було розуміння наявності реальної загрози розвитку гострого порушення мозкового кровообігу з серйозними загрозами здоров'ю та життю. Хронічний стресовий стан у ГД1 у своїй більшості пов'язаний із післяопераційним станом після проведеного АКШ. У всіх інших учасників були присутні прояви хронічного стресового стану, що пов'язувались з наявністю загрози повторного розвитку гострого порушення коронарного кровообігу, особливо після тромболітичної терапії (ГД3). Група стентування займала проміжне положення, що пов'язувалося з загрозою облітерації стента та необхідності його повторного проведення або АКШ.

Доцільною є необхідність провести деталізацію чинників гострого та хронічного стресового станів. Майже в усіх учасників дослідження виявлене почуття страху смерті. Воно було інтенсивним і актуальним, прив'язувалося до загроз, які несли в собі прояви гострого порушення коронарного та мозкового кровообігу. Першочерговою була емоція страху смерті, до якої приєднувались когнітивні утворення. Після усвідомлення важкості стану, хворобливих проявів та загроз, які вони несуть, страх смерті поглиблювався, ставав постійним, витісняв усі інші життєві питання. Поступово, один спомин симптомів, обставин та перебігу невідкладного стану оживляв емоції страху смерті. В якості загроз починали розцінюватись будь-які, суттєві або ні, відхилення від звичного самопочуття.

Близькими до вказаних витоків страху смерті, є переживання загроз подальшого прогресування хвороби, розвитку повторних порушень кровообігу. Пацієнти можуть досить повно та детально здобути інформацію про свою хворобу і свої перспективи. Тож здобуті знання, правдиві чи не дуже, викликають подальший розвиток страху смерті, порушення здоров'я, інвалідності. Тобто, якщо в першому випадку емоційні переживання стимулювали та потребували когнітивного пояснення та опрацювання страху смерті, то в подальшому результати когнітивного процесу приводять до прогресування, розгалуження або страху смерті. І основою його стають результати когнітивної діяльності. На цьому, в основному і закінчується формування гострого стресового реагування.

Когнітивні процеси в подальшому перехоплюють провідну роль в розвитку стресового стану, який набуває хронічного характеру. Причини стресу можуть бути наслідки перенесеного

невідкладного стану для здоров'я особистості, його соціального та фінансового стану, можливість продовжувати роботу, вплив на сімейний стан (його обов'язки, перспективи членів сім'ї), можливість продовжити необхідне лікування в потрібному об'ємі і інше. Усі ці чинники та їх зміна стають дезадаптуючими факторами функціонування особистості. В наслідок цього, виникаючі стресові емоційні прояви поглиблюють когнітивні зрушення, призводять до прогресування явищ дезадаптації особистості.

На фоні впливу вказаних стресових чинників приєднуються фрустраційні фактори. В силу виниклих або встановлених порушень здоров'я, з'являється необхідність відмови від значного переліку звичних способів поведінки та потреб. Це, звичайно, в залежності від їх актуальності та значимості для особистості, викликає розвиток стресового стану та фрустрації. В свою чергу, виникає потреба освоєння нових, показаних для лікування хвороби, способів поведінки. Разом з тим, проходить процес вироблення та застосування компенсаторних поведінкових стратегій для заміщення заборонених. Нові способи поведінки не є звичними і не завжди виконують своє призначення. Як наслідок, розвивається дезадаптація в більшості сфер життя особистості. На цій основі формується хронічний стресовий стан і чим далі проводити аналіз, тим більше на передній план виходять індивідуальні особливості особистості.

В умовах стресу психологічна адаптація людини відбувається, головним чином, за допомогою копінг-стратегій і механізмів психологічного захисту. В загальному континумі психологічної регуляції копінг-стратегії відіграють компенсаторну функцію. Реагування особистості йде за двома варіантами:

1. Проблемно-орієнтований – раціональний аналіз проблеми, проявом якого є самостійний аналіз того, що сталося, звернення за допомогою до інших, пошук додаткової інформації.

2. Суб'єктивно-орієнтований – наслідок емоційного реагування на ситуацію, який не супроводжується конкретними діями. Він проявляється у вигляді спроб не думати про проблему, залученням інших в свої переживання, бажанням забутись, розчинити свої негаразди або компенсувати негативні емоції.

Встановлена копінг-реакція говорить про можливі варіанти подолання і ті ресурси особистості, які ефективно допомагають долати проблемну ситуацію.

Звичайно, розвиток гострого порушення коронарного або мозкового кровообігу з подальшим

його лікуванням та необхідністю зміни способів поведінки в умовах підтримуючої терапії; слідові прояви стресового стану і загрози в перспективі, не можуть не впливати на копінг-стратегії особистості. На періоді гострої стресової реакції переважають механізми синдрому неспецифічного реагування особистості, які включають переважно емоційні механізми реагування. Паралельно, все більш активно включаються когнітивні механізми, які спрямовані на формування подальших копінг-стратегій, як адаптивної форми поведінки для підтримки психологічної рівноваги в проблемній ситуації. Це способи психологічної діяльності і поведінки, що виробляються свідомо і спрямовані на подолання стресової ситуації. На цьому етапі стикаються два основних механізми формування реагування під час стресу. Стрессова ситуація характеризується невизначеністю, підвищеною складністю, стрессогенністю, вітальними загрозами та суперечливістю. Це приводить до значного звуження варіантів вибору способів реагування та застосування ранніх, незрілих, мало ефективних форм. Початок процесу дає синдром неспецифічного реагування з вкрай вузьким переліком, еволюційно сформованих та застосовуваних форм реагування, спрямованих на збереження життя та здоров'я особистості. Це зумовлює та формує вузький спектр поведінкових реакцій, які базуються на емоційних реакціях. Досить сумнівно їх можна характеризувати як копінг-стратегії. В подальшому проходить приєднання когнітивного компонента з використанням особистістю найбільш вживаних, заснованих на особистісних принципах, досвіді та цінностях, поведінкових та когнітивних стратегій реагування. Але включаються в дію умови та наслідки стресового впливу, які стають заборонами та обмеженнями для використання притаманних особистості копінг-стратегій. Цей конфлікт споріднений з явищами когнітивного дисонансу та приводить до дезадаптації через відсутність адекватних адаптивних стратегій. Інтенсивний афективний супровід та особистісна значимість стресової ситуації зумовлюють жорстку фіксацію задіяних умов та використовуваних способів реагування. Ці чинники та обставини впливають на вибір та формування подальших когнітивних та поведінкових стратегій реагування на хронічні стресові чинники. Загалом це ще більше викликає явища дисонансу як між задіяними сферами, так і з існуючими копінг-стратегіями, що приводить до поглиблення явищ дезадаптації особистості. Найбільш небажаним є неспроможність особистості перебороти процеси когнітивного дисонансу, що приводить до розвитку

посттравматичного стресового розладу. Основними орієнтирами напрямку розвитку цих процесів є актуальність та значимість для особистості виниклих змін та наслідків; ригідність або пластичність особистості до їх сприйняття; спроможність до змін особистісних життєвих цінностей.

Нами для дослідження способів реагування було застосовано методику діагностики копінг-стратегій Е. Хайма. Проаналізовано стан когнітивних, емоційних та поведінкових копінг-стратегій особистості хворих (табл. 2). Встановлена суттєва різниця, як між категоріями стратегій, так і в залежності від проведеного лікування невідкладного стану. У хворих після АКШ серед когнітивних стратегій, значно почастишали стратегії самоконтролю, розгубленості та установки самооцінки. Відсутні стратегії набуття сенсу, дисимуляції та релігійності. Всі вони є відносно продуктивними, за виключенням непродуктивної розгубленості та покори. Відсутня продуктивна стратегія аналіз проблем. Подібні, але менш виражені, зміни спостерігались в інших ГД. В порівнянні з учасниками ГП1 спостерігалось зміщення акцентів з фіксацією на стратегіях, прямо пов'язаних з особистісними інтересами. Серед емоційних стратегій переважали непродуктивні стратегії в порівнянні з ГП1. Серед поведінкових стратегій виявлена залежність від варіантів лікування гострого порушення коронарного кровообігу. Учасники ГД1 більше використовували відносно продуктивні стратегії відволікання, конструктивну активність та пошук допомоги на тлі непродуктивної стратегії активного уникнення. Для ГД2 характерна перевага непродуктивних стратегій активного уникнення та відступ на тлі відносно продуктивних – компенсації і відволікання. На відміну від цього, учасники ГД3 давали перевагу продуктивній стратегії співробітництва та відносно продуктивним – пошук допомоги і відволікання.

Таким чином, поведінкові стратегії показали залежність від способу терапії гострого порушення коронарного кровообігу, що вказувало на вплив важкості способу та подальшого прогнозу результатів. Так при тромболітичній терапії нападу видалення тромбу зовсім не виключає виникнення нового, що потребує змін поведінки хворих на продуктивні стратегії, незалежно від їх емоційного та когнітивного супроводу. Учасники ГД1 і ГД2, в тій чи іншій мірі, дещо безпеченні від невідкладних загроз з боку коронарного кровообігу, що можливо пояснює уникнення від використання не притаманних для них стратегій та наявності емоційного, когнітивного та поведінкового дисонансу. Ці чинники можливо і приводять

до дезадаптивних змін. Таким чином, аналіз копінг-стратегій підтвердив багатофакторні витоки дезадаптації після різних варіантів лікування гострого порушення коронарного кровообігу.

Як видно з одержаних даних, при ТІА і ГД4, в порівнянні з ГП2, серед когнітивних копінг-стратегій збільшувалась частка за шкалою продуктивної стратегії аналіз проблем; відносно продуктивних відносність та установка самооцінки. Крім того з'являлась непродуктивна стратегія за рівнем шкали розгубленість. Серед емоційних копінгів в сумі переважали непродуктивні стратегії: емоційний розряд, покірність, самообвинувачення та знижувались показники шкали агресивності. Спостерігалось зниження за шкалою протест,

відсутність непродуктивної стратегії придушення емоцій та продуктивної – оптимізм. Серед поведінкових копінгів в сумі переважали продуктивні стратегії співробітництво та відносно продуктивні пошук допомоги. Були відсутні або знижувались показники шкал відволікання та компенсація. То ж, сумуючи дані з копінг-стратегій після перенесеної ТІА, було встановлено переважання непродуктивних або частково продуктивних стратегій емоційного реагування, що свідчить про значні його неадекватності. На цьому тлі менш значущі відхилення спостерігались в когнітивному реагуванні. Найбільш адекватними стратегіями реагування на перенесену ТІА та необхідність змін способів життя були зміни поведінкових копінг-стратегій.

Таблиця 2

Результати діагностики копінг-стратегій Е. Хайма (M ±m)

Стратегія		ГД1	ГД2	ГД3	ГД4	ГП1	ГП2
		n = 64	n = 54	n = 50	n = 59	n = 56	n = 55
А. Когнітивні копінг-стратегії							
Ігнорування	В	8,45 ±4,31	16,21 ±4,43	8,40 ±4,47	6,27 ±4,03	11,03 ±4,27	23,47 ±4,25
Покора	Н	13,60 ±4,68	19,43 ±5,36	37,05 ±4,63	9,17 ±4,21	12,31 ±4,06	18,27 ±4,02
Диссимуляція	В	0	0	0	7,42 ±3,75	24,16 ±4,56	6,85 ±3,84
Самоконтроль	В	26,52 ±4,76	21,93 ±4,78	18,52 ±5,24	16,39 ±4,17	23,41 ±4,38	24,08 ±4,03
Аналіз проблем	П	0	16,34 ±4,35	08,17 ±5,02	19,41 ±3,58	7,84 ±4,51	9,40 ±3,19
Відносність	В	7,58 ±4,79	0	21,67 ±5,32	21,35 ±4,37	7,35 ±4,29	7,13 ±3,48
Релігійність	В	0	0	0	0	0	0
Розгубленість	Н	23,51 ±4,69	17,23 ±4,52	08,07 ±4,21	13,44 ±4,31	0	0
Надання сенсу	В	0	11,34 ±5,25	0	0	0	12,35 ±4,11
Установка самооцінки	В	23,15 ±5,06	0	0	7,03 ±3,16	13,84 ±4,60	0
Б. Емоційні копінг-стратегії							
Протест	В	8,24 ±5,03	22,05 ±4,06	0	13,42 ±4,20	7,74 ±4,38	18,47 ±4,08
Емоційний розряд	Н	24,20 ±4,32	11,53 ±4,62	21,35 ±4,18	21,34 ±4,35	0	16,30 ±4,23
Придушення емоцій	Н	24,36 ±4,35	13,17 ±4,42	30,54 ±4,62	0	26,25 ±4,43	11,61 ±4,22
Оптимізм	П	0	0	0	0	24,17 ±4,09	24,35 ±4,03
Пасивна кооперація	В	0	18,17 ±4,32	18,33 ±5,00	22,54 ±3,72	8,46 ±4,37	8,61 ±3,64
Покірність	Н	20,45 ±4,51	0	24,07 ±4,03	22,14 ±4,05	0	0
Самообвинувачення	Н	0	10,32 ±5,03	07,88 ±4,08	6,90 ±3,71	10,27 ±4,82	0
Агресивність	Н	24,84 ±5,17	26,62 ±4,31	0	14,57 ±4,41	23,31 ±4,40	21,79 ±4,03
В. Поведінкові копінг-стратегії							
Відволікання	В	21,24 ±5,03	16,63 ±4,37	19,50 ±4,82	0	15,62 ±4,38	7,35 ±4,13
Альтруїзм	В	0	0	0	16,51 ±3,79	7,04 ±4,58	15,32 ±4,36
Активне уникнення	Н	24,16 ±4,35	30,17 ±5,12	12,70 ±4,09	7,16 ±4,02	21,59 ±4,57	7,03 ±4,28
Компенсація	В	14,46 ±5,04	22,12 ±4,17	6,06 ±3,74	7,58 ±4,14	7,18 ±4,79	21,73 ±4,26
Конструктивна активність	В	23,08 ±4,62	0	10,07 ±4,47	22,59 ±4,27	24,31 ±4,47	22,37 ±4,02
Відступ	Н	0	23,06 ±4,07	0	0	0	0
Співробітництво	П	0	0	32,45 ±5,36	26,61 ±4,12	16,30 ±4,34	17,72 ±3,59
Пошук допомоги	В	18,07 ±4,72	9,12 ±4,07	21,30 ±4,53	20,30 ±4,27	8,17 ±4,26	8,02 ±4,16

Таким чином, після перенесених невідкладних станів з порушеннями коронарного та мозкового кровообігів, їх подальшого лікування у хворих спостерігалось погіршення характеру використовуваних копінг-стратегій. Найбільш значимі зміни спостерігали серед емоційного реагування. Вони були найбільш виразні при наявності в структурі невідкладного стану вітальних загроз, важкого перебігу, оперативного або складного і тривалого консервативного лікування. Тобто, наявність інтенсивного, значимого стресового впливу, який трансформувался в хронічний стресовий стан. Відповідно цим впливам та змінам, спостерігалась трансформація поведінкових копінг-стратегій, які ставали більш продуктивними. Головними чинниками цих змін була наявна постійна загроза виникнення повторного невідкладного стану, хронічний психологічний стрес та необхідність корегування поведінкових стратегій як способів їх уникнення. За цими змінами не завжди встигали когнітивні процеси. Перед ними стояли складні завдання зміни звичних життєвих стереотипів на нові у відповідності до зміни умов життя. Це викликало стан когнітивного дисонансу і призводило до розвитку дезадаптації в багатьох сферах життєдіяльності. Відповідно призводило до застосування непродуктивних, або частково продуктивних стратегій.

Не слід забувати наявність потужного впливу факторів фрустрації, що стають додатковими факторами психологічного стресу. Наявна життєва необхідність змін звичних життєвих стратегій під тиском вітальних загроз, відсутність напрацьованих особистістю альтернативних, компенсаторних стратегій досягнення потреб в різних сферах життя виступають потужними чинниками психологічної дезадаптації.

Ефективність використовуваних особистістю копінг-стратегій в поєднанні з наявним психофізичним станом демонструють результати суб'єктивної оцінки якості життя та рівень інтересу в різних сферах за допомогою опитувальників якості життя ВООЗЯЖ-100 (табл. 3).

За шкалою G учасники ГД1 та ГД2 майже не відрізнялись від ГП1; а ГД3 були достовірно нижчі в порівнянні з усіма групами. Показники фізичної сфери та її субсфер в учасників усіх груп дослідження мали такий же характер. Це дозволило припустити, що оцінка якості життя в своїй більшості залежить від сприйняття фізичного стану особистості. Оцінка якості психічної сфери серед усіх груп по сукупності субсфер найвища була в ГД2, а найнижча – в ГД3. Поясненням може бути мало травматичне лікування та відносно спокійні перспективи на майбутнє у ГД2. З іншого боку, у ГД3 продовжувала своє існування загроза повторного

порушення коронарного кровообігу, необхідність слідування різним обмеженням та лікуванню на тлі спогадів стресових переживань та загроз нападу. Ці чинники і зумовлювали встановлену оцінку якості життя. За сферою рівня незалежності оцінка якості життя була значно гірша у ГД3, як в порівнянні з ГД1 і ГД2, так і ГП1. Причинами вірогідно були ті ж чинники, що і для попередньої сфери. Виняток склали оцінки субсфери залежності від ліків і лікування, які були вищі та субсфери практична соціальна підтримка – були найнижчі в порівнянні з ГП1. Оцінка оточуючого середовища проявляла тенденцію до низького в учасників ГД3. Особливо це стосувалось субсфер фізичної безпеки та медичної й соціальної допомоги. Інші субсфери не показали значної різниці. Це ж стосувалось і духовної сфери.

Результати опитувальників якості життя після перенесеної ТІА вказують на зниження рівня життя по деяким шкалам, а також на зниження інтересу в різних сферах. Показники якості життя в учасників ГД4 були за більшості сфер нижчі, ніж в ГП2. Це шкали «фізична» та «психологічна» сфери, «рівень незалежності» та «соціальні відношення». Лише за шкалою залежності від ліків та лікування оцінка була достовірно вища. Що стосується сфер «оточуюче середовище» та «духовна» сфера, оцінка якості життя не відрізнялась відносно ГП2. То ж можна стверджувати, що якість життя хворих у сферах, тісно пов'язаних з особистісними інтересами, після перенесеної ТІА, погіршується, в інших сферах не зазнає істотних змін.

Таким чином встановлено, що учасники всіх ГД перебували в стані гострого та хронічного стресу. Це підтверджували високі рівні реактивної та особистісної тривожностей. Основою для гострого стресового стану були спогади перенесеного гострого порушення коронарного кровообігу з наявною та умовною загрозами здоров'ю та життю. Крім того, це спогади про негативні психотравмуючі переживання внаслідок оперативного втручання, перебування в реанімаційному відділенні, інтенсивної медикаментозної терапії. До хронічного стресового стану призводили хворобливі відчуття після операційного періоду, необхідність адаптації до нових поведінкових стратегій та відмова від звичних та протипоказаних поведінки та звичок. У учасників ГД2 і ГД3 витоками хронічного стресу була загроза виникнення повторного гострого порушення коронарного кровообігу, необхідність проведення оперативного втручання з відновлення коронарного кровообігу. Ці загрози та їх вірогідність і формували різні рівні стресового стану в ГД. Не слід ігнорувати фактор втрати та обмеження можливостей особистості в різних сферах життя через перенесене гостре порушення коронарного кровообігу та подальше лікування.

Оцінка якості життя за результатами опитувальника якості життя
Всесвітньої організації охорони здоров'я при гострих серцево-судинних порушеннях та ТІА

Шкали	ГД1	ГД2	ГД3	ГД4	ГП1	ГП2
	n = 64	n = 54	n = 50	n = 59	n = 56	n = 55
G-загальна якість життя й стан здоров'я	14,98 ± 0,27	14,78 ± 0,27 p ^{**} p ₂ ^{***}	12,01 ± 0,31 p ^{***} p ₁ ^{***}	10,78 ± 0,32 p ₃ ^{***}	15,22 ± 0,31	15,86 ± 0,42
F1-фізичний біль і дискомфорт	14,84 ± 0,32 p ^{**}	13,35 ± 0,30 p ₁ ^{**} p ₂ ^{***}	11,35 ± 0,33 p ₁ ^{***}	13,37 ± 0,33	13,25 ± 0,38	14,39 ± 0,45
F2-життєва активність, енергія, втома	15,12 ± 0,28 p [*]	15,30 ± 0,27 p ₁ ^{**} p ₂ ^{***}	12,42 ± 0,28 p ₁ ^{***}	10,14 ± 0,27 p ₃ ^{***}	14,17 ± 0,33	13,72 ± 0,42
F3-сон і відпочинок	14,88 ± 0,29	14,43 ± 0,30 p ₂ ^{***}	12,53 ± 0,31 p ₁ ^{***}	15,86 ± 0,30	15,33 ± 0,38	16,33 ± 0,36
F4-позитивні емоції	15,14 ± 0,32 p ^{***}	14,35 ± 0,31 p ₁ ^{**} p ₂ ^{**}	11,25 ± 0,33 p ₁ ^{***}	10,13 ± 0,27 p ₃ ^{***}	13,07 ± 0,35	14,25 ± 0,44
F5-пізнавальні функції	14,80 ± 0,30	15,37 ± 0,29 p ₂ [*]	14,84 ± 0,28	12,95 ± 0,35 p ₃ ^{**}	15,62 ± 0,26	14,51 ± 0,42
F6-самооцінка	15,71 ± 0,33	15,60 ± 0,30 p ₂ ^{***}	12,14 ± 0,28 p ₁ ^{***}	12,27 ± 0,31 p ₃ ^{***}	16,37 ± 0,23	15,57 ± 0,41
F7-образ тіла й зовнішність	13,52 ± 0,29	13,25 ± 0,31	12,02 ± 0,31	14,02 ± 0,32	12,68 ± 0,34	14,70 ± 0,46
F8-негативні емоції	11,35 ± 0,32 p ^{**}	13,79 ± 0,33 p ₁ ^{**}	12,14 ± 0,30 p ₁ [*]	9,21 ± 0,30 p ₃ ^{***}	12,68 ± 0,32	13,14 ± 0,38
F9-рухливість	14,60 ± 0,31 p ^{***}	15,04 ± 0,29 p ₁ ^{***} p ₂ ^{***}	11,37 ± 0,33 p ₁ ^{***}	12,55 ± 0,33 p ₃ ^{***}	12,89 ± 0,34	17,69 ± 0,45
F10-виконання повсякденних справ	15,73 ± 0,30	16,28 ± 0,30 p ₁ ^{**} p ₂ ^{***}	14,60 ± 0,32 p ₁ [*]	16,76 ± 0,30 p ₃ [*]	15,08 ± 0,30	17,88 ± 0,43
F11-залежність від ліків і лікування	17,62 ± 0,31 p ^{**}	17,13 ± 0,28 p [*]	17,40 ± 0,32 p ^{**}	16,75 ± 0,31 p ₃ ^{**}	16,13 ± 0,28	15,35 ± 0,42
F12-працездатність	14,57 ± 0,32	15,36 ± 0,30 p ₂ ^{***}	12,21 ± 0,30 p ₁ ^{***}	16,09 ± 0,30	14,73 ± 0,27	16,26 ± 0,30
F13-особисті відносини	15,06 ± 0,32	15,59 ± 0,33	15,27 ± 0,33	12,78 ± 0,32 p ₃ ^{***}	15,28 ± 0,31	16,84 ± 0,43
F14-практична соціальна підтримка	13,51 ± 0,32 p [*]	12,61 ± 0,30 p ^{**}	11,64 ± 0,32 p ₁ ^{***}	10,43 ± 0,28 p ₃ ^{***}	14,73 ± 0,39	12,53 ± 0,40
F15-сексуальна активність	13,45 ± 0,31 p [*]	13,58 ± 0,31 p ₁ ^{**} p ₂ ^{***}	11,03 ± 0,28 p ₁ ^{**}	13,91 ± 0,35	14,79 ± 0,36	14,50 ± 0,41
F16-фізична безпека	14,74 ± 0,30 p ^{***}	13,88 ± 0,27 p ₁ ^{***} p ₂ ^{***}	11,36 ± 0,26 p ₁ ^{***}	14,82 ± 0,30	12,18 ± 0,31	15,63 ± 0,38
F17-наколишне середовище будинку	14,81 ± 0,29	15,40 ± 0,33	14,76 ± 0,32	14,20 ± 0,33	15,83 ± 0,33	13,90 ± 0,36
F18-фінансові ресурси	9,92 ± 0,30	10,24 ± 0,30	10,04 ± 0,29	9,86 ± 0,30	10,86 ± 0,38	9,47 ± 0,38
F19-медична й соціальна допомога	14,06 ± 0,31 p ^{***}	13,17 ± 0,29 p ^{***}	12,68 ± 0,32 p ₁ ^{**}	13,62 ± 0,25	11,42 ± 0,34	13,82 ± 0,40
F20-набуття нової інформації	14,88 ± 0,30	16,03 ± 0,30 p ₁ [*] p ₂ ^{***}	14,58 ± 0,26	16,91 ± 0,31	14,79 ± 0,31	17,38 ± 0,42
F21-можливості використання відпочинку	15,27 ± 0,32	15,49 ± 0,32 p ₂ ^{***}	13,11 ± 0,32 p ₁ ^{***}	13,87 ± 0,35	15,07 ± 0,33	14,23 ± 0,35
F22-наколишне середовище	13,03 ± 0,30	13,21 ± 0,29	13,46 ± 0,30	13,80 ± 0,32	12,65 ± 0,32	14,85 ± 0,40
F23-транспорт	13,17 ± 0,29	14,43 ± 0,30 p ₁ [*]	14,01 ± 0,28	14,80 ± 0,33	14,06 ± 0,40	15,14 ± 0,43
F24-духовність, особисті переконання	15,49 ± 0,30	16,07 ± 0,31	15,25 ± 0,32	15,16 ± 0,36	15,78 ± 0,34	15,66 ± 0,41

Примітка. Означення достовірності: p – між ГП1 та ГД1, ГД2, ГД3; p₁ – між ГД1 та ГД2, ГД3; p₂ – між ГД2 і ГД3; p₃ – між ГД4 і ГП2. Ступінь вірогідності: * – <0,05; ** – <0,01; *** – <0,001.

При аналізі копінг-стратегій в учасників ГД виявлено наявність дисонансу між когнітивною, емоційною та поведінковою сферами. На наш погляд та припущення, причини дисонансу можуть бути наступні. Це різна швидкість адаптації цих сфер до виниклих змін обставин життя особистості. Важливим є фрустраційний чинник, що розвивається внаслідок відмови та обмеження звичних потреб та можливостей. Свій вплив проявляє і необхідність запровадження та засвоєння нових стратегій з подальшою адаптацією до нових обставин, можливостей та обмежень. Звичайно ці зрушення призводять до розвитку явищ дезадаптації, внутрішніх конфліктів і, як наслідок, стресового стану особистості.

Зміни в оцінці якості життя учасників ГД вказують на перерозподіл центрів важливості тих чи інших сфер. Усім притаманне зміщення уваги на особистісні інтереси та потреби у сферах фізичного здоров'я, психологічної рівноваги, соціальної підтримки та забезпечення. Важливим чинником була сфера роботи та зайнятості. Оцінка якості життя в цих сферах підтверджувалась їх значимістю для особистості. При більш детальному аналізі відслідковувались зв'язки з стрес-формуєчими та фруструючими чинниками. Зниження сфер інтересів можливе через зниження актуальності та особистісної значимості тієї чи іншої сфери через обмеження та можливості у зв'язку з основним захворюванням. Усі ці проблеми виникають досить рано, тому представляють гарні можливості для корекції.

Таким чином, виникає необхідність враховувати психічні зміни, які виникають під час невідкладного стану і в подальшому часі його терапії. Це перш за все стресові реакції на прояви досить грізного невідкладного стану, їх терапію. Вони жорстко, часто з вітальними значеннями, фіксуються особистістю і при першій нагоді згадуються, викликаючи відповідні стресові стани. Крім того, слід пам'ятати, що віддалені наслідки досить часто представляють відновлення гострих станів. Так, пацієнти добре знають про ненадійність тромболітичної терапії, ускладнення після АКШ, часту необхідність повторного стентування. Після перенесеної ТІА у хворих залишається реальною загроза повторного розвитку гострого порушення мозкового кровообігу і не завжди ці порушення носитимуть транзиторний перебіг. Ці факти підтримують стан тривоги і стресу після терапії, нагадуючи, що явища невідкладного стану в будь яку мить можуть виникнути знову. Зважаючи на те, що емоції досить свіжі в часі та значимі, слід задіяти методи психокорекції для їх нейтралізації.

Психологічна дезадаптація внаслідок перенесених гострих порушень коронарного та мозкового кровообігу потребує своєчасної психокорекційної допомоги, яка дозволить створити умови для підвищення якості життя хворих на ІХС та перенесеними ТІА. Планування психокорекційної програми здійснюється на підставі визначення психокорекційної триади (індивідуальних мішеней, механізмів і методів психокорекційного впливу). Основними мішенями психокорекційного впливу є тіло (вегетативна регуляція), внутрішня картина хвороби, неконструктивні когніції та емоційна сфера хворих після перенесених гострих порушень коронарного кровообігу та мозкового у вигляді перенесених ТІА [18–23].

Основними завданнями психокорекційної роботи з такими хворими є:

1. формування у пацієнтів більш повної та об'єктивної внутрішньої картини хвороби;
2. навчання хворих основам дихальної і м'язової релаксації, аутогенного тренування як методам саморегуляції емоційного стану в умовах стресу;
3. корекція дезадаптивних стереотипів емоційного реагування;
4. зміна дисфункціональних когніцій на більш конструктивні;
5. формування у хворих навичок конструктивної опанувальної поведінки в умовах стресу;
6. створення умов для формування установки на збереження фізичного та психічного здоров'я.

Таким чином, реалізація психокорекційних заходів, спрямованих на формування установок на активне подолання хвороби, навчання методам саморегуляції емоційного та фізичного стану, конструктивним стратегіям опанувальної поведінки є важливою умовою для активізації особистісного адаптаційного потенціалу пацієнтів після перенесених гострих порушень коронарного та мозкового кровообігу.

Висновки.

1. Після перенесених гострих порушень коронарного та мозкового кровообігу та проведення терапії з застосуванням аорто-коронарного шунтування, стентування та тромболітичної терапії хворі перебувають у стані психічного стресу, що підтверджується високими рівнями реактивної та особистісної тривожностей. Це зумовлено як гострою психічною травмою при розвитку гострих порушень кровообігу, так і самого процесу терапії. Крім того, у них виявляються прояви хронічного стресового стану. Це зумовлено наявністю загроз повторних гострих порушень кровообігу та

ускладненнь. Найбільш виражені стресові стани виявлені при проведенні тромболітичної терапії.

2. Після терапії гострих порушень коронарного та мозкового кровообігу у пацієнтів встановлено наявність явищ дезадаптації, які найбільш виражені після проведеної тромболітичної терапії. Це зумовлено наявністю стресового стану, необхідністю відмови від звичних копінг-стратегій та освоєння нових (адаптивних, компенсаторних) стратегій. Головними чинниками розвитку явищ дезадаптації виступають стани фрустрації, які стають основою для хронічного стресового стану.

3. Наявність стресового стану та явища дезадаптації значно погіршують якість життя після терапії гострих порушень коронарного та мозкового кровообігу та змінюють значимість для особистості досліджуваних сфер життя.

4. Наявність психічних змін після терапії свідчить про необхідність проведення психокорекції. Приведена орієнтовна необхідна схема психокорекції з урахуванням індивідуальних особистісних характеристик та проявів, яка дозволяє значно підвищити психічні зміни.

5. Психічні порушення у реабілітаційному періоді потребують урахування індивідуальних особливостей пацієнтів. Подальші дослідження слід спрямовувати на дослідження способів психологічного захисту та індивідуалізацію методів психокорекції психічного стану після терапії гострих порушень коронарного та мозкового кровообігу.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Федак, Б.С. (2015). Феноменология астенических проявлений у больных с острыми состояниями терапевтического профиля. *Медична психологія*, № 10, № 1, 69–72.
2. Михайлов В.Б. (2012). Система диференційованої психотерапевтичної корекції в комплексному лікуванні непсихотичних психічних розладів у хворих, що перенесли інфаркт міокарда та ішемічний мозковий інсульт. *Український вісник психоневрології*, № 20, вип. 3, 122–123.
3. Фартушна, О.Є. (2014). Транзиторні ішемічні атаки. К.: ВД «Авіцена», 216 с.
4. Валуєва, С.В. (2013). Український реєстр STIMUL: ефективність різних методів лікування гострих коронарних синдромів з елевацією сегмента ST та прихильність хворих до лікування в постінфарктний період (результати однорічного спостереження). *Семейная медицина*, № 1, 27–32.
5. Валуєва, С.В., Денисюк, В.І. (2012). Пілотний реєстр гострих коронарних синдромів з елевацією сегмента ST STIMUL: організація ме-

дичної допомоги в стаціонарі залежно від методу лікування. *Український терапевтичний журнал*, № 3–4, 46–51.

6. Нетяженко, В.З., Мальчевська, Т.Й., Ликов, О.В. (2008). Реваскуляризаційні методи лікування гострого коронарного синдрому з елевацією сегмента ST: Власні дослідження. *Внутренняя медицина*, Т. 3, 9.

7. Безсмертна, Г.В., Безсмертний, Ю.О. (2015). Порівняльний аналіз факторів ризику та клінічних показників тяжкості стану пацієнтів із транзиторними ішемічними атаками та в різні періоди ішемічного інсульту. *Буковинський медичний вісник*, Т. 19, № 4 (76).

8. Фартушна, О.Є., Віничук, С.М. (2014). Модифікація поведінкових чинників ризику як складова первинної профілактики транзиторних ішемічних атак та/чи інсульту. *Український медичний часопис*, № 6, 42–44.

9. Сарвир, И.Н. (2017). Особенности эмоционально-аффективной сферы у больных с острыми сердечно-сосудистыми и сосудисто-мозговыми заболеваниями. Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина, № 1–2, 21–27.

10. Охромій, Г.В. (2015). Комплексна система реабілітації, прогнозування інвалідності та профілактики інфаркту міокарда. *Журнал Національної академії медичних наук України*, № 21, № 1, 85–94.

11. Гальцова, О.А., Романенко, В.В., Тябут, Т.Д. (2016). Влияние способов реперфузии на качество жизни и психоэмоциональный статус у мужчин с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST. *Здравоохранение: Научно-практический ежемес- сячный журнал*, N 9, 4–10.

12. Козлова, Ю.В. (2012). Сучасні уявлення про кардіоцеребральну патологію (патогенетичні механізми ушкодження головного мозку при серцевих захворюваннях). *Таврический медико-биологический вестник*, Т. 15, № 3, ч. 2 (59), 132–136.

13. Нестерак, Р.В. (2019). Психологічна адаптація хворих на ішемічну хворобу серця на етапах реабілітації після реперфузійних втручань. *Галицький лікарський вісник*, № 26 (1), 27–30.

14. Аронов, Д.М., Бубнова, М.Г., Красницкий, В.Б. (2015). Новые подходы к реабилитации и вторичной профилактике у больных, перенесших острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы. *Кардиология*, Т. 55, № 12, 125–132.

15. Психологические тесты для профессионалов (2007). / авт. сост Н.Ф. Гребень. Минск: Со- врем. шк., 496с.

16. Набиуллина, Р.Р., Тухтарова, И.В. (2003). Механизмы психологической защиты и совладания со стрессом (определение, структура, функ-

ции, виды, психотерапевтическая коррекция). Учебное пособие: Казань, 23–29.

17. Психология здоровья: Учебник для вузов / Под ред. Г.С. Никифорова. СПб.: Питер, 2006, 607 с.

18. Бурлачук, Л.Ф., Кочарян А.С., Жидко М.Е. (2009). Психотерапия: психологические модели – 3-е изд., расшир. и дополн., СПб.: Питер, 496.

19. Джендлин, Ю. (2000). Фокусирование: Новый психотерапевтический метод работы с перживаниями/Пер. с англ. А.С. Ригина. – М.: Независимая фирма «Класс», 448 с.

20. Ермошин, А.Ф. (1999). Вещи в теле: Психотерапевтический метод работы с ощущениями, М.: «Класс», 320.

21. Когнитивно-бихевиоральный подход в психотерапии и консультировании: Хрестоматия (2002). Сост. Т.В. Власова. Владивосток: ГИ МГУ, 110.

22. Линде, Н.Д. (2004). Эмоционально-образная терапия. Теория и практика. М.: Изд-во Моск. гуманит. Ун-та, 184.

23. Сандомирский, М.Е. (2005). Психосоматика и телесная психотерапия: Практическое руководство. М.: Независимая фирма «Класс», 592.

PSYCHOLOGICAL DISADAPTATION AFTER ACUTE CORONARY CONDITIONS AND TRANSIENT ISCHEMIC ATTACKS

V.M. Zagurovsky

Relevance. Acute disorders of the coronary and cerebral circulation occupy a significant place among the pathology of the cardiovascular system. Now there are opportunities to urgently get rid of their fatal influence. Such manipulations as coronary artery bypass grafting, stenting, thrombolytic therapy allow to some extent to permanently solve the problem of coronary and cerebral circulation disorders. But both the most urgent conditions and their treatment leave traces on the patient's mental sphere, causing mental disorders. Influence is exerted by both real and far-fetched further threats to the patient, the development of various restrictions in the spheres of life. In the future, severe relapses and complications associated with disorders of the coronary and cerebral circulation often occur.

Purpose of the study. The actual research is aimed at studying the characteristics of the impact of the stress state of the postponed acute disorders of the coronary and cerebral circulation on the further state of the mental sphere of the personality of patients.

Materials and methods. The study involved: a) 168 patients with ischemic heart disease at the age of 55–65 years, of whom 64 underwent emergency CABG for occlusion of the coronary artery 54 – stenting of the coronary arteries for the same reason 50 – thrombolytic therapy; The comparison group consisted of 56 patients with uncomplicated ischemic heart disease; b) 114 patients with GB II – III Art. at the age of 55–65 years, of whom 59 underwent TIA with hospitalization. 55 patients with hypertension without complications constituted the comparison group. The study was conducted on an outpatient basis 30–45 days after discharge from the hospital. For the examination, we used clinical and pathological research, psycho-diagnostic using the following methods: the Spielberger-Khanin scale for determining personal and situational anxiety, the test «Diagnostics of Haim's coping strategies», the World Health Organization's quality of life questionnaire («WHOQOL –

100»). The results were processed by statistical methods with the calculation of the degree of reliability.

Research results. After suffering acute disorders of the coronary and cerebral circulation and therapy with coronary artery bypass grafting, stenting and thrombolytic therapy, patients were in a state of mental stress, which was confirmed by high levels of reactive and personal anxiety. This is due to both acute mental trauma during the development of acute disorders of the coronary and cerebral circulation, and the therapy itself. In addition, they have manifestations of a chronic stress state. This is due to the presence of threats of repeated acute circulatory disorders and complications. The most pronounced stress states were found during thrombolytic therapy. After the treatment of acute disorders of the coronary and cerebral circulation, the presence of maladjustment phenomena was found in patients, the most pronounced after the thrombolytic therapy. This is due to the presence of a stressful state, the need to abandon the usual coping strategies and master new (adaptive, compensatory) strategies. The main factors in the development of maladjustment phenomena are states of frustration, which become the basis for a chronic stress state. The presence of a stressful state and the phenomenon of maladjustment significantly worsen the quality of life after the treatment of acute disorders of the coronary and cerebral circulation and change the significance of the studied areas of life for the personality. The presence of mental changes after therapy indicates the need for psychocorrection. An approximate necessary scheme of psychocorrection is given, taking into account individual personal characteristics and manifestations, which allows to significantly level mental changes.

Further research should be aimed at studying the methods of psychological protection and the individualization of methods of psychocorrection of the mental state after the treatment of acute disorders of the coronary and cerebral circulation.

Keywords. Acute coronary circulation disorder, acute cerebrovascular accident, reperfusion, mental changes, stress, maladjustment, quality of life, psychocorrection.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ ПОСЛЕ ОСТРЫХ КОРОНАРНЫХ СОСТОЯНИЙ И ТРАНЗИТОРНЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ АТАК

В.М. Загуровский

Актуальность. Острые нарушения коронарного и мозгового кровообращения занимают значительное место среди патологии сердечно-сосудистой системы. Сейчас есть возможности в экстренном порядке избавиться от их рокового влияния. Такие манипуляции, как аорто-коронарное шунтирование, стентирование, тромболитическая терапия, позволяют в некоторой степени навсегда решать проблему нарушения коронарного и мозгового кровообращения. Но как сами неотложные состояния, так и их лечение оставляют следы на психической сфере больного, вызывая психические нарушения. Влияние оказывают как реальные, так и надуманные дальнейшие угрозы для больного, развитие различных ограничений в сферах жизни. В дальнейшем достаточно часто возникают грозные рецидивы и осложнения, связанные с нарушениями коронарного и мозгового кровообращения.

Цель исследования. Данное исследование направлено на изучение характеристик воздействия стрессового состояния перенесённых острых нарушений коронарного и мозгового кровообращения на дальнейшее состояние психической сферы больных.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие: а) 168 больных ишемической болезнью сердца в возрасте 55–65 лет, из которых 64 перенесли экстренно проведенное по поводу окклюзии коронарной артерии АКШ, 54 – стентирование коронарных артерий по тому же поводу, 50 – тромболитическую терапию; группу сравнения составили 56 больных с неосложнённой формой ИБС; б) 114 больных ГБ II – III ст. в возрасте 55–65 лет, из которых 59 перенесли ТИА с госпитализацией. Больные ГБ без осложнения в количестве 55 человек составили группу сравнения. Исследование проведено в амбулаторных условиях через 30–45 дней после выписки из больницы. Для обследования применяли клинико-психопатологическое исследование, психодиагностическое с использованием методик: шкала Спилбергера – Ханина для определения личностной и ситуативной тревожности, тест «Диагностика копинг-стратегий Хайма», опросник качества жизни Всемирной организации здравоохранения («WHOQOL – 100»). Результаты обрабатывались статистическими методами с вычислением степени достоверности.

Результаты исследования. После перенесённых острых нарушений коронарного и мозгового

кровообращения и проведения терапии с применением аорто-коронарного шунтирования, стентирования и тромболитической терапии больные находились в состоянии психического стресса, что подтверждалось высокими уровнями реактивной и личностной тревожности. Это обусловлено как острой психической травмой при развитии острых нарушений коронарного и мозгового кровообращения, так и самого процесса терапии. Кроме того, у них выявляются проявления хронического стрессового состояния. Это обусловлено наличием угроз повторных острых нарушений кровообращения и осложнений. Наиболее выраженные стрессовые состояния обнаружены при проведении тромболитической терапии. После терапии острых нарушений коронарного и мозгового кровообращения у пациентов установлено наличие явлений дезадаптации, наиболее выраженных после проведенной тромболитической терапии. Это обусловлено наличием стрессового состояния, необходимостью отказа от привычных копинг-стратегий и освоение новых (адаптивных, компенсаторных) стратегий. Главными факторами развития явлений дезадаптации выступают состояния фрустрации, которые становятся основой для хронического стрессового состояния. Наличие стрессового состояния и явления дезадаптации значительно ухудшают качество жизни после терапии острых нарушений коронарного и мозгового кровообращения и меняют значимость для личности исследуемых сфер жизни. Наличие психических изменений после терапии свидетельствует о необходимости проведения психокоррекции. Приведена ориентировочная необходимая схема психокоррекции с учетом индивидуальных личностных характеристик и проявлений, которая позволяет значительно нивелировать психические изменения.

Дальнейшие исследования должны быть направлены на изучение способов психологической защиты и индивидуализацию методов психокоррекции психического состояния после терапии острых нарушений коронарного и мозгового кровообращения.

Ключевые слова: острое нарушение коронарного кровообращения, острое нарушение мозгового кровообращения, реперфузия, психические изменения, стресс, дезадаптация, качество жизни, психокоррекция.

Прийнято до друку 22.01.2020 р.

ОБГРУНТУВАННЯ, ЗМІСТ І ЕФЕКТИВНІСТЬ СИСТЕМИ ПЕРСОНІФІКОВАНОЇ ПСИХОДІАГНОСТИКИ І РЕАБІЛІТАЦІЇ ЖІНОК З ПСИХОСОЦІАЛЬНОЮ ДЕЗАДАПТАЦІЄЮ ТА ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

Українська медична стоматологічна академія МОЗ України м. Полтава

Спираючись на результати клініко-психопатологічного, психометричного і психодіагностичного обстеження 252 жінок з депресивними розладами (94 особи з психогенною, 83 жінки з ендогенною і 75 пацієнток з органічною депресією), з яких 48 жінок не мали ознак психосоціальної дезадаптації, а у інших 204 встановлені прояви макро-, мезо- і мікросоціальної дезадаптації різної вираженості, обгрунтовано й розроблено систему персоналізованої психодіагностики і реабілітації жінок з психосоціальною дезадаптацією та депресивними розладами. Зазначена система об'єднана спадкоємністю, етіопатогенетичною орієнтованістю і комплексністю заходів, є індивідуально орієнтованою, і у максимальному ступені враховує особливості психосоціальної дезадаптації жінок з ознаками депресивних розладів у різних сферах. Система складається з двох етапів – психодіагностичного і психокорекційного, кожен з яких структурується на діагностичні і корекційні заходи в залежності від сфери, в якій виявлено психосоціальну дезадаптацію, та від ступеню дезадаптації у кожній зі сфер. Структура етапів стандартизована, що робить запропоновану систему придатною до використання на первинному етапі надання медичної допомоги, а зміст заходів індивідуалізований, що забезпечує максимальну адресність і дієвість психокорекційних заходів.

Ключові слова: депресивні розлади, психосоціальна дезадаптація, макросоціальна дезадаптація, мезосоціальна дезадаптація, мікросоціальна дезадаптація, жінки, психодіагностика, психокорекція

Вступ. 21 сторіччя – епоха надмірних стресових перевантажень, особливо що стосується психогенних психосоціальних чинників. Внаслідок цього факту, поширеність психічних розладів афективного регістру є високою та демонструє тенденцію до постійного зростання: за даними епідеміологічної програми Національного інституту психічного здоров'я США, рівень захворювань на афективні розлади складає в популяції 22,9% [1]. Звісно, переважна частка з них акумулюється за рахунок саме депресивних розладів: за даними ВООЗ, депресією страждають близько 300 мільйонів людей в усьому світі. В Україні депресія є найбільш поширеною проблемою серед психічних розладів: українці страждають депресією значно частіше, ніж жителі країн Європейського Союзу [2].

Мета роботи – розробити й визначити ефективність системи персоналізованої психодіагностики і реабілітації жінок з психосоціальною дезадаптацією та депресивними розладами.

Контингент і методи дослідження. На базі Полтавського обласного психоневрологічного диспансеру й Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні імені О. Ф. Мальцева обстежено 252 жінки, хворих на депресію. Згідно з дизайном роботи, у дослідження були включені

94 жінки з депресивним розладом психогенного генезу (F43.21), 83 жінки з ендогенною депресією (F32.0, F32.1, F32.2, F32.3; F33.0, F33.1, F33.2, F33.3; F31.3, F31.4, F31.5) та 75 жінок із депресивним розладом органічного генезу (F06.3).

З метою ідентифікації та виміру вираженості психосоціальної дезадаптації (ПД) та інтенсивності впливу дезадаптивних чинників макро-, мезо- і мікросоціального рівнів, нами була розроблена оригінальна шкала, яка була апробована нами і довела свою валідність й ефективність [3]. Кожна сфера оцінювалася 10 питаннями. Мінімальна можлива оцінка за кожною сферою – 10 балів (максимальна адаптація), максимальна – 50 балів (максимальна дезадаптація). Обстежені жінки за результатами оцінки ступеня ПД з використанням розробленої нами шкали були поділені на дві групи. До першої групи увійшли 48 жінок, у яких показник ПД не перевищував 19 балів, що відповідало відсутності ознак дезадаптації. До другої групи увійшли 204 жінки, у яких принаймні за однією зі шкал були виявлені показники понад 20 балів, що відповідає ознакам дезадаптації. При цьому показник за шкалою в межах 20–29 балів розцінювали як ознаки ПД легкого ступеня, показник у межах 30–39 балів – як ознаки дезадаптації помірного ступеня, показник у 40 і більше балів