

О.П. Романів

АНАЛІЗ СТРУКТУРИ ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ ОСІБ З ПЕРЕНЕСЕНИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА ТА СУЇЦИДАНТІВ

Український науково-дослідний інститут соціальної та судової психіатрії і наркології, м. Київ

Ключові слова: аутоагресія, психопатологія суїциду, інфаркт міокарда, психопатологія інфаркту міокарда, суїцид та інфаркт.

На сьогоднішній день описано чимало варіантів розвитку аутоагресивної налаштованості особистості, починаючи від концепції психосоматичних розладів та випадкових самопошкоджень і закінчуючи реалізованими спробами самогубства. Всі ці сценарії припускають різний рівень усвідомлення саморуйнівної поведінки, різний набір клініко-психопатологічних характеристик та індивідуальне особистісне підґрунтя для своєї реалізації в кожному конкретному випадку.

Метою даного дослідження було виявлення клініко-психопатологічних паралелей між випадками інфаркту міокарда та незавершеними суїцидами. Для виявлення психопатологічної структури цих станів використовувалася Коротка психіатрична оціночна шкала (Brief Psychiatric Rating Scale – BPRS) для уніфікованої кількісної оцінки психопатологічних симптомів і психопатології загалом.

На сьогоднішній день описано чимало варіантів розвитку аутоагресивної налаштованості особистості, починаючи від концепції психосоматичних розладів та випадкових самопошкоджень і закінчуючи реалізованими спробами самогубства. Всі ці сценарії припускають різний рівень усвідомлення саморуйнівної поведінки, різний набір клініко-психопатологічних характеристик та індивідуальне особистісне підґрунтя для своєї реалізації в кожному конкретному випадку. Незважаючи на це, демографічні та соціально-економічні втрати як від самогубств, так і від хвороб та станів, що мають у своїй структурі аутоагресивний компонент, з кожним роком зростають. Саме тому виявлення якісних та кількісних зв'язків між цими станами, на нашу думку, може дати нові принципи відповіді на питання попередження, раннього виявлення та корекції саморуйнівної поведінки.

В ролі захворювання, яке може служити яскравим прикладом поєднання психосоматичного, аутоагресивного та психопатологічного компонентів, було взято інфаркт міокарда. Іншу групу досліджуваних становили суїциданти в найближчий постсуїцидальний період.

Проведено порівняльний аналіз показників Короткої психіатричної оціночної шкали (Psychiatric Rating Scale – BPRS) в групах суїцидантив та хворих на інфаркт міокарда за віковою, статевою структурою та соціальним статусом. Отримані дані дали змогу прослідкувати спільні та відмінні закономірності цих станів та якісно (в психопатологічному розрізі) охарактеризувати специфічні тенденції кожного з них.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проводилося серед двох клінічних груп обстежуваних пацієнтів. В першу групу увійшло 60 осіб, що знаходилися на обстеженні та лікуванні з

приводу незавершеної суїцидальної спроби в найближчий постсуїцидальний період. Іншу групу досліджуваних склали 60 пацієнтів кардіологічних відділень, які перенесли інфаркт міокарда в межах до 30 днів перед дослідженням. Вік пацієнтів першої групи – від 22 до 58 років (в середньому – 31,4 року), другої – від 27 до 64 років (в середньому – 35,1 року). За статевою структурою групу суїцидантив склали 34 (56,7%) жінки, 26 (44,3%) чоловіків. В групі хворих на інфаркт – 29 (48,3%) жінок та 31 (51,7%) чоловік.

Основною метою дослідження було визначення та порівняння наявних психопатологічних симптомів в обстежуваних обох груп.

Для оцінки вираженості психопатологічної симптоматики, якісної та кількісної її характеристики було застосовано Коротку психіатричну оціночну шкалу (BPRS). Шкала містить 18 пунктів, які оцінюють той чи інший тип продуктивної симптоматики за 7-бальною шкалою, від 0 – відсутній до 6 – вкрай гостро виражений симптом. Висока ступінь валідності та широкі можливості до застосування стосовно пацієнтів різного профілю патології служили критеріями вибору даної шкали як інструмента дослідження.

Інтерпретація результатів була проведена двома шляхами. По-перше, 18 оцінок шкали були сумовані для виявлення загальної неспроможності до адаптації. По-друге, шкала дає можливість виділити 5 факторів структури психопатології, а саме: розлади мислення, загальмованість, тривожну депресію, ворожу підозріливість та ажитоване збудження. Їх оцінка допомагає визначити, які психопатологічні характеристики переважають у кожній з досліджуваних груп та визначити психопатологічний профіль кожної з груп.

Факт реалізації захворювання (інфаркт міокарда), як і спроба суїциду, для особистості хворого часто самі по собі викликають психологічні та психопатоло-

гічні реакції (від транзиторних до клінічно виражених проявів психозу, депресії, тривожно-фобічних та інших розладів), що ускладнюють виявлення та кристалізацію продромальних психопатологічних ознак, які передували маніфестації поточного стану. Саме тому з метою мінімізації впливу нозогенних реакцій на результати дослідження з нього були виключені особи, у яких ретроспективні показники BPRS (формулювання запитань шкали в минулому часі, що безпосередньо передували інфаркту або суїциду) суттєво відрізнялися від клінічної картини та даних опитування на момент обстеження.

Результати та їх обговорення

В обох досліджуваних групах відмічається наявність психопатологічних порушень високого ступеня вираженості (BPRS ≥ 60). Так, у групі хворих на інфаркт цей показник становить 61,6% (37 пацієнтів), а в групі суїцидантів – 71,7% (43 пацієнти), що свідчить про клінічно виражені ознаки психічних порушень в обох випадках. При цьому середній бал для першої групи – 71 (± 34), для другої – 79 (± 26) (табл. 1).

Таблиця 1. Рівень психопатологічних порушень в обох групах (BPRS)

| Рівень порушень, бали | Хворі з інфарктом міокарда | | Суїциданти | |
|-----------------------|----------------------------|------|------------|------|
| | Абс. | % | Абс. | % |
| Низький (<40) | 4 | 6,7 | 3 | 5 |
| Середній (40–60) | 19 | 31,7 | 14 | 23,3 |
| Високий (≥ 60) | 37 | 61,6 | 43 | 71,7 |

Проте структура факторів, що формують таку картину відрізняється в кожній групі. Для хворих на інфаркт міокарда характерним є переважання симптомів збудження-напруження (пункти шкали 6, 7, 17) у 54% опитаних та тривожної депресії (пункти 1, 2, 5, 9) – у 19% (рис. 1).

Водночас у групі суїцидантів переважають прояви тривожної депресії (у 35% обстежених), апатії-загальмованості (22%) та порушень мислення (19%) (рис. 2).

Переважавав середній та високий рівень вираженості даних порушень.



Рис. 1. Фактори психопатологічних порушень у групі хворих на інфаркт міокарда (BPRS)

Значна частина хворих на інфаркт міокарда відмітила, що високий рівень напруженості протягом тривалого часу перед захворюванням викликав дискомфорт, відчуття виснаженості та безнадії, пригніченого настрою. Незважаючи на це, напруженість та збудженість розцінювалися як необхідна умова реалізації високих соціальних та трудових вимог до себе, що створювало умови персистуючого дистресу протягом тривалого часу. Симптоми тривожної депресії в цьому випадку значною мірою визначалися ставленням до соматичного стану здоров'я.

В групі суїцидантів відмічалися інші тенденції, зокрема часті скарги на відчуття безнадії, апатії, рутинності та безперспективності власного існування, що супроводжувалися відносно низькою стурбованістю власним соматичним станом та ідеаторними порушеннями, амбівалентністю, ворожістю.

Вікові показники різних груп обстежуваних також мають свої особливості (табл. 2).

Таблиця 2. Вікова структура рівня психопатологічних порушень (BPRS)

| Вік, роки | Виразеність порушень – інфаркт міокарда | Виразеність порушень – суїцид |
|-----------|---|-------------------------------|
| 18–30 | 29 балів (низький) | 73 бали (високий) |
| 30–45 | 84 бали (високий) | 95 балів (високий) |
| Старше 45 | 102 бали (високий) | 35 балів (помірний) |

Простежується низький рівень порушень у осіб молодого віку (до 30 років) в групі хворих на інфаркт міокарда та відносно високий рівень порушень у підгрупі хворих старше 45 років. Можливо, така тенденція пов'язана з вищими компенсаторними можливостями молодих пацієнтів та значно меншим рівнем суб'єктивної оцінки свого стану як фатального для власної особистості. У пацієнтів старшого віку переважають тривожно-депресивні симптоми високого ступеня вираженості (середня сумарна оцінка за факторами депресії – $6,5 \pm 0,5$ бала) порівняно із симптомами збудження-напруження ($3,2 \pm 1$ бал). При цьому також більш вираженими стають ознаки ворожості та підозрливості таких пацієнтів ($4,2 \pm 0,6$ бала) порівняно з пацієнтами молодшого віку ($2,5 \pm 0,5$ бала).



Рис. 2. Фактори психопатологічних порушень у групі суїцидантів (BPRS)

Що стосується групи суїцидантів, тут виявляються несприятливі показники в підгрупі молодого віку (до 30 років) через високий рівень порушень. У цій віковій категорії суїцидантів рівень ажитованої депресії та параноїдних порушень є найвищим – 5,9 ($\pm 0,9$) та 6,1 ($\pm 0,5$) бала відповідно. Така структура психопатології цих пацієнтів відображає небезпечну тенденцію молодих пацієнтів до соціальної ізоляції та високий ризик повторної спроби самогубства. Водночас помірний рівень порушень у пацієнтів старшого віку (>40 років) може свідчити про нижчий рівень мотиваційного компоненту стосовно повторних суїцидальних спроб.

Особи середнього віку демонструють високий рівень психопатологічних порушень в обох групах досліджуваних.

Щодо статевої характеристики порушень, відмічаються такі результати:

- в групі хворих на інфаркт міокарда вираженість психопатологічних порушень у жінок значно нижче, ніж у чоловіків, – відповідно 42(± 11) балів до 78 (± 17) балів, в той час як у групі суїцидантів ці показники є високими як у чоловіків (91 ± 19 балів), так і у жінок (73 ± 14 балів);
- серед жінок першої групи переважали апатія, загальмованість та підозріливість (в середньому – 5,7 $\pm 1,1$ бала), тоді як серед чоловіків більш вираженими були напруженість (5,2 $\pm 0,9$) та тривожна депресія (6,2 $\pm 0,8$ бала);
- чоловіки-суїциданти мали порівняно з жінками більш виражені порушення мислення – 5,1 $\pm 0,9$ та 3,1 $\pm 0,7$ бала відповідно.

Особи, які мають статус працюючих, в групі хворих на інфаркт міокарда демонстрували більш виражені

симптоми напруженості та підозріливості, ніж непрацюючі хворі. У останніх найбільш вираженими були апатія, загальмованість та тривожна депресія (рис. 3).

В групі кардіологічних хворих вищий рівень порушень (76 ± 17 балів) мали працюючі пацієнти, помірний (55 ± 5 балів) – безробітні. Серед суїцидантів простежується зворотні показники, де високий рівень психопатологічних порушень мають безробітні пацієнти (88 ± 19 балів).

В цілому, можна відмітити високу участь афективних (ажитована депресія, збудженість-напруженість) факторів у психопатологічному профілі обох груп досліджуваних. Ці параметри були вираженими у 73,3% групи хворих на інфаркт міокарда та у 46% суїцидантів.

Висновки

Одним із найважливіших та клінічно значущих параметрів опису саморуйнівної поведінки є психопатологічний. Через свою універсальність він дає можливість описати психічний стан як хворих на інфаркт міокарда, так і суїцидантів, таким чином виявляючи клінічну подібність цих станів та специфічні ознаки їх ролі в аутоагресивній налаштованості особистості.

Виявлена висока ступінь участі у психопатологічній картині обох груп обстежених таких факторів, як ажитована депресія, збудженість-напруженість та апатія.

Відмінності у віковій та статевій структурі симптомів у кожній із груп вказують на необхідність розставлення акцентів для попередження, терапевтичних інтервенцій та психопрофілактики саморуйнівної поведінки. Зокрема високий рівень психопатологічних порушень у суїцидантів молодого віку та хворих на інфаркт міокарда старше 45 років потребують особливої уваги для попередження наступних епізодів аутоагресії.

Потребують подальшої уваги та розширення осей дослідження різні соціально-демографічні групи кардіологічних хворих та суїцидантів.

Література

1. Булдакова Н.Г. Психофармакотерапія в кардіології / Н.Г. Булдакова // РМЖ. – 2006. – Т. 14, №10. – С. 39–40.
2. Васюк А.Ю. Депресія, тривога і інфаркт міокарда: все тільки починається (Частина 1) / А.Ю. Васюк, А.В. Лебедев // Рац. фармакотерапія в кардіології. – 2007. – №3. – С. 41–51.
3. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробіжев М.Ю., Иванов С.В. Психокордіологія. – М., 2005. – 778 с.
4. Позднова Г.В. Психоемоціональні розлади при серцево-судинних захворюваннях: терапевтичні аспекти // Consilium medicum. – 2006. – Т. 8, №5. – С. 54–57.
5. Александровский Ю.А. Предболезненные состояния и пограничные психические расстройства. – М.: Литерра, 2010. – 272 с.
6. Сухинин А.В., Яковлева О.А. Суїцидальне поведіння і його соціально-психологічний аналіз // Вестник Волгоградського гос. ун-та. Серія 5: Юриспруденція. – 2012. – №1. – С. 148–154.
7. Юрьова Л.Н. Клиническая суїцидологія. – Днепропетровск: Пороги, 2006. – 470 с.
8. Чабан О.С., Хаустова О.О. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування): посібник. – К.: ТОВ «ДСГ Лтд», 2004. – 96 с.
9. Suicide in Psychiatric disorders / R. Tatarelli, M. Pompili, P. Girardi. – Nova Science Publishers, Inc, 2007.

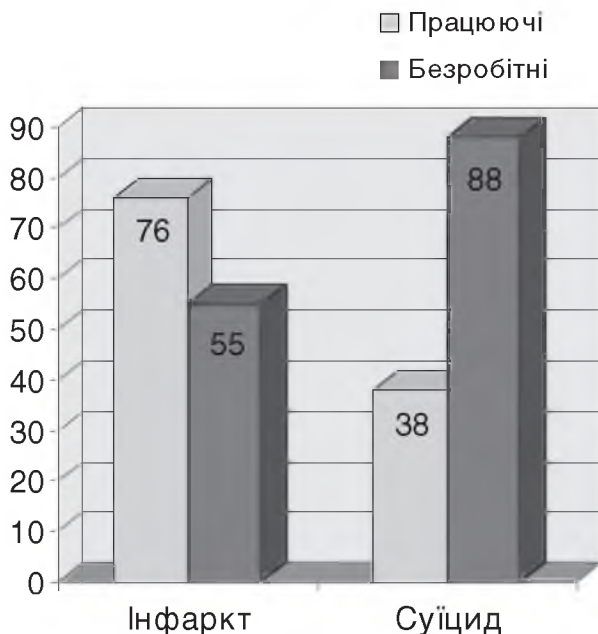


Рис. 3. Рівень вираженості психопатологічних порушень серед працюючих та безробітних (BPRS)