

ОСОБЛИВОСТІ СПРИЙНЯТТЯ ТА КОПІНГУ НОЗОГЕННОГО СТРЕСУ В ОСІБ ІЗ ІПОХОНДРИЧНИМИ СИМПТОМАМИ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНИХ СУДИННИХ КАТАСТРОФ

Запорізький державний медичний університет

Установлено механізми копіngu нозогенного стресу у пацієнтів із різними варіантами іпохондричної симптоматики, що перенесли інфаркт міокарда, тромбоемболію легеневої артерії та інші кардіоваскулярні катастрофи. За результатами дослідження визначено копіng-стратегії, що притаманні особам із «первинним» та «вторинним» варіантами іпохондричної симптоматики. При їх порівнянні показано розбіжності, що стосуються ряду патернів.

Ключові слова: кардіоваскулярні катастрофи, іпохондрична симптоматика, копіng-стратегії, патерни копіngu.

Кардіоваскулярна патологія є однією з найпоширеніших медичних проблем, до розв'язання якої залучено колосальні ресурси галузі охорони здоров'я. Світовий досвід дослідження хвороб серця та судин сприяв виділенню специфічного феномену за назвою «кардіоваскулярна катастрофа», яким позначено раптову екзацербацию захворювань із розгортанням стану, що загрожує життю людини [1]. До них відносять інфаркт міокарда, тромбоемболію легеневої артерії та низку аналогічних за генезом та ступенем загрози станів [2, 3].

Останніми десятиліттями завдяки розвитку спеціалізованих медичних втручань у світі сформувався тренд до значного зниження летальності у зв'язку з першою кардіоваскулярною катастрофою. Тим не менш серед наслідків станів цього типу є такі, що значною мірою знижують рівень соціального функціонування та якості життя людини. Мова йде не лише про соматичні порушення та функціональні обмеження, але й насамперед про психологічні наслідки, а саме — перебування у стані загрози життю, зіткнення з фактом наявності тяжкого та неконтрольованого захворювання, індукція страху з боку представників медицини (що реалізується з метою формування у хворого навичок контролю за власним станом та прогресуванням захворювання), реакція соціального оточення особи, обмеження працездатності та отримання статусу інваліда [4, 5]. Усі ці фактори у великій кількості випадків призводять до формування іпохондричних ідей, що культивуються як процедурою медичного спостереження за хворим, так і його соціальним оточенням [6]. Але саме іпохондричні симптоми найбільшою мірою обмежують соціальне функціонування та якість життя хворого, спричиняючи переживання щодо власного стану здоров'я та нозогенний

(пов'язаний із проявами захворювання, реальними та уявними) стрес [7–9].

Мета цього дослідження — встановити копіng-стратегії, що притаманні особам із первинним та вторинним варіантами іпохондричної симптоматики; визначити спільні та відмінні патерни копіngu.

На базисі КУ «Обласний медичний центр серцево-судинних захворювань» та КУ «Обласна клінічна психіатрична лікарня» Запорізької облради проведено проспективне дослідження 128 хворих на кардіологічну патологію з досвідом кардіоваскулярних катастроф (інфаркт міокарда або тромбоемболія легеневої артерії), у яких відзначено прояви іпохондричних станів. У контингент дослідження увійшли 100 пацієнтів, серед яких — 61 чоловік та 39 жінок. Середній вік — $57 \pm 3,6$ року. Інтервал часу від першої перенесеної кардіоваскулярної катастрофи становив $03 \pm 0,8$ року. Структура цих станів була такою: інфаркт міокарда зафіксовано у 76 випадків, тромбоемболія легеневої артерії — у 24.

Концептуальний аналіз варіантів існування іпохондричних станів у хворих із досвідом кардіоваскулярних катастроф дав змогу встановити дві групи атрибутів, що властиві двом різним варіантам іпохондричних станів: «первинну» і «вторинну».

Ідентифікацію варіантів кардіовітальних іпохондричних станів було центровано для цих двох груп атрибутів:

1) «первинний» варіант:

— початок прояву іпохондричних уявлень у безпосередньому зв'язку з фізичними симптомами захворювання та у хронологічній відповідності з його проявами або їх існування ще до початку розвитку захворювання із подальшим набуттям клінічної інтенсивності;

— розвиток іпохондричних уявлень без адекватного зовнішнього впливу, на основі власних

Таблиця 1

Опитувальник ідентифікації «первинного» та «вторинного» варіантів кардіовітальних іпохондричних станів у хворих із досвідом кардіоваскулярних катастроф

Питання	«Первинна» іпохондрія	«Вторинна» іпохондрія
Чи було у вас неконтрольоване відчуття тривоги або страху за власний стан здоров'я ще до того, як ви вперше відчули прояви даного захворювання або отримали медичний діагноз?	Позитивна відповідь	Негативна відповідь
На вашу думку, чи пов'язаний страх за стан вашого здоров'я із фізичними проявами захворювання?	Позитивна відповідь	Негативна відповідь
Чи самостійно ви розробили план процедур, пов'язаних зі зниженням ризику щодо стану вашого здоров'я?	Позитивна відповідь	Негативна відповідь
Чи бувають у вас конфлікти з членами родини через їхню надмірну турботу про стан вашого здоров'я?	Негативна відповідь	Позитивна відповідь
Чи забороняють вам члени вашої родини будь-які види активності?	Негативна відповідь	Позитивна відповідь
Чи сприймаєте ви власні побоювання щодо стану власного здоров'я як нормальні?	Позитивна відповідь	Негативна відповідь
Чи приховуєте ви від членів вашої родини будь-які дії, що не є бажаними відносно вашого захворювання (порушення дієти, фізичні або емоційні навантаження)?	Негативна відповідь	Позитивна відповідь
Чи уникаєте ви фізичних навантажень, що відчуваються вами як нормальні, через страх прояву симптомів захворювання?	Позитивна відповідь	Негативна відповідь
Чи змінюєте ви маршрут пересувань залежно від доступності медичної допомоги у його точках?	Позитивна відповідь	Негативна відповідь
Чи завдає вам дискомфорту рівень вашого психічного (емоційного) навантаження через надмірне хвилювання щодо стану свого здоров'я?	Позитивна відповідь	Негативна відповідь

уявлень щодо проявів та ризиків у структурі кардіологічного захворювання;

— егосинтонний характер сприйняття проявів іпохондрії, відсутність достатнього рівня їх критичного осмислення, сприйняття іпохондрії як природного компоненту захворювання;

— аутогенна трансформація поведінки відповідна до фабули іпохондричних розладів (іраціональне уникнення фізичних або емоційних навантажень, необхідність мати постійний доступ до медичної допомоги, агорафобічна аутоізоляція);

2) «вторинний» варіант:

— поява іпохондричних проявів відстрочено по відношенню до кризового стану у структурі захворювання (кардіоваскулярної катастрофи) або незалежно від фактичних проявів захворювання;

— розвиток іпохондричних проявів на основі зовнішнього впливу — ятрогенного (через надлишкову імперативність медичних рекомендацій або рекомендацій у спеціалізованих джерелах), індукованого (через імперативи регуляції поведінки та ракурсу уявлень хворого особами, що його оточують);

— егодистонний характер сприйняття проявів іпохондрії, наявність критичного осмислення, сприйняття іпохондрії як психічної патології;

— зовнішньо-мотивована трансформація поведінки, що сприймається хворим як небажана

(диктується страхом перед наслідками порушення рекомендацій або є умовою, що виходить з імперативів членів сім'ї).

Було розроблено опитувальник, який спрямований на ідентифікацію того чи іншого варіанта кардіовітального іпохондричного стану у хворих із досвідом кардіоваскулярних катастроф (табл. 1).

Згідно з результатами цього етапу дослідження було сформовано клінічні групи: Г1, до якої увійшли 48 осіб із «первинним» варіантом іпохондричного стану (егосинтонний характер проявів, самостійне обмеження активності, відсутність зовнішнього локусу контролю за поведінкою), та Г2, яку становили 52 хворих із «вторинним» варіантом іпохондричного стану (егодистонний характер проявів, зовнішнє обмеження активності, наявність зовнішнього локусу контролю за поведінкою).

Контингент пацієнтів було обстежено з використанням Опитувальника подолання стресу. Процедура інтерпретації отриманих результатів передбачала ранжування балів за кожним із 60 пунктів опитувальника, що відповідають 15 можливим патернам копінгу (по 4 пункти на патерн) від 1 до 4, де «1» — патерн не застосовується; «2» — патерн застосовується дуже обмежено (рідко); «3» — патерн застосовується обмежено (інколи); «4» — патерн застосовується необмежено (часто).

Результати обстеження пацієнтів клінічних груп щодо застосування патернів копінгу за даними Опитувальника подолання стресу

Патерн копінгу	Особи, що використовують патерн (сума балів від 9 до 16)				
	Г1, n = 48		p (χ^2)	Г2, n = 52	
	абс. ч.	%		абс. ч.	%
F1: Позитивне переформулювання й особистісний ріст	5	10,4	0,143	11	21,2
F2: Уявний відхід від проблеми	2	4,2	$\leq 0,001$	31	59,6
F3: Концентрація на емоціях і їх активне вираження	22	45,8	0,115	32	61,5
F4: Використання інструментальної соціальної підтримки	41	85,4	$\leq 0,001$	7	13,5
F5: Активне подолання	2	4,2	0,286	5	9,6
F6: Заперечення	8	16,6	0,216	14	26,9
F7: Звернення до релігії	31	64,6	0,200	27	51,9
F8: Гумор	6	12,5	0,005	19	36,5
F9: Поведінковий відхід від проблеми	41	85,4	$\leq 0,001$	4	7,7
F10: Стимування	5	10,4	$\leq 0,001$	33	63,5
F11: Використання емоційної соціальної підтримки	36	75,0	$\leq 0,001$	9	17,3
F12: Використання заспокійливих засобів	11	22,9	$\leq 0,001$	41	78,8
F13: Прийняття	44	91,7	0,072	41	78,8
F14: «Придушення» конкуруючої діяльності	48	100,0	$\leq 0,001$	12	23,1
F15: Планування	16	46,1	0,191	24	46,2

Кожному з 15 можливих патернів копінгу відповідають чотири пункти опитувальника. Частота використання тих чи інших патернів копінгу визначається сумою прямих значень балів та перебуває у діапазоні від 4 до 16.

Для оцінки частоти використання тих чи інших патернів копінгу та подальшого порівняння копінг-стратегій у групах дослідження було переведено псевдокількісні значення у якісні з пороговим значенням 8 балів. Так, осіб, що набрали у сумі від 4 до 8 балів за конкретним патерном копінгу, було позначено як таких, що не використовують даний патерн, а пацієнтів, які набрали від 9 до 16 балів — як таких, що його застосовують.

Результати обстеження контингенту хворих та розбіжності у групах дослідження подано у табл. 2.

Таким чином, встановлено ряд суттєвих відмінностей між Г1 та Г2 щодо патернів копінгу ($p \leq 0,05$), які використовуються, а саме — статистично достовірні відмінності відзначено між патернами: «Уявний відхід від проблеми», «Використання інструментальної соціальної підтримки», «Гумор», «Поведінковий відхід від проблеми», «Стимування», «Використання емоційної соціальної підтримки», «Використання заспокійливих засобів», «Придушення конкуруючої діяльності».

Так, для пацієнтів Г1 характерна неспроможність використання механізмів відволікання від хворобливих уявлень іпохондричного кола за

допомогою фантазування, медитації тощо. Цей патерн реалізують лише 4,2% осіб групи. Хворі Г1 активно використовують інструментальну соціальну підтримку, 85,4% осіб активно шукають інформацію щодо власного захворювання у соціальних мережах, намагаються отримати максимальну кількість консультацій третіх осіб щодо свого захворювання. Особи цієї групи майже не використовують гумор для знецінення власних переживань (лише 12,5% обстежених). Зміну поведінки, спрямовану на уникання переживань та намагання за рахунок цього знизити рівень стресу, виявлено у 85,4% обстежених. Лише 10,4% пацієнтів намагаються організовано зменшити вплив нозогенного стресу за рахунок відмови від негайних дій та очікування; 75,0% — бажають отримати емоційну підтримку оточення. Самостійно використовують заспокійливі засоби (транквілізатори, фітопрепарати, алкоголь) 22,9% пацієнтів. Усі особи Г1 відмовляються від будь-яких видів активності на користь спроб подолати прояви захворювання та стрес, що їх супроводжує.

Для 59,6% обстежених Г2 характерною є здатність відволікання від іпохондричних уявлень за рахунок розумової діяльності. Пошук інформації про своє захворювання у джерелах, що не мають підтвердженої компетенції, активно використовують тільки 13,5% осіб, те саме стосується прислухання до порад. Уникнути проявів нозогенного стресу за

рахунок унікаючої поведінки намагаються 7,7% пацієнтів. Організований підхід до лікування та утримання від необдуманих дій реалізують 63,5% хворих. Емоційне залучення оточуючих є бажаним лише для 17,3% обстежених осіб групи. Самостійно намагаються впоратися з емоційним стресом за рахунок використання заспокійливих засобів 78,8% осіб. Відмовляються від інших видів діяльності, окрім боротьби з проявами захворювання та нозогенним стресом, 23,1% пацієнтів цієї групи.

Спільним для обстежених обох груп є низький рівень переусвідомлення ситуації та пошук позитивних її аспектів (10,4% у Г1 та 21,2% у Г2). Надмірні емоційні реакції демонструють 45,8 та 61,5% осіб відповідно. Активні кроки для подолання наслідків кардіоваскулярної катастрофи роблять лише 4,2 та 9,6% хворих. Піддають сумніву наявність реального ризику 16,6 та 26,9% обстежених. До релігії (практикують молитви та/або дотримуються ритуалів) звертаються 64,6 та 51,9% осіб. Приймають власний стан за «нову норму існування» 91,7 та 78,8% пацієнтів. Планування шляхів вирішення проблеми здійснюють 46,1 та 46,2% хворих.

Таким чином, дані щодо патернів копіngu, які використовуються особами з «первинним» та «вторинним» варіантами іпохондричного стану, підтверджують відмінності, що полягають в їх розділенні за критеріями егосинтонності/егодистонності переживань, джерела обмеження активності та локусу контролю за поведінкою.

Проведене дослідження патернів копіngu відносно нозогенного стресу в осіб із різними варіантами іпохондричної симптоматики, що перенесли кардіоваскулярні катастрофи, показало таке: при порівнянні копінг-стратегій, що притаманні особам із «первинним» та «вторинним» варіантами іпохондричної симптоматики, встановлено ряд розбіжностей, що стосуються патернів: «Уявний відхід від проблеми», «Використання інструментальної соціальної підтримки», «Гумор», «Поведінковий відхід від проблеми», «Стимування», «Використання емоційної соціальної підтримки», «Використання заспокійливих засобів», «Придушення конкуруючої діяльності».

Установлено спільні для осіб обох груп патернів копіngu: «Концентрація на емоціях і їх активне

вираження», «Звернення до релігії», «Прийняття» та «Планування».

Виявлено, що особливості копінг-стратегій, які використовуються обстеженими, підтверджують відмінності, що полягають у розділенні іпохондричних станів за критеріями егосинтонності/егодистонності переживань, джерел обмеження активності та локусу контролю за поведінкою.

Список літератури

1. *Rozanski A.* Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy / A. Rozanski, J. Blumenthal, J. Kaplan // *Circulation*.— 1999.— № 99.— P. 2192–2217.
2. *Бескова Д. А.* Клинико-психологические особенности ипохондрических развитий у больных с кардиологической и онкологической патологией / Д. А. Бескова, Б. А. Волель // *Психические расстройства в общей медицине*.— 2008.— № 2.— С. 26–34.
3. *Warwick H. M.* Hypochondriasis / H. M. Warwick, P. M. Salkovskis // *Behaviour Research and Therapy*.— 1990.— № 28.— P. 105–117.
4. *Смулевич А. Б.* Соматопсихоз в кардиологической клинике (клинический разбор) / А. Б. Смулевич, Б. А., Волель А. П., Сыркин // *Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия*.— 2008.— № 2.— С. 88–90.
5. *Anxiety and vagal control of heart rate* / L. Watkins, P. Grossman, R. Krishnan, A. Sherwood // *Psychosom. Med.*— 1998.— № 60.— P. 498–502.
6. *Rohani A.* Anxiety and depression symptoms in chest pain patients referred for the exercise stress test / A. Rohani, V. Akbari, F. Zarei // *Heart Views*.— 2011.— № 12.— P. 161–164.
7. *Psychological symptom profiles in patients with chest pain* / C. Tennant, A. Mihailidou, A. Scott [et al.] // *J. Psychosom. Res.*— 1994.— № 38.— P. 365–371.
8. *Warwick H. M.* Behavioural treatment of illness phobia and hypochondriasis. A pilot study of 17 cases / H. M. Warwick, I. M. Marks // *Br. J. of Psychiatry*.— 1988.— № 152.— P. 239–241.
9. *Experimental pain and psychologic status of patients with chest pain with normal coronary arteries or ischemic heart disease* / R. Zachariae, H. Melchiorson, O. Frobert [et al.] // *Am. Heart J.* — 2001.— № 142. P.—63–71.

ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ И КОПИНГА НОЗОГЕННОГО СТРЕССА У ЛИЦ С ИПОХОНДРИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННЫХ СОСУДИСТЫХ КАТАСТРОФ

И. С. ДЕМА

Установлены механизмы копинга нозогенного стресса у пациентов с различными вариантами ипохондрической симптоматики, которые перенесли инфаркт миокарда, тромбоз легочной артерии и другие кардиоваскулярные катастрофы. По результатам исследования определены

копинг-стратегии, присущие лицам с «первичным» и «вторичным» вариантами ипохондрической симптоматики. При их сравнении показаны различия, касающиеся ряда паттернов.

Ключевые слова: кардиоваскулярные катастрофы, ипохондрическая симптоматика, копинг-стратегии, паттерны копинга.

**FEATURES OF PERCEPTION AND COPING OF NOSOGENIC STRESS
IN PERSONS WITH HYPOCHONDRIACAL SYMPTOMS AFTER VASCULAR ACCIDENTS**

I. S. ДОМА

The coping mechanisms of nosogenic stress in patients with various hypochondriacal symptoms, which had myocardial infarction, pulmonary artery thromboembolism and other cardiovascular accidents, have been established. According to the findings, there were determined the coping strategies inherent in the persons with "primary" and "secondary" variants of hypochondriacal symptoms. When compared, the discrepancies in the series patterns were shown.

Key words: cardiovascular accidents, hypochondriacal symptoms, coping strategies, coping patterns.

Надійшла 04.02.2019