

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ

ԱԿԱԴԵՄԻԿՈՍ Ս.Ք.ԱՎԴԱԼԲԵԿՅԱՆԻ ԱՆՎԱՆ
ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ԱԶԳԱՅԻՆ ԻՆՍՏԻՏՈՒՏ

14.00.07.

C - 289

ՄԵԿՈՅԱՆ ԻՐԵՆԱ ԷԴՈՒԱՐԴԻ

ԱՆՁԻ ՊՐՈՖԻԼԸ, ԱՖԵԿՏԻՎ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐԸ
ԵՎ ԿՅԱՆՔԻ ՈՐԱԿԸ ՄԻՐՏ - ԱՆՈԹԱՅԻՆ
ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԺԱՍՏԱՆԱԿ

ԺԳ. 00.07 – Նյարդաբանություն, հոգեբուժություն և քննաբանություն
մասնագիտությամբ բժշկական գիտությունների քեկնածուի
գիտական աստիճանի հայցման ատենախոսության

ՄԵՂՍԱԳԻՐ

ԵՐԵՎԱՆ - 2004



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ АРМЕНИЯ

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
им. академика С.Х.АВДАЛБЕКЯНА

СЕКОЯН ИРЕНА ЭДУАРДОВНА

ПРОФИЛЬ ЛИЧНОСТИ, АФФЕКТИВНЫЕ
РАССТРОЙСТВА И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПРИ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук по специальности
14.00.07 – Неврология, психиатрия и наркология

ЕРЕВАН - 2004

Ատենախոսության բեման հաստատվել է Երևանի Մ.Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի ԳՀԿ գիտակորոդիանացիոն խորհրդի նիստում

Գիտական ղեկավար՝ *բժշկական գիտությունների դոկտոր, պրոֆեսոր Կ. Գ. Դանիելյան*

Պաշտոնական ընդդիմախոսներ՝ *բժշկական գիտությունների դոկտոր, պրոֆեսոր Մ.Ա. Մելիք-Փաշայան*
բժշկական գիտությունների դոկտոր, պրոֆեսոր Մ.Հ. Մուրիսյան

Առաջատար կազմակերպություն՝ *Վրաստանի Հանրապետության ԱՆ Մ.Մ. Ասատիանու անվան Հոգեբուժության ԳՀԻ*

Պաշտպանությունը կայանալու է 23, XII 2004թ. ժամը 14⁰⁰ ՀՀ ԱՆ ակադեմիկոս Մ.Բ. Ավդալբեկյանի անվ. Առողջապահության ազգային ինստիտուտին կից 028 մասնագիտական խորհրդի նիստում, հասցեն՝ 375051, ՀՀ, Երևան, Կոմիտասի պող. 49/4:

Ատենախոսությանը կարելի է ծանոթանալ ինստիտուտի գրադարանում: Սեղմագիրը առաքված է 17, XI 2004թ.

Մասնագիտական խորհրդի գիտական քարտուղար՝ *բժշկական գիտությունների դոկտոր, պրոֆեսոր Մ. Վ. Գրիգորյան*

*

Тема диссертации утверждена на заседании научно-координационного совета НИЦ Ереванского государственного медицинского университета им. М. Гераци

Научный руководитель: *доктор медицинских наук, профессор К.Г. Даниелян*

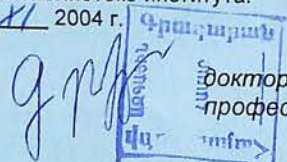
Официальные оппоненты: *доктор медицинских наук, профессор М.А. Мелик-Пашаян*
доктор медицинских наук, профессор С.Г. Сукиасян

Ведущая организация: *НИИ Психиатрии им. М.М. Асатиани МЗ Республики Грузия*

Защита диссертации состоится 23, XII 2004г. в 14⁰⁰ на заседании специализированного совета 028 при Национальном институте здравоохранения им. академика С.Х.Авдалбекяна МЗ РА по адресу: 375051, Ереван, пр. Комитаса 49/4. С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке института.

Автореферат разослан 17, XI 2004 г.

Ученый секретарь специализированного совета՝ *доктор медицинских наук, профессор С.В. Григорян*



4432-2004

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. Принципы и критерии доказательной медицины, как и неуклонно нарастающая тенденция к глобализации междисциплинарного подхода, характеризующие современную стратегию развития клинической медицины, обеспечили существенный прорыв в изучении ряда кардинальных проблем психосоматических взаимоотношений при патологии сердечно-сосудистой системы [M.Charlson & al., 2003; F.Lesperance & al., 2003; E.Soderman & al., 2003; P.Г.Оганов и соавт.,2004; Г.И.Назаренко и соавт., 2004].

Анализ результатов многоцентровых исследовательских программ свидетельствует, что депрессия и тревожно-депрессивные расстройства отмечаются у 20–70% больных ИБС [M.Whooley & al., 2002; M.Horsten & al., 2002; F.Lesperance & al., 2003] с весьма угрожающей положительной корреляцией частоты депрессии с развитием инфаркта миокарда (ИМ) [C.Lauzon & al., 2003; D.Sheps & al., 2002]. Изучение частоты депрессии при ИБС показало, что пациенты, перенесшие ИМ, ассоциированный с депрессией, подвергнуты более высокому риску внезапной сердечной смерти [B.Brummert & al., 2003].

Депрессия рассматривается в качестве дополнительного фактора риска ИБС, критерия прогнозирования ее течения, предиктора развития повторных ИМ [A.Grippe & al., 2002; Y.Droy, 2003; E.Soderman & al., 2003], одного из доминирующих факторов неблагоприятного течения реперфузионного периода после перенесенной операции АКШ [J.Blumenthal & al., 2003; M.Burg & al., 2003]. Наличие личностного (коронарного) типа А у больных ИБС расценивается как поведенческий фактор риска, усугубляющий течение заболевания [Y.Gidron & al., 2002; K.Raikkonen & al., 2002]. Акцентируется взаимосвязь между депрессией и снижением качества жизни больных ИБС [K.Melsop & al., 2002; J.Ramsfeld & al., 2003; B.Ruo & al., 2003; M.Claesson & al., 2003; А.Б.Смудевич, 2003].

Итоги “Всемирной декады мозга” [L.Volton, 1998] свидетельствуют, что для сосудистой деменции (СД) характерно сочетание когнитивных и аффективных расстройств, при этом особенно подчеркивается коморбидность деменции и депрессии в качестве атрибутивного фактора прогрессирования социальной дезадаптации и дезинтеграции пациентов [I.Schweitzer & al., 2002; J.Kim & al., 2003].

Депрессия рассматривается в качестве продромы и проявления манифестации деменции, вторичной реакции на когнитивные расстройства, фактора риска развития деменции [A. Jorm, 2000; E.Linka & al., 2000; B.Schneider & al.,2002; P.Naarding & al.,2003]. Предлагается расценивать депрессию в качестве закономерного последствия инсульта, наблюдаемого как в острой стадии заболевания, так и в течение последующих 2-3 лет, что послужило основанием для выделения самостоятельной проблемы, обозначенной как «*poststroke depression*» [M.Dennis & al., 2000; A.Berg & al., 2004].

Целью работы являлось сравнительное изучение личностного профиля, аффективных расстройств и оценка уровня качества жизни при ишемической болезни сердца и сосудистой деменции.

В соответствии со сформулированной целью определен следующий круг задач:

- путем психометрического изучения характера распределения личностных типов, алекситимии, многофакторного исследования особенностей личности и актуального психического состояния, интегрально охарактеризовать особенности личностного профиля больных ИБС;

- исследовать при ИБС степень ассоциированности аффективных расстройств и крайних личностных типов, частоту и характер коморбидности депрессии и ИБС, уровень личностной и реактивной тревоги, структуру соматического и психического компонентов тревожности, степень выраженности агрессивных и враждебных реакций, отягощающих психосоматическую картину заболевания;

- проанализировать у больных сосудистой деменцией с очень умеренным и умеренным уровнями познавательного ухудшения (легкая стадия когнитивных расстройств) результаты многофакторного изучения особенностей личности, с характеристикой распределения личностных типов, алекситимии и частоты их конвергенции;

- исследовать у пациентов частоту клинических проявлений депрессии как вторичной реакции на когнитивные нарушения, продромы и проявления манифестации деменции, степень комплементарности депрессивно-тревожных расстройств и когнитивной дисфункции как бинарного фактора риска усугубления течения сосудистой деменции и предиктора ухудшения прогноза заболевания;

- оценить уровень качества жизни (КЖ) больных ИБС и сосудистой деменцией с анализом показателей физического и психического компонентов здоровья, характеристикой их изменений, детерминированных особенностями проявлений психосоматической патологии, усугубленной доминированием депрессии, повышенным уровнем тревоги и психосоциальной дезадаптацией.

Научная новизна полученных данных:

- представлена характеристика распределения больных ИБС по личностным типам, свидетельствующая о превалировании крайних личностных типов, доминирующим среди которых является личностный тип А, рассматриваемый в качестве поведенческого фактора риска развития ИБС и сочетающийся с алекситимией - неспецифическим фактором риска при психосоматической патологии;

- изучение структуры типологического распределения больных позволило выявить, что личностный тип А почти равномерно представлен у лиц мужского и женского пола, чаще встречаясь у пациентов, перенесших в прошлом ИМ и подвергшихся операции АКШ, чем у больных со стенокардией напряжения I-II ФК;

- на основании данных многофакторной психометрии охарактеризованы особенности профиля личности больных ИБС личностных типов А и В, с выделением наиболее значимых отклонений по показателям, отражающим наличие и характер аффективных расстройств, с анализом частоты распределения синдромов тревожной, ипохондрической и апатической депрессии;

- путем параллельного психотестирования впервые выявлено, что у больных ИБС с личностным типом А депрессия обнаруживается в значительно большем проценте случаев, чем с типом В, что является доказательством высокой степени ассоциированности депрессии с «коронарным типом личности» и признания депрессии в качестве одного из наиболее соматизированных аффективных расстройств при ИБС;

- впервые дана сравнительная психометрическая характеристика повышенного уровня личностной и реактивной тревоги у больных ИБС крайних личностных типов, проанализированы причины неоднозначного изменения соматического и психического компонентов формирования повышенной тревоги и тревожно-депрессивных расстройств, агрессивных и враждебных реакций у пациентов, перенесших в прошлом ИМ, АКШ и у больных со ССН I-II ФК;

- представлены данные по интегральной оценке уровня КЖ больных ИБС личностного типа А с психометрической градацией (по HRQOL SF-36) роли изменений различных показателей физического и психического компонентов здоровья в снижении КЖ больных, выявлены и проанализированы психосоматические причины и особенности неоднозначного изменения составляющих КЖ у пациентов, перенесших ИМ, АКШ и больных со ССН I-II ФК.

- выявлено, что для СД характерно относительно равномерное распределение личностных типов, с некоторым превалированием промежуточного личностного типа АВ; в более половины случаев установлен алекситимический тип личности. Среди аффективных расстройств доминируют тревога и депрессия, по данным синдромологического анализа - апатическая и тревожная депрессии.

- установлена высокая степень комплементарности депрессии и деменции, подтверждаемая выявлением депрессии у более половины больных с проявлениями легкой стадии когнитивных расстройств, сочетающихся с повышенным уровнем личностной и, в меньшей мере, реактивной тревоги и алекситимией, характеризующейся особенностями со стороны когнитивно-аффективной сферы пациентов.

- у преобладающего большинства больных СД повышенный уровень тревоги обеспечивается за счет его соматического компонента, в меньшей степени обнаружен почти сбалансированный рост уровня обоих компонентов. Выявлено, что тревожно-депрессивные расстройства сочетаются с повышенным уровнем физической, косвенной и вербальной агрессии, раздражения и подозрительности.

- результаты оценки уровня качества жизни больных СД по HRQOL SF-36 указывают на снижении показателей физического компонента здоровья, связанного с наличием ограничений в повседневной физической деятельности. Психический компонент страдает за счет наличия тревожно-депрессивных расстройств, создающих у больного проблемы, связанные с ограничением социальной активности пациента.

Практическая значимость. Прикладное значение полученных результатов определяется следующими возможными путями их выхода в клиническую практику:

- в плане признания необходимости включения поведенческого типа А в реестр факторов риска ИБС в качестве дополнительного фактора, что позволит пересмотреть и внести новые элементы в тактику разноуровневой профилактики, лечения и реабилитации больных с коронарогенными поражениями миокарда;
- в аспекте психологической реадaptации и обучения больных ИБС с использованием обучающих программ, направленных на создание устойчивой мотивации к изменению образа жизни и преодолению сложившихся патогенных стереотипов поведения, формированию адекватных и устойчивых установок, способствующих повышению качества жизни пациентов;
- с позиций рассматривания депрессии и тревожно-депрессивного синдрома в качестве самостоятельного фактора риска и дополнительного патогенетического звена дистресса, отягощающего клиническое течение кардиоваскулярных заболеваний, с разработкой избирательных подходов к психотерапевтической и психофармакологической коррекции указанных аффективных расстройств у пациентов с различными формами ИБС и СД.

Апробация работы. Результаты проведенных исследований доложены на I Международной конференции «Современные аспекты реабилитации в медицине» (Ереван, 2003), Отчетной научной сессии НИИКиФМ МЗ РА (Ереван, 2003), IV Конгрессе кардиологов Армении (Ереван, 2003), II Научно-практической конференции ассоциации терапевтов-интернистов РА (Ереван, 2003), Международном симпозиуме «Актуальные вопросы немедикаментозной превенции, терапии и реабилитации» (Нуниси, Грузия, 2004), III Национальном научно-медицинском конгрессе «Здоровье и человек» (Ереван, 2004), заседании Научно-координационного совета НИЦ ЕрМГУ им. М.Гераци (Ереван, 2004), Первом Международном конгрессе «Восстановительная медицина и реабилитация 2004», (Москва, 2004).

Публикации: по материалам диссертации опубликовано 7 работ.

Структура и объем работы: диссертация состоит из введения, обзора литературы, материала и методов исследования, результатов собственных исследований и их обсуждения, заключения, выводов и списка использованной литературы. Диссертация изложена на 144 стр. компьютерного набора, включая иллюстративный материал в виде 78 рисунков, литературный указатель содержит 278 источников.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Клиническая характеристика больных ИБС. Исследования проведены на больных ИБС и СД, прошедших курс восстановительной терапии в реабилитационном центре НИИ курортологии и физической медицины МЗ РА. Обследованию подверглись 163 больных ИБС, среди которых преобладали мужчины (75%). В соответствии с возрастом, больные были распределены: 30-45 лет (17%), 46-60 (41%), 61-75 (42%).

По давности заболевания распределение больных носило следующий характер: 1-6 мес. (6%), 6-12 мес. (29%), свыше 1 года (65%). Среди пациентов, перенесших АКШ, в 32% случаев обследование было проведено в первые 6 мес., а у остальных - спустя 6 мес. после реваскуляризации миокарда. При характеристике клинической формы ИБС преобладали МКБ-10.

Больные ИБС были распределены следующим образом: хроническая ИБС, стенокардия напряжения (СН) I-II ФК - 67, перенесенный в прошлом ИМ - 59, состояние после АКШ - 37. Исследования проведены в следующих группах: I- практически здоровые лица (контроль), II- пациенты терапевтического профиля без клинических признаков кардиоваскулярной патологии (контроль), III- больные со СН, IV- больные, перенесшие в прошлом ИМ, V- пациенты, подвергшиеся операции АКШ.

Клиническая характеристика больных сосудистой деменцией. Обследованию подверглись 112 больных СД, среди которых преобладали мужчины (60%). В соответствии с возрастом больные были распределены следующим образом: 30-45 лет (7%), 46-60 (43%), 61-75 (50%), по давности заболевания: 1-6 мес. (16%), 6-12 мес. (27%), свыше 1 года (57%). По основной причине развития заболевания больные СД были распределены: хроническая сосудистая мозговая недостаточность (27%); транзиторные ишемические атаки (12%), перенесенный ишемический инсульт (61%). При постановке диагноза СД придерживались Классификации сосудистых поражений головного и спинного мозга в соответствии с МКБ-10 и "DSMTM-IV Classification With ICD-10 Codes".

Методы исследования. Обследование больных ИБС, наряду с общепринятыми клинико-лабораторными и функциональными методами исследования, включало в себя ЭКГ- и ЭХО-кардиографию, проведение круглосуточного холтеровского мониторирования и функциональных проб. Верификация СД основывалась на данных неврологического обследования больных, данных доплерографии, в ряде случаев КТ, МРТ, анализа результатов исследований с применением ишемической шкалы Хачинского, шкалы глобального ухудшения CDS и опросника MMSE. В соответствии с целью и задачами работы, основным методом исследования являлся психодиагностический, включающий в себя использование современных стандартизированных подходов количественной психометрии.

Психодиагностические методы включили в себя:

- Jenkins Activity Survey - для исследования типа (А, АВ, В) личности больных [D.Jenkins & al., 1957; А.А.Реан, 1999];
- Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) - Миннесотский многофакторный личностный опросник в виде теста Mini-Mult «СМОЛ» [В.П.Зайцев, 1981; J.Duckworth & al., 1994];
- Торонтская шкала алекситимии - для выявления алекситимического типа личности [Д.Я.Райгородский, 2000, 2003];
- Spielberger Anxiety Questionnaire - для выявления уровня личностной и реактивной тревоги [Ch.Spielberger, 1972; А.А.Карелин, 2001];
- Max Hamilton Anxiety Rating Scale - для определения соматического и психического компонентов тревоги [M.Hamilton, 1967; П.И.Сидоров и соавт., 2000];
- Zung Depression Inventory - для выявления депрессии [W.Zung & al., 1965; Д.Я.Райгородский, 2000];
- Beck Depression Inventory - для выявления депрессии [A.Beck, 1972; Дж.Тодд, А.К.Богарт, 2001];
- Тестовый опросник А.Вусс & А.Дуркей - для определения уровня враждебности и агрессии [А.А.Реан, 1999; А.А.Карелин, 2001];
- Nachinski Ischemic Scale - для характеристики нейропсихологических нарушений у пациентов с сосудистой деменцией [V.Nachinski & al., 1975];
- Шкала глобального ухудшения (CDS) - для оценки уровня познавательной функции [L.Rowald, 1995; Г.Каплан, Б.Сэдок, 1998];
- Mini Mental State Examination (MMSE) - краткая шкала оценки психического статуса больного [M.Folstein & al., 1975];
- Geriatric Depression Scale (GDS) - гериатрическая шкала депрессии;
- Health-Related Quality of Life (HRQOL SF-36) - стандартизированный опросник, используемый для определения качества жизни у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы [J.Ware, 2002].

Статистический анализ проводился при помощи программы SPSS. Степень достоверности изменений оценивали, используя *t*-критерий Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

1. ЛИЧНОСТНЫЙ ПРОФИЛЬ И АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

1. Характеристика личностных типов при ИБС

Распределение личностных типов по Jenkins. Согласно существующим представлениям ядром понятия «личностный тип А» и паттерном «поведенческого типа А» является сильно выраженное стремление к первенству, социальному превосходству, восприятие жизни как арены конкурентной борьбы, постоянно актуальное желание неизменно быть первым, лучшим во всем, чем занимается личность.

Результаты психотестирования 163 больных ИБС по Jenkins Activity Survey, свидетельствуют (рис.1), что среди обследованных больных более распространенными являются крайние личностные типы А – 52% (<335 баллов) и В – 38% (>460 баллов), составляющие в общей сложности 90% всего контингента и лишь оставшаяся доля приходится на промежуточный личностный тип АВ (336-459 баллов). Доминирующим является личностный тип А, «коронарный тип личности», несколько преобладающий среди пациентов, перенесших ИМ и операцию АКШ, чем у больных СН. Существенно, что для личностного типа А характерны предрасположенность к развитию окклюзирующих поражений коронарных артерий, повышенный уровень атерогенных липидов в крови, высокий коагуляционный потенциал системы гемостаза и гиперактивность адренергической системы [A.Steptoe, 1981; R.S.Surwi & al., 1982; А.А.Скоромец и соавт., 2003].

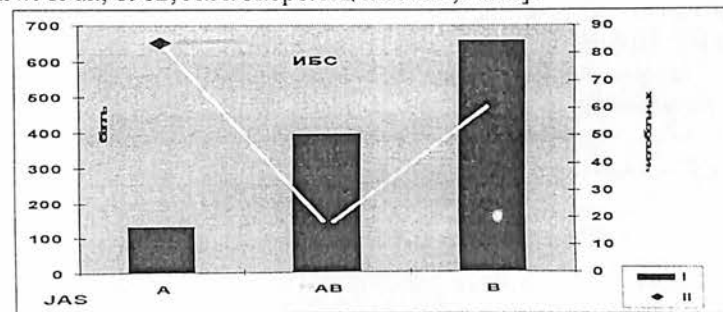


Рис.1 Распределение обследованных больных ИБС по личностным типам А, АВ, В, согласно данным опросника Jenkins Activity Survey (JAS)

Алекситимический тип личности. Бивалентное понятие «алекситимия» включает в себя сниженную способность или затрудненность в вербализации эмоциональных состояний, являясь одновременно характеристикой психосоматической структуры личности [Д.Я.Райгородский, 2003]. Учитывая, что среди обследованных больных ИБС промежуточный АВ тип был выявлен лишь в небольшом проценте случаев, изучение алекситимии,

как и других характеристик проводились у пациентов крайних личностных типов А и В. Анализ результатов тестирования по Торонтской шкале алекситимии свидетельствует, что у обследованных больных ИБС с типом А в 79% случаев выявлен алекситимический тип личности. Количественные показатели психометрии по TAS, составляя у лиц контрольных групп $54,8 \pm 5,3$ и $56,5 \pm 4,2$ баллов соответственно, достигают у пациентов с алекситимией $85,9 \pm 5,7$ баллов ($p < 0,02$). рис.2

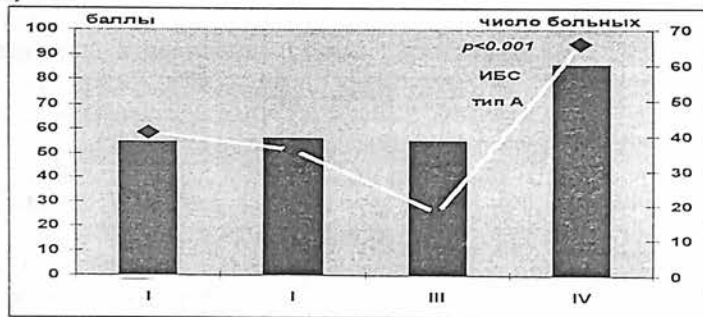


Рис.2 Данные психотестирования по Торонтской шкале алекситимии (TAS) больных ИБС личностного типа А и лиц контрольных групп. Обозначения: I-II- контроль, III- пациенты без алекситимии IV- с алекситимией

Многофакторный анализ профиля личности. Анализ результатов психотестирования по ММРІ показал, что у больных ИБС, вне зависимости от личностного типа, по всем шкалам опросника обнаруживается существенное отклонение от показателей, выявленных у лиц контрольной группы (рис.3). Одновременно по отдельным шкалам ММРІ установлены количественные различия у больных ИБС крайних личностных типов, хотя при интегральной оценке, у пациентов типа А совокупная психометрическая картина характеризуется по сравнению с контролем большей степенью трансформации. Анализ данных психометрии по ММРІ выявил у пациентов синдромы тревожной (34%), ипохондрической (27%) и апатической (20%) депрессии.

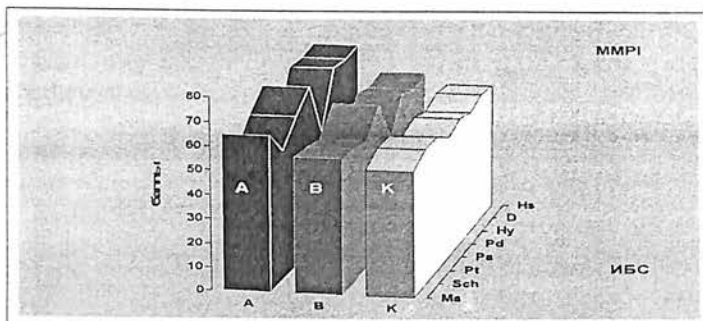


Рис.3. Сравнительная оценка результатов психотестирования больных ИБС крайних личностных типов с помощью многофакторного опросника личности ММРІ. Обозначения: А и В- личностные типы, К- контрольная группа.

2. Особенности аффективных расстройств при ИБС

Депрессия. Актуальность проблемы коморбидности ИБС и депрессии, определила мотивацию направления исследований по выявлению частоты депрессии у больных ИБС крайних личностных типов. Согласно данным исследования по Beck Depression Inventory, из 84 больных ИБС личностного типа А депрессия обнаруживается в 85% случаев. В несколько большем проценте случаев депрессия выявлена у пациентов, перенесших в прошлом ИМ (91%) и АКШ (85%), чем у больных со ССН (81%). В количественном выражении величина исследуемого психометрического показателя, составляя у лиц контрольных групп, соответственно $10,6 \pm 1,9$ и $15,1 \pm 2,2$ баллов, достигает у больных СН $29,4 \pm 3,6$ ($p < 0,002$), у пациентов, перенесших ИМ – $39,9 \pm 4,9$ ($p < 0,001$), АКШ – $37,8 \pm 4,1$ ($p < 0,001$). У больных ИБС личностного типа В депрессия выявлена лишь в 56% случаев, при этом ее количественные значения составляют у больных со ССН $30,0 \pm 2,8$ ($p < 0,05$), у пациентов, перенесших ИМ – $39,3 \pm 3,3$ ($p < 0,01$), АКШ – $41,3 \pm 4,4$ ($p < 0,002$) баллов (рис.4). Данные параллельного обследования пациентов с помощью Zung Depression Inventory, свидетельствуют о наличии депрессии у 77% больных ИБС с личностным типом А и 61% - типом В.

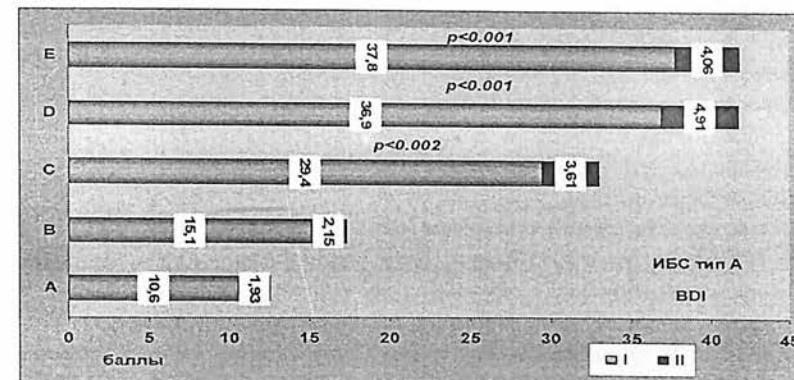


Рис.4 Результаты психотестирования по Beck Depression Inventory (BDI) больных личностного типа А различными формами ИБС и лиц контрольных групп. Обозначения: А и В -- контрольные группы, С- СН, Д- ИМ, Е- АКШ. I- уровень депрессии, II- стандартное отклонение.

Диспропорция в частоте выявления депрессии у пациентов крайних личностных типов может быть рассмотрена в плане представлений о коморбидности депрессии и ИБС, как и в рамках модели, расценивающей депрессию в качестве предиктора ИБС [F.Lesperance & al., 2003; С.Lauzon & al., 2003]. В связи с нарастающей тенденцией хирургического лечения ИБС, особого внимания заслуживает факт высокой частоты депрессии у пациентов, перенесших АКШ, которая, согласно J.Rymazewska & al. [2001] и J.Blumental & al. [2003], манифестируя непосредственно после оперативного вмешательства, усугубляет течение постоперационного периода, стойко сохраняясь даже в достаточно отдаленные сроки.

Личностная и реактивная тревога. Рубрика «смешанное тревожное и депрессивное расстройство», введенная в МКБ-10, является одним из подтверждений высокой ассоциированности тревоги и депрессии в спектре аффективных расстройств, встречающихся при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. По данным многоцентровых исследований, у 50-70% больных с депрессией отмечается тревога.

Психометрией по Spielberger Anxiety Questionnaire у больных ИБС повышенный уровень тревоги выявлен примерно в 50% случаев, встречаясь чаще у пациентов с типом А (57%), чем В (40%). Показатели личностной (ЛТ) и реактивной (РТ) тревоги у больных ИБС типа А почти вдвое превосходят соответствующие величины, выявленные в контрольных группах. Так, уровень ЛТ, составляя в контроле $28,2 \pm 3,1$ баллов, достигает у больных ИБС до $51,3 \pm 4,3$ ($p < 0,001$), а РТ повышается с $26,7 \pm 2,5$ до $49,5 \pm 3,4$ баллов ($p < 0,001$). Наиболее высокие значения ЛТ и РТ (соответственно $62,7 \pm 6,3$ и $65,1 \pm 4,2$ баллов), обнаружены у больных типа А со СН и перенесших ИМ. Данные тестирования по Hamilton Anxiety Rating Scale показали, что несмотря на некоторые различия, повышенный уровень тревоги в большем проценте случаев обнаруживается у больных ИБС личностного типа А (66%), чем В (42%). Установлено, что если в общей популяции больных ИБС отмечается сбалансированность между соматическим и психическим компонентами тревоги, то примерно в 20% случаев у пациентов со СН высокий уровень тревоги в большей мере формируется за счет соматического компонента. Подобная тенденция четко проявляется у больных ИБС личностного типа А, чем В.

Выявлено, что повышенный уровень тревоги чаще встречается у пациентов, перенесших в прошлом ИМ (72%) и АКШ (65%), чем у больных СН (48%). Представляют интерес данные сопоставления частоты выявления у больных ИБС алекситимии и повышенного уровня тревоги. Так, из 84 больных ИБС с личностным типом А, алекситимия была обнаружена в 77% случаев, а повышенный уровень тревоги по HARS выявлен у 66% пациентов.

Агрессия и враждебность. Проявление (непроявление) агрессивности как личностного свойства в определенных актах поведения, таких как агрессивные действия, является результатом сложного взаимодействия транситуативных и ситуационных факторов [А.А.Реан, 1999]. С помощью методики А. Buss & А. Durkee выявлено, что повышенный уровень враждебности и агрессии несколько чаще встречается у больных ИБС личностного типа А (76%), чем В (65%), при этом у пациентов типа А уровень показателей, характеризующих в совокупности враждебность и агрессию был выше, чем у лиц контрольной группы. Особенно выражено указанное различие проявляется по показателям физической, косвенной, вербальной агрессии и раздражения. Одновременно индексы «враждебных реакций» и «агрессивных реакций» значительно выше у больных ИБС личностного типа А, чем В (13,9 против 11,4 и 32,2 против 26,6 соответственно).

II. СОСУДИСТАЯ ДЕМЕНЦИЯ: ЛИЧНОСТНАЯ ТИПОЛОГИЯ И АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

1. Характеристика личностных типов при СД

Распределение личностных типов по Jenkins. Исследования с целью определения личностного типа проведены у 112 больных СД после предварительного изучения степени выраженности когнитивных расстройств. По степени социальной дезадаптации 85% больных СД были причислены к I-ой стадии, с учетом, что указанные пациенты были способны обслуживать себя в обычных условиях и сложности возникали у них лишь при повышенной эмоциональной или физической нагрузке. Данные тестирования по Jenkins Activity Survey показали, что пациентам с СД, в отличие от больных ИБС, присуще равномерное распределение личностных типов А (30%), АВ (37%) и В (33%), что дает основание несколько скептически отнестись к существующему мнению некоторых авторов о том, что превалирование личностного типа А является характерным в целом для лиц, страдающих сосудистой патологией, в том числе и цереброваскулярной. (рис.5).

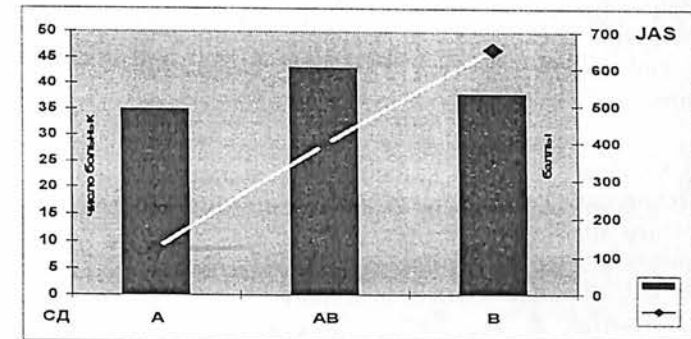


Рис.5 Распределение больных СД по личностным типам А, АВ, В, согласно данным психотестирования по опроснику Jenkins Activity Survey (JAS)

Алекситимический тип личности. Исследование алекситимии у больных СД и интерпретация полученных результатов требовало несколько иных методологических подходов, чем в случае ИБС, поскольку возраст примерно 75% обследованных больных СД превышал 60 лет. Учитывалось, что понятие «алекситимия» одновременно является характеристикой психосоматической структуры личности, с рядом особенностей в когнитивно-аффективной сфере. Между тем, результаты клинико-эпидемиологических исследований свидетельствуют, что от 7,6% до 27,3% случаев у лиц в возрасте 60 лет и старше обнаруживается т.н. «мягкая деменция», характеризующаяся слабо выраженным снижением мнестико-интеллектуальных функций [В. Risberg, 1992; R. T. Woods, 1996]. Эти данные подчеркивают необходимость изучения алекситимии при СД параллельно с когнитивными расстройствами.

На основании результатов обследования по MMSE преобладающее большинство больных (72%) по степени выраженности когнитивных расстройств было отнесено к легкой стадии.

При исследовании познавательной функции с помощью CDS, у 10,7% больных СД констатировано отсутствие ухудшения познавательной функции, в 24,1% - очень умеренное познавательное ухудшение, в 60,7% - умеренное познавательное ухудшение и в 4,5% - среднее познавательное ухудшение. Тестирование по TAS показало, что при СД алекситимический тип выявлен в меньшем проценте случаев (62%), чем при ИБС (79%), при этом количественные показатели, составляя в контроле соответственно $54,8 \pm 5,4$ и $56,5 \pm 4,2$ баллов, достигают у больных СД с алекситимическим типом личности до $86,1 \pm 5,9$ баллов ($p < 0,001$).

Многофакторный анализ профиля личности. Обследованию подверглись 95 больных СД (84,8% случаев) с «очень умеренным» и «умеренным» уровнями познавательного ухудшения по CDS. Согласно данным тестирования по MMPI, у больных СД, без учета принадлежности к личностным типам, по всем шкалам обнаруживается существенное отклонение от показателей, выявленных у лиц контрольной группы. Одновременно выявлены синдромы тревожной (27%), ипохондрической (19%) и апатической (34%) депрессии.

2. Особенности аффективных расстройств при СД

Депрессия. Результаты междисциплинарных исследований являются существенным аргументом для рассмотрения депрессии в качестве одного из существенных факторов, усугубляющих психо-неврологические расстройства у больных СД, их социальную дезадаптацию и дезинтеграцию [F.Immer & al., 2003; K.Guleserian & al., 2003]. Данные психодиагностики по Geriatric Depression Scale и Beck Depression Inventory, проведенной у 95 больных СД с «очень умеренным» и «умеренным» уровнями познавательного ухудшения, свидетельствуют о наличии депрессии у 67%-71% пациентов. Количественные показатели психометрии, составляя у лиц контрольных групп $10,6 \pm 1,9$ и $15,0 \pm 2,2$ баллов, достигают при СД $33,7 \pm 5,4$ баллов ($p < 0,001$), рис. 6

По шкале Zung Depression Inventory депрессия при СД выявлена в 62% случаев, при этом количественные значения, составляя в контроле $33,2 \pm 5,1$ и $40,2 \pm 3,1$ баллов, соответственно, достигают при СД $67,7 \pm 4,3$ баллов ($p < 0,001$). Признание депрессии в качестве одного из атрибутов СД [J.Cummings, 1994; H.Kaplan & al., 1998; Е.Д.Холмская, 2003], способствовало развитию исследований по идентификации нейробиологических субстратов ее развития. Так, у больных СД в генезе депрессии, как и когнитивных расстройств, существенное значение придается локальным ишемическим поражениям гиппокампа и других лимбико-стволовых структур.

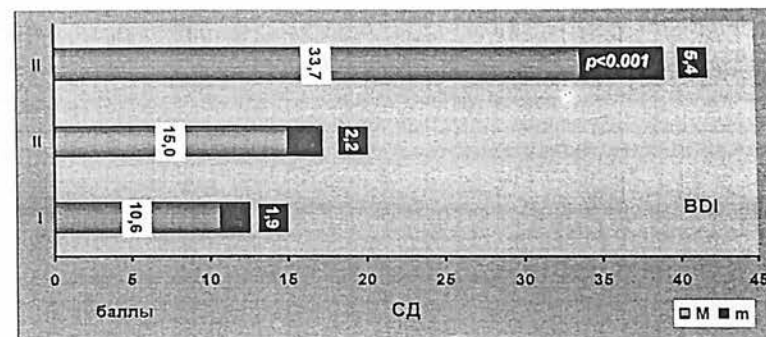


Рис.6 Депрессия у больных СД с очень умеренным и умеренным уровнями познавательного ухудшения согласно данным психотестирования по Beck. Обозначения: I-II – контрольные группы, III- больные СД.

Указанные данные позволили некоторым авторам сформулировать положение о том, что при цереброваскулярной патологии депрессия должна быть рассмотрена как одно из проявлений локального ишемического поражения структур мозга, богатых дофаминергическими нейронами [S.Snider, 1996; S.Stahl, 2000; C.Ballard & al., 2000; K.Lind & al., 2002; D.Steffens & al., 2002].

Личностная и реактивная тревога. Согласно результатам психометрии по Spielberger Anxiety Questionnaire, у больных СД с когнитивными расстройствами повышенный уровень тревоги определяется в 72% случаев, что находится в определенном соответствии с данными S.K.Schultz & al. [1997] и C.Bollard & al. [2000]. Выявлено, что уровень ЛТ у больных СД повышен в значительно большей степени, составляя $55,2 \pm 4,1$ балла (в контроле $21,5 \pm 2,6$, $p < 0,01$) чем РТ ($36,1 \pm 2,7$ баллов, против $25,6 \pm 3,1$ в контроле, $p < 0,05$). Существенно, что хотя в 61,6% случаях у указанных больных был выявлен алекситимический тип личности, последний не отразился на проявлениях у них повышенной ЛТ. (рис 7)

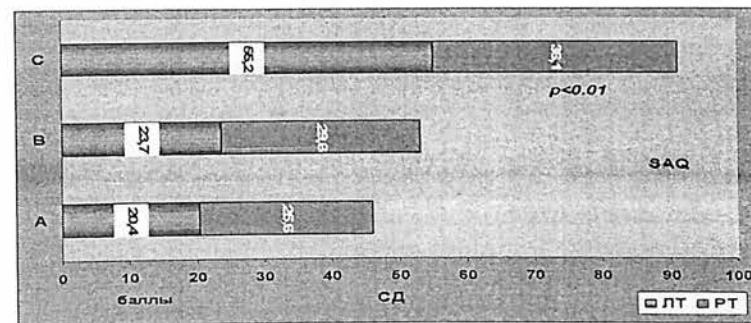


Рис. 7 Уровни личностной (ЛТ) и реактивной (РТ) тревоги у больных СД с когнитивными расстройствами, согласно данным психотестирования по Spielberger Anxiety Questionnaire (SAQ). А и В- контрольные группы, С- больные СД.

По-видимому, при СД когнитивные расстройства и депрессия существенно не преформируют один из элементов ядра личности - «личностную тревогу», как преморбидно (априорно) акцентированную особенность, имеющую свои генетические предпосылки [Y.Clement, 2002]. В соответствии с представленным подходом, значительно менее выраженный рост уровня РТ у больных СД можно трактовать как результат ступенчатости ее проявления алекситимией.

С помощью Hamilton Anxiety Rating Scale у 95 больных СД с когнитивными расстройствами повышенный уровень тревоги выявлен в 67% случаев, при этом установлено, что у 67 пациентов (70,5%) он обеспечивается за счет соматического компонента тревоги, а у остальных 28 пациентов в результате почти сбалансированного повышения психического и соматического компонентов тревоги.

Агрессия и враждебность. За последние годы появились единичные сообщения о том, что при СД депрессия может сочетаться с агрессией [C.Lyketsos & al., 2000; E.Buchalter & al., 2001]. Данные тестирования по опроснику A.Buss & A.Durkee свидетельствуют, что у больных СД уровень психометрических показателей, характеризующих в совокупности враждебность и агрессию значительно выше, чем у лиц контрольной группы. Особенно выражено это проявляется по показателям физической, косвенной и вербальной агрессии, раздражения и подозрительности. При сравнении указанных данных с результатами тестирования, проведенного у больных ИБС личностного типа А, обнаружены лишь некоторые количественные различия.

Одновременно установлено, что индексы враждебных и агрессивных реакций у больных СД и ИБС почти не разнятся, значительно превышая уровень, выявленный у практически здоровых лиц.

III. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИБС И СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИЕЙ

По определению ВОЗ важнейшей задачей современной медицины является сохранение или восстановление здоровья человека не только в физическом, но и в психическом и социальном аспектах [The World Health Report: «Reducing Risks, Promoting Healthy Life», 2002].

В указанном плане, одним из достаточно корректных показателей интегральной оценки совокупности факторов, обеспечивающих полноценную жизнедеятельность индивидуума в современном обществе, является «качество жизни» (КЖ), а в более узком понимании, «обусловленное здоровьем качество жизни».

К числу наиболее широко используемых тестов для оценки КЖ больных с сердечно-сосудистой патологией, следует считать опросник HRQOL SF-36, характеризующийся высокой информативностью и валидностью [E.Simpson & al., 2003; K.Melsop & al., 2003].

1. Оценка уровня качества жизни больных ИБС

В большинстве популяционных исследований при оценке характера и степени изменений КЖ больных ИБС главным образом акцентируется значение клинических особенностей течения заболевания, подчеркивается роль возрастных, половых различий и т.д. В гораздо меньшей степени изучены вопросы, связанные со значением личностных типов больных ИБС и психического компонента КЖ.

Тестирование по HRQOL SF-36 показало, что из 95 больных ИБС личностного типа А, более чем в 90% случаях выявлен пониженный уровень КЖ и, что особенно существенно, изменена структура его составляющих компонентов. Это, в частности, касается снижения (-28,1%) показателя Physical Function (PF), компонента физического здоровья, характеризующего степень ограничения повседневной деятельности больного ИБС. Существенным является снижение (-20,2%) уровня показателя Role Physical (RP), отражающего наличие у больного проблем, связанных с работой и ограничениями в регулярной деятельности, обусловленных состоянием физического здоровья. Далее, сниженный (-17,6%) показатель Bodily Pain (BP) свидетельствует о наличии у больного физической боли, мешающей ему при выполнении повседневной работы. Одновременно, General Health (GH), в целом отражающий оценку больным состояния собственного здоровья снижается на 19,7%.

Наряду с показателями физического здоровья, у больных ИБС личностного типа А страдает и психический компонент. Низкий (-10,4%) уровень Vitality (VT), прямо или косвенно указывает на наличие тревоги, подавленности и депрессии. Пониженный (-17,5%) показатель Social Function (SF) - о физических и эмоциональных проблемах, мешающих социальной активности при общении с семьей, друзьями и др. Сниженный (-30,2%) уровень по шкале Role Emotional (RE) указывает на наличие тревоги и депрессии, создающих у пациента проблемы, связанные с работой и другой регулярной деятельностью.

Выявлено, что снижение КЖ больных ИБС личностного типа А в большей степени происходит за счет пониженного уровня психического (на 26,9%), чем физического компонента здоровья (на 10,6%). Уровень КЖ в большей степени понижен у больных, перенесших ИМ, далее у больных ССН и, наконец, подвергшихся АКШ, при этом выявлена отрицательная корреляция между наличием депрессии (по Beck) и степенью снижения показателей психического компонента КЖ. Анализ КЖ больных на основе балльной системы свидетельствует, что при ИБС у больных личностного типа А снижение КЖ обеспечивается за счет обоих составляющих здоровья, при этом физический компонент здоровья бывает снижен на 10,6% (с 950 ± 29 до 850 ± 43 балла, $p < 0,05$), а психический - на 26,9% (с 588 ± 25 до 430 ± 34 балла $p < 0,05$). В итоге общий уровень качества жизни больных ИБС, согласно данным тестирования по HRQOL SF-36 снижается в среднем на 16,8% (с 1538 ± 48 до 1280 ± 39 баллов, $p < 0,01$).

2. Оценка уровня качества жизни больных СД

Достаточная сложность оценки КЖ больных СД заключается в том, что его составляющие компоненты в большинстве случаев бывают существенно трансформированы рядом факторов. Характерные для больных СД дефицитарность когнитивной функции, ассоциированной с аффективными расстройствами, психосоциальной дезадаптацией и дезинтеграцией, негативно отражаются на самооценке собственного КЖ [B.Censori & al., 1996; А.А.Базарджян, 2003].

Установлено, что уровень всех показателей КЖ больных СД в различной степени ниже, чем в контроле. Это касается выраженного снижения показателей физического здоровья RF (-39,1%) и RP (-31,3%), находящего свое отражение и в пониженном уровне GH (-31,7%). Показатель BP, указывающий на наличие у больного физической боли, мешающей ему при выполнении обычной работы практически не изменен.

Параллельно со снижением показателей физического компонента здоровья, при СД страдает и его психический компонент, что выражается в снижении уровня VT (-15,7%) и SF (-22,6%). Сниженные значения RE (-26,3%) связаны с наличием тревожно-депрессивных расстройств, создающих у больного проблемы, связанные с работой и другой регулярной деятельностью.

Оценка КЖ больных на основе выведения суммарного уровня его компонентов свидетельствует, что при СД снижение КЖ обеспечивается за счет обоих составляющих здоровья, при этом физический компонент здоровья был снижен на 28,5% (с 950 ± 29 до 680 ± 31 баллов, $p < 0,05$), а психический - на 38,8% (с 588 ± 25 до 360 ± 18 баллов, $p < 0,05$). В итоге общий уровень КЖ, согласно данным тестирования по HRQOL SF-36, снижается в среднем на 32,4% (с 1538 ± 48 до 1040 ± 36 баллов, $p < 0,01$), т.е. в большей степени, чем у больных ИБС личностного типа А (16,8%).

Обобщая данные изучения уровня КЖ у больных СД, следует согласиться с существующим мнением о том, что в пожилом и старческом возрасте субъективное восприятие состояния своего здоровья и «физический компонент функционального состояния» в большей степени, чем подлинное здоровье, является определяющим фактором в оценке КЖ [А.А.Базарджян, 2003]. На завершающем этапе работы была предпринята попытка представить результаты психометрических исследований в виде графического изображения, обозначенного как «Психометрический профиль личности».

Следуя алгоритму обследования больных, были использованы психометрические данные, характеризующие личностный профиль, аффективные расстройства и КЖ больных ИБС и СД. Представленный подход может быть рассмотрен лишь в качестве первого этапа интегральной оценки методов количественной психометрии и ее использования в клинической практике.

1. Выявлено, что доминирующим среди больных ишемической болезнью сердца (ИБС) является личностный тип А («коронарный тип личности»), равномерно представленный у лиц мужского и женского пола, часто сочетающийся с алекситимией и превалирующий в большей степени у пациентов, перенесших в прошлом инфаркт миокарда и подвергшихся аортокоронарному шунтированию (АКШ), чем у больных со стенокардией напряжения.

2. Психодиагностическими исследованиями, проведенными у больных различными формами ИБС, принадлежащих к крайним личностным типам, установлено значительное преобладание частоты депрессии у пациентов с личностным типом А, чем В, наличие синдромов тревожной, ипохондрической и апатической депрессии, что является свидетельством ассоциированности депрессии с «коронарным типом личности».

3. Представлены сравнительная оценка и психометрическая характеристика личностной и реактивной тревоги у больных ИБС крайних личностных типов, выявлены неоднозначные изменения уровня соматического и психического компонентов тревоги, установлены особенности тревожно-депрессивных расстройств и агрессивно-враждебных реакций у пациентов, перенесших в прошлом инфаркт миокарда, подвергшихся АКШ и больных со стенокардией напряжения.

4. Результаты интегральной оценки качества жизни больных ИБС с личностным типом А свидетельствуют о снижении его уровня после перенесенного в прошлом инфаркта миокарда и при стенокардии напряжения за счет физического и психического компонентов здоровья, а после АКШ - преимущественно за счет снижения психического компонента здоровья, обусловленного аффективными расстройствами, проблемами психосоциальной реадaptации и ресинтеграции.

5. Характерными для больных сосудистой деменцией с умеренными проявлениями когнитивных расстройств, согласно данным психометрии являются: относительно равномерное распределение личностных типов, с небольшим превалированием частоты промежуточного личностного типа АВ, доминирование в личностном профиле соматизации тревоги, синдромов тревожной и апатической депрессии.

6. При сосудистой деменции с очень умеренным и умеренным уровнями познавательного ухудшения, присущими легкой стадии когнитивных расстройств, более чем в половине случаев у пациентов выявлена депрессия, сочетающаяся с повышенным уровнем личностной, в меньшей степени - реактивной тревоги, алекситимическим типом личности, с характерными изменениями со стороны когнитивно-аффективной сферы.

7. Высокая степень ассоциированности тревожно-депрессивных и когнитивных расстройств, рассматриваемых в качестве бинарного фактора риска усугубления течения сосудистой деменции и предиктора ухудшения прогноза заболевания, выявлены у больных на фоне повышенного уровня ряда психометрических показателей физической, косвенной и вербальной агрессии, роста индекса враждебных и агрессивных реакций.

8. Снижение уровня качества жизни у больных сосудистой деменцией является результатом сбалансированного изменения обоих составляющих здоровья: понижения суммарного уровня показателей физического компонента, связанного с ограничениями в повседневной деятельности и психического – вследствие наличия у пациентов аффективно-когнитивных расстройств и психосоциальной дезадаптации, ограничивающих их социальную и трудовую активность.

Список работ, опубликованных по теме диссертации:

1. Секоян И.Э. Профиль личности больных ишемической болезнью сердца. //Материалы I Международной конференции «Современные аспекты реабилитации в медицине» Ереван. 2003. С.311.
2. Секоян И.Э. Личностный профиль больных ишемической болезнью сердца. //Научные труды IV Конгресса кардиологов Армении. Ереван. 2003. С.47-48.
3. Секоян И.Э. Психологическая реадaptация и обучение больных. Ереван. 2003. 86 стр.
4. Секоян И.Э. Алекситимический радикал и уровень тревожности у больных ишемической болезнью сердца крайних личностных типов. //Научные труды международного симпозиума «Актуальные вопросы немедикаментозной превенции, терапии и реабилитации». Нуниси. Грузия. 2004. С.175-179.
5. Секоян И.Э. Депрессия и ишемическая болезнь сердца: параллельная психометрия в репрезентативных группах. //Материалы III Национального научно-медицинского конгресса “Здоровье человека. Ереван. 2004”. С.105-106.
6. Секоян И.Э. Личностный тип, депрессия и когнитивные расстройства при сосудистой деменции. //Вопросы теоретической и клинической медицины. 2004. Т.7. N3(33). С.59-62.
7. Секоян И.Э. Коморбидность депрессии и личностных типов при ишемической болезни сердца. //Медицинская наука Армении. 2004. Т.XLIV. N2. С.66-72.

Ի. Է. ՄԵԿՈՅԱՆ

Հոգեախտորոշիչ հետազոտությունների է ենթարկվել սրտի իշեմիկ հիվանդությանը (ՄԻՀ) տառապող 163 և անոթային դեմենցիա (ԱԳ) ունեցող 112 հիվանդ: Անձի տիպերի (A, AB, B) բաշխումն ուսումնասիրվել է “Jenkins Activity Survey” տեստի միջոցով, անձի ալեքսիտիմիկ տիպը՝ Տորոնտոյի ալեքսիտիմիայի սանդղակի:

MMPI հարցաշարով անց է կացվել հոգետեստավորում. դեպրեսիան հայտնաբերվել է “ Beck Depression Inventory” և “ Zung Depression Inventory” սանդղակների միջոցով, տազնապի մակարդակի գնահատումը՝ “Spielberger Anxiety Questionnaire” և “Max Hamilton Anxiety Rating Scale” սանդղակների: Թշնամության և ագրեսիայի մակարդակը որոշվել է ըստ A.Buss & A.Durkee: Հոգեախտորոշիչ հետազոտությունները ԱԳ դեպրում ներառել են մաև Hachinski Ischemic Scale, CDS, MMSE և GDS սանդղակները: ՄԻՀ և ԱԳ տառապող հիվանդների կյանքի որակը (ԿՈ) գնահատվել է ըստ HRQOL SF-36:

Հաստատվել է, որ ՄԻՀ տառապող հիվանդների մոտ գերակշռում են անձի ծայրահեղ տիպերը՝ անձի A տիպի (անձի կորոնար տիպէ) գերակայությամբ, որն ավելի հաճախ հանդիպում է մախկինում սրտամկանի ինֆարկտ տարած և աորտոկորոնար շունտավորման (ԱԿՇ) վիրահատության ենթարկված հիվանդների մոտ, քան լարման ստենոկարդիա ունեցող հիվանդների:

Այսպեսցված է, որ ՄԻՀ տառապող անձի A տիպի հիվանդների մոտ դեպրեսիան տոկոսային հարաբերությամբ ավելի շատ է ի հայտ բերվում, քան՝ B տիպի դեպրում: Առաջին անգամ տրվել է “անձի” և “ոեակտիվ” տազնապի բարձր մակարդակի համեմատական հոգեչափիչ բնութագիրը ՄԻՀ տառապող անձի ծայրահեղ տիպերի հիվանդների մոտ, վերլուծվել են սոմատիկ և հոգեկան բաղադրիչների ոչ միանշանակ փոփոխության պատճառները տազնապի բարձր մակարդակի, ագրեսիվ և թշնամական ոեակցիաների ձևավորման գործում: Անց է կացվել ԿՈ գնահատում ՄԻՀ տառապող անձի A տիպի հիվանդների մոտ՝ առողջության ֆիզիկական և հոգեկան բաղադրիչների տարբեր ցուցանիշների փոփոխման դերի հոգեչափիչ սահմանափակմամբ:

Ի հայտ է բերվել, որ ԱԳ ունեցող հիվանդներին բնորոշ է անձի տիպերի հավասարաչափ բաշխումը, դեպրեսիայի զգալի մասում հաստատվել է անձի ալեքսիտիմիկ տիպը: Աֆեկտիվ խանգարումներում գերակայում են տազնապը և դեպրեսիան: Հաստատվել է դեպրեսիայի և անոթային դեմենցիայի կոմպլեքսության բարձր մակարդակ:

Այսպեսցվել է, որ ԱԳ դեպրում տազնապադեպրեսիվ խանգարումները համատեղվում են ֆիզիկական, անոթային և վերբալ ագրեսիայի բարձր մակարդակի հետ: Ստացված արդյունքները կարող են օգտագործվել ՄԻՀ տառապող հիվանդների բուժման և ոեաբիլիտացիայի տակտիկայի մշակման ժամանակ, նրանց հոգեախտաբանական ոեադապտացիայի և ոեինտեգրացիայի դեպրում՝ ապրելակերպի փոփոխման հաստատում մոտիվացիայի ստեղծմանն ու ԿՈ բարձրացմանը նպաստող աղեկվատ և հաստատում դրույթների ձևավորմանն ուղղված ուսումնական ծրագրերի կիրառմամբ:

PERSON PROFILE, AFFECTIVE DISORDERS
AND QUALITY OF LIFE IN CARDIOVASCULAR DISEASES

I.E.SEKOYAN

Psychodiagnostic researches were carried out in 163 patients with ischemic heart disease (IHD) and 112 patients with vascular dementia (VD). Under investigation was distribution of personal types (A, AB, B) according to "Jenkins Activity Survey", alexitimic type of person according to Toronto scale of alexitimia. Psychotesting by MMPI questionnaire was conducted; depression was revealed with the help of "Beck Depression Inventory" and "Zung Depression Inventory" scales; estimation of an alarm level was carried out according to "Spielberger Anxiety Questionnaire" and "Hamilton Anxiety Rating Scale". Animosity and aggression level was determined according to A.Buss and A.Durkee.

Psychodiagnostic researches in VD included "Hachinski Ischemic Scale", scales of CDS, MMSE and GDS as well. Health related quality of life in patients with IHD and VD was estimated according to HRQOL SF-36. It was established that extreme personal types prevail in patients with IHD with domination of personal A type ("coronary type"), which is more often met in patients previously suffered myocardial infarction and coronary artery bypass surgery, than in patients with angina of effort. It was established that the depression had been found out in patients with IHD of personal A type more often than of B type. For the first time there was given the comparative characteristics to an increased level of personal and reactive alarm in patients with IHD, extreme personal types, besides, there were analyzed the reasons of ambiguous change in somatic and mental components in the formation of an increased level of alarm and disturbing-depressive disturbances, aggressive and hostile reactions. An estimation of quality of life (QOL) was carried out in patients with IHD of personal A type alongside with the psychometric gradation of the role of changes in the various parameters of physical and mental health components.

It was revealed that a uniform distribution of personal types was typical in VD, in a half of cases an alexitimic types were established. Among the affective disorders an alarm and depression were dominating ones. High rate of complementarity of depression and vascular dementia was marked. It was shown that disturbing-depressive disorders in VD combined with an increased level of physical, indirect, verbal aggression.

It was established that QOL level in patients with VD occurred to be reduced due to the decrease of physical and mental health components. Obtained results should be used in the development of tactics during the treatment and rehabilitation of patients with IHD, their psycho-social readaptation and reintegration applying training programs directed on the creation of steady motivation on the change of life style, formation of adequate and stable installations promoting an increase of QOL.

Cery

