

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, Київ

Представлено результати аналізу психоемоційних станів хворих на артеріальну гіпертензію та ішемічну хворобу серця. Обґрунтовано необхідність аналізу психоемоційного стану цих пацієнтів, проведення психокорекційних та психопрофілактичних заходів для їх ефективної реабілітації.

Ключові слова: психоемоційний стан, стресостійкість, артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця.

В умовах гострої соціально-економічної кризи різко скоротився потенціал здоров'я населення України, яке живе в стані довготривалого соціального та психоемоційного стресу. Експерти ВООЗ вважають, що незадоволеність роботою (особливо у рамках «тіньової економіки»), перспектива втрати та безперспективний її пошук призводять до погіршення стану здоров'я людини, дезадаптації та виникнення депресій. За даними прогнозу ВООЗ, у 2020 р. депресія посяде друге місце в структурі головних причин інвалідності та смертності у світі, поступаючись лише ішемічній хворобі серця (ІХС) [1].

Таким чином, як станом на теперішній час, так і за даними прогнозу на найближче десятиліття, хвороби системи кровообігу (ХСК) і порушення психічного здоров'я залишаються основними причинами втрати потенціалу життя населення світу [2, 3]. Підтвердження актуальності та необхідності вирішення цієї проблеми визначено у Державній програмі запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань на 2006–2010 рр., затвердженій Кабінетом Міністрів України. Ця програма передбачає проведення науково-практичних досліджень з питань профілактики психосоціальних факторів ризику та лікування ускладнень, які виникають внаслідок артеріальної гіпертензії (АГ) та ІХС [4]. Дослідження особливостей психоемоційного стану хворих, який є віддзеркаленням патопсихологічного підґрунтя, що сприяє розвитку АГ та ІХС, цілком відповідає завданням зазначеної програми.

Виникнення стресових станів значною мірою залежить від психологічної структури особистості. Люди, які здебільшого перебувають у стресовому стані, постійно відчувають на собі тиск часу та пресинг повсякденних турбот, дратівливі, нетерплячі та ворожі, мають підвищений ризик розвитку ХСК, зокрема, АГ та ІХС, як реакції на сильні емоційні переживання.

За сучасними уявленнями, емоції є важливим чинником здоров'я, що має істотне значення в організації індивідуальних форм пристосування організму до умов навколишнього середовища [5, 6]. Емоції зачіпають найглибші основи життя організму, його гомеостаз. Порушення і відновлення гомеостазу безпосередньо пов'язане з базальними, або первинними, емоціями, що є невід'ємною частиною вітальних потреб організму. Разом із базальними, важливим компонентом емоційної сфери людини є вторинні емоції, які, на відміну від первинних, формуються під впливом навколишнього середовища. Причому негативні емоції в більшості випадків розглядаються як наслідок браку або відсутності інформації, необхідної для збереження гармонійної рівноваги організму і навколишнього середовища [7, 8].

Треба зазначити, що збереження психічної рівноваги є найважливішою передумовою здоров'я та цілеспрямованої діяльності людини і тому вимагає особливої психологічної гнучкості, резерву душевних сил. Якщо ці психологічні характеристики відсутні або недостатні, то нервово-психічне напруження, що виникає, поступово посилюється, може викликати зрив компенсаторних і пристосувальних механізмів із подальшим розвитком гострих або хронічних психосоматичних розладів, у тому числі серцево-судинних захворювань. Таким чином, психоемоційний стрес — не тільки один з провідних факторів ризику виникнення ХСК, насамперед, АГ та ІХС, а й важливий фактор дестабілізації перебігу цих захворювань [3, 9].

У науковій літературі існує досить багато досліджень психосоціальних факторів ризику розвитку ІХС та АГ. До таких факторів відносять: споживання алкоголю, куріння тютюну, зайву вагу, вплив стресових факторів тощо [2, 3, 6, 10, 11]. У дослідженні S. Uemura et al. доведено, що споживання алкоголю, стан стресу і напружені події життя обумовлюють більш високий рівень кров'яного тиску. Автори зробили висновок, що

для підтримки і зміцнення здоров'я, а також для запобігання ризику розвитку ІХС та АГ важливо контролювати такі соціопсихологічні фактори, як стрес і напружені життєві події [12].

У зв'язку з цим на сьогоднішній день вважається важливим вибір шляхів подолання негативних психологічних станів при АГ та ІХС та розробка заходів, спрямованих на виявлення осіб із високим рівнем психосоціального стресу та низькою здатністю до стрес-опору, тобто таких, які складають групу ризику щодо виникнення ХСК та потребують медико-психологічної допомоги та дій з превенції розвитку ХСК.

Метою даної роботи є аналіз особливостей психоемоційного стану у хворих на АГ та ІХС для визначення мішеней подальшої психокорекційної роботи із зазначеним контингентом пацієнтів.

Для виконання поставленої мети за умови інформованої згоди обстежено 163 осіб із ХСК. Пацієнтів було розподілено на 3 групи. До основної групи I увійшли хворі ($n = 68$), які страждали на АГ 1-ї або 2-ї стадії. До основної групи II увійшли хворі на ІХС ($n = 65$). Як порівняльну групу було обстежено 30 практично здорових осіб.

Як в основних, так і в порівняльній групах, переважали пацієнти 41–50 та 51–60 років (основна група I — 34,7% та 29,3%; основна група II — 36,7% та 30%; порівняльна група — 30% та 26,7% відповідно). В основних групах обстежених було відповідно 67,7% та 62,9% жінок і 32,3% та 37,1% чоловіків. У порівняльній групі жінок було 66,9%, а чоловіків — 33,1%.

Дослідження проводилось на базі консультативно-поліклінічного відділення Українського НДІ соціальної та судової психіатрії та наркології, відділень артеріальної гіпертензії, реанімації та інтенсивної терапії й реабілітації інфаркту міокарду Національного наукового центру «Інститут кардіології ім. М. Д. Стражеска АМН України».

Учасників дослідження було відібрано за принципом випадкового вибору, коли всі одиниці генеральної сукупності мали рівну можливість потрапити до вибірки. Контингент обстежених був однорідним за всіма базовими показниками, що дало можливість вважати результати дослідження такими, що репрезентативно відображають генеральну сукупність.

Процедура дослідження психоемоційного стану включала використання таких психодіагностичних методик: загальний рівень стресу встановлювали за шкалою психосоціального стресу Л. Рідера [13], стресостійкість — за методикою визначення стресостійкості та соціальної адаптації Холмса — Раге, рівень соціальної фрустрованості — за методикою Л. Вассермана у модифікації В. В. Бойка, рівень алекситимії — за Торонтською алекситимічною шкалою; визначення рівня тривожності проводили

за методиками Дж. Тейлор в адаптації Т. А. Немчинової та самооцінки — Ч. Спілбергера — Ю. Ханіна; рівень депресивного реагування визначали за шкалою В. Зунга в адаптації Т. І. Балашової [14].

Вивчення структури емоцій пацієнтів здійснювалося за допомогою «Карти самооцінки емоційного стану», розробленої Н. Марутою [15].

Аналіз, обробка і підрахунок процентних характеристик і коефіцієнтів кореляції проводилися за допомогою програми SPSS 10.0.5 for Windows. Для рангових кореляцій непараметричних даних використовувався коефіцієнт Spermан, для перевірки отриманих кореляційних зв'язків застосовувався коефіцієнт Pearson.

В усіх хворих на АГ та ІХС за шкалою психосоціального стресу Л. Рідера діагностовано загальний високий рівень психосоціального стресу: $2,87 \pm 0,64$ та $2,65 \pm 1,26$ бала відповідно у групах I і II. Середній бал серед чоловіків становив $2,6 \pm 0,2$, серед жінок — $2,3 \pm 0,1$. Тоді як серед здорових осіб в чоловіків цей показник склав $1,2 \pm 0,1$ бала, а у жінок — $1,4 \pm 0,2$ бала. Таким чином, найбільш високий рівень стресу за шкалою психосоціального стресу Л. Рідера виявлено в обох основних групах обстежених. При цьому у хворих із ІХС цей показник був найвищим, а у пацієнтів з АГ він наближався до високого (табл. 1).

В усіх пацієнтів основних груп було визначено брак здатності до стрес-опору та низький рівень соціальної адаптації — більше 300 балів. Водночас у практично здорових осіб визначено набагато більшу стресостійкість та соціальну адаптацію — менше 190 балів. Ступінь опору стресу за методикою діагностики стресостійкості та соціальної адаптації Холмса — Раге найнижчим був у обстежених із ІХС: його рівень був пороговим із тенденцією до низького та становив $289,8 \pm 11,2$ бала. Низький ступінь опору стресу виявлено також у хворих на АГ — $328,4 \pm 36,4$ бала. Достовірно високий ступінь опору стресу виявлено лише в осіб порівняльної групи: він склав $148,2 \pm 9,37$ бала ($p \leq 0,01$).

Аналізуючи результати діагностики рівня соціальної фрустрованості за методикою Л. Вассермана у модифікації В. Бойка (табл. 1), можна констатувати, що він був дуже високим як у хворих на ІХС — $3,94 \pm 0,7$ бала (близько до максимальних показників), так і у хворих на АГ — $3,24 \pm 1,25$ бала. В осіб порівняльної групи рівень соціальної фрустрованості був низьким. Таким чином, менш задоволеними своїми соціальними досягненнями в основних аспектах життєдіяльності та такими, що чутливіше реагували на хворобу та її наслідки, були хворі на ІХС та АГ, ніж особи порівняльної групи. Можна зробити висновок, що саме соматичне захворювання ставало перешкодою до реалізації позитивної життєвої програми та сприймалося пацієнтами як катастрофа.

Показники психоемоційного стану пацієнтів з АГ та ІХС, бали

Показник	Група		
	основна I, n = 68	основна II, n = 65	порівняльна, n = 30
Рівень психосоціального стресу за Л. Рідером	2,87±0,64	2,65±1,26	0,67±0,02
Рівень стресостійкості та соціальної адаптованості за Холмсом — Раге	328,40±36,4	289,80±11,2	148,20±9,37
Рівень соціальної фрустрованості за Л. Васерманом	3,24±1,25	3,94±0,7	1,20±0,52
Рівень алекситимії	82,10±1,39	78,10±1,29	57,40±1,49
Рівень тривожності за Дж.Тейлором	49,40±0,97	39,40±2,21	18,60±1,24
Рівень тривоги (Ч. Спілбергер — Ю. Ханін)			
реактивна тривожність	49,80±1,29	46,80±1,79	32,80±1,17
особистісна тривожність	54,40±1,02	48,40±1,06	30,20±0,48
Ступінь оцінки депресивного стану за Е. Беком	18,60±1,58	16,70±0,57	8,00±0,89
Диференційна діагностика депресивних станів В. Зунге	64,20±1,07	52,00±1,05	39,70±2,01

При дослідженні рівня алекситимії як провідного показника схильності до соматизації нервово-психічного напруження виявлено високий її рівень в обстежених із АГ та ІХС: 82,1±1,39 та 78,1±1,29 бала відповідно. У пацієнтів з АГ алекситимія зустрічалася майже в 1,5 раза частіше, ніж у хворих на ІХС, та полягала в труднощах вербалізації власних почуттів і відчуттів. У порівняльній групі рівень алекситимії склав 57,4±1,49 бала, що відповідало середньому її рівню. Водночас слід зазначити, що низького рівня не виявлено в жодному випадку. Наявність алекситимії в структурі особистості пацієнтів з АГ та ІХС стала, з одного боку, патогенетичним фактором, сприяючим виникненню ХСК, а з іншого — додатковим, обтяжуючим перебіг захворювання чинником, який, до того ж, сприяв розвитку тривоги і депресії.

Враховуючи те що стан тривоги — перша емоційна реакція на різносторонні стресори зовнішнього середовища, та оскільки при АГ та ІХС одним із провідних симптомів були тривожні та/або депресивні розлади, ми вивчали ступінь невротичного реагування індивіда: рівень тривоги та депресії. Декілька методик для виявлення рівня тривожності використовувались із метою підтвердження, що обстежені дійсно є високотривожними. Зокрема, застосовували опитувальник рівня тривожності Дж. Тейлор, призначений для діагностики рівня особистісної тривожності: не ситуативного психічного стану людини, а саме тривожності як стійкої риси характеру. Дуже високий рівень тривоги спостерігався в обох основних групах, при цьому найвищі показники тривоги виявлено у групі обстежених із АГ — 49,4±0,97 бала. У хворих на ІХС показник тривоги мав межове значення на рівні високого та дуже високого — 39,4±2,21 бала. Низький рівень тривоги спостерігався лише у порівняльній групі — 18,6±1,24 бала.

Ми проводили порівняльну оцінку рівня реактивної та особистісної тривожності, виявлену

за опитувальником Дж. Тейлор та методикою діагностики самооцінки Ч. Спілбергера — Ю. Ханіна. Особистісна тривожність характеризує схильність людини сприймати коло життєвих ситуацій як загрозові для неї та реагувати на них станом тривоги. Висока особистісна тривожність підвищує ймовірність емоційних та невротичних зривів, ризик розвитку ХСК. Ситуативна (реактивна) тривожність характеризує особливості психологічного стану людини як реакцію на значущу життєву подію та виражається в напруженні, невротичності тощо.

Як видно з представлених в табл. 1 даних, високий рівень як особистісної, так і реактивної тривожності спостерігався в основних групах хворих; найвищий показник виявлено у хворих на АГ (54,4±1,02 бала). В обстежених порівняльної групи особистісна тривожність була низькою (30,2±0,48 бала), а показник реактивної тривожності мав середнє значення.

Порівняння тривожності у групах обстежених залежно від методик наведено на рис. 1.

Таким чином, обстеження за двома згаданими методиками виявило найвищі показники тривожності у хворих на АГ. У обстежених з ІХС особистісна та реактивна тривожність перебували на однаково високому рівні. Для обстежених обох основних груп були характерні тривожні побоювання щодо свого здоров'я (прогресування хвороби, повторного інфаркту міокарда, інсульту тощо) та соціальної адаптації з урахуванням впливу захворювання.

Аналіз рівня депресії виявив, що хворі на АГ та ІХС мають за методикою В. Зунге 64,2±1,07 та 69,2±1,17 бала відповідно. За методикою Е. Бека у зазначеного контингенту хворих показник депресії мав середнє значення та свідчив про наявність субдепресивного стану. В обстежених порівняльної групи за обома методиками депресивний стан не виявлено.

Зміни депресивного стану залежно від нозології та порівняння методів диференційної діагностики (В. Зунге та Е. Бека) наведено на рис. 2.

Другим етапом роботи стало дослідження структури психоемоційного стану у хворих на АГ та ІХС. Відомо, що емоції є складним вираженням зворотної реакції організму людини на біологічно та соціально значущий вплив. Разом з тим, виникаючи первинно як фізіологічне явище та не втрачаючи свого змісту на рівні соціальних факторів та міжособистісних стосунків, емоції виступають як психічні явища — своєрідна форма відображення дійсності. У свою чергу, негативні емоції мають захисну спрямованість, коли їх перевага в умовах психічної травми забезпечує активацію та мобілізацію адаптивних мозкових механізмів, направлені на вирішення конфліктної ситуації. Стан помірного емоційного напруження, що забезпечує оптимальний рівень нервово-психічного тону, має в цілому позитивний адаптивний вплив на процеси діяльності людини, сприяє прискоренню та уточненню її реакцій, прийняттю рішення в ситуації, яка потребує вибору. Але за надмірного емоційного напруження, при повторних психотравмуючих впливах, які перевищують можливості психічної адаптації індивіда, розвивається складний комплекс психічних та соматичних порушень — емоційний стрес. При цьому внутрішні наміри особистості не співпадають з об'єктивними умовами її діяльності, конфлікт мотивів та цілей створює підґрунтя для формування емоційно-стресових реакцій [6, 14].

Структуру та інтенсивність емоцій хворих на АГ та ІХС вивчали за допомогою «Карти самооцінки емоційного стану» (табл. 2).

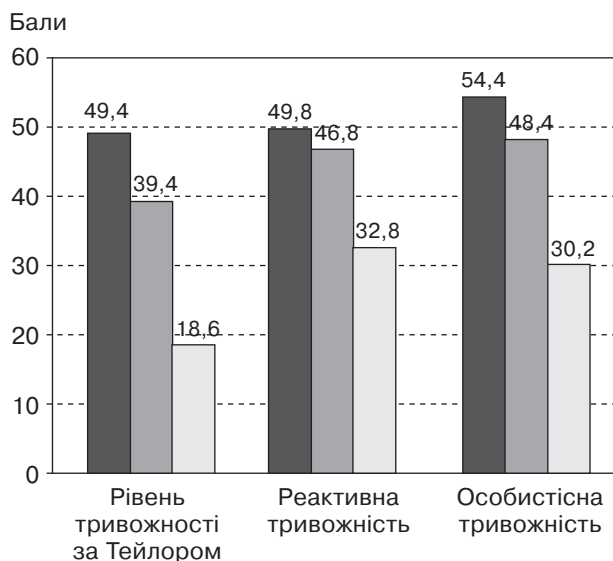


Рис. 1. Порівняння рівнів тривожності обстежених за методикою Дж. Тейлор та Ч. Спілбергера — Ю. Ханіна: ■ основна група I; ■ основна група II; □ порівняльна група

У хворих на АГ встановлено переважання емоцій тривожно-депресивного змісту: тривога — 97,1%, смуток — 95,7%, досада — 91,4%, засмучення — 87,1%, туга — 80,0%.

У пацієнтів з ІХС в структурі емоцій переважали: страх — 98,6%, боязнь — 98,6%, тривога — 95,7%, переляк — 90,0%, туга — 87,1%, жах — 85,7%, горе (скорбота) — 85,7%, відчай — 84,2%.

У досліджених порівняльної групи встановлено переважання позитивних емоцій: довіра — 81,4%, задоволення — 64,1%, симпатія — 61,5%, впевненість — 57,9%, радість — 51,9%.

Підсумовуючи результати аналізу структури емоцій у досліджених основних груп можна стверджувати, що у пацієнтів з ІХС порівняно із хворими на АГ переважали негативні емоції фобічного кола (боязнь, страх, тривога, жах, переляк), які рееструвалися на фоні досить інтенсивних емоцій депресивного спектру (туга, смуток, досада, горе, засмучення); у свою чергу, позитивні емоції зустрічалися рідко. А серед пацієнтів, що страждали на АГ, встановлено переважання емоцій тривожно-депресивного кола ($p \leq 0,01$).

Підсумовуючи проведену роботу, можна стверджувати, що особам з АГ та ІХС властивий високий рівень діючого стресу (напружений ритм життя), низький рівень стресостійкості та соціальної адаптації, максимальні показники рівня соціальної фрустрованості. Ці властивості сприяють розвитку в них ХСК. Наявність високого рівня алекситимії в структурі особистості пацієнтів з АГ та ІХС є додатковим, обтяжуючим перебіг захворювання фактором, що сприяє розвитку невротичної тривоги та депресії.

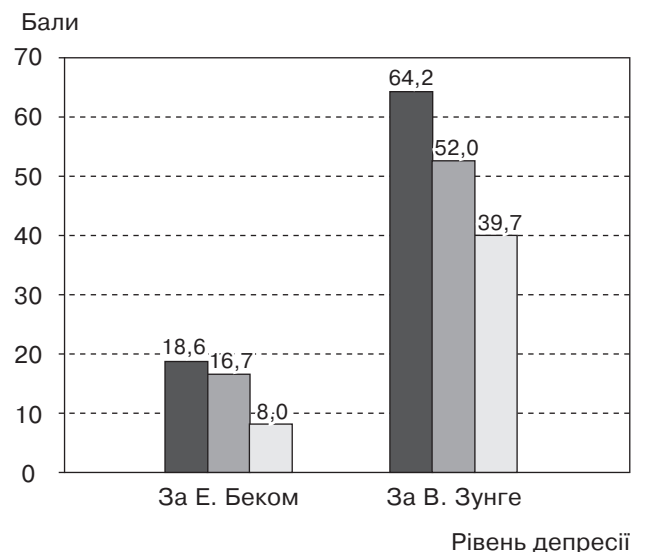


Рис. 2. Показники рівня вираженості депресії у обстежених за методиками Е. Бека та В. Зунге: ■ основна група I; ■ основна група II; □ порівняльна група

Таблиця 2

Структура емоцій у досліджених пацієнтів — частота зустрічальності, %

Емоція	Групи		
	основна I, n = 68	основна II, n = 65	порівняльна, n = 30
Задоволення	15,7±3,6	—	64,1±0,2
Радість	18,6±3,9	—	51,9±1,2
Тріумфування	—	—	1,7±0,5
Захоплення	—	—	3,6±0,7
Упевненість	24,3±4,3	—	57,9±6,4
Гордість	8,6±2,8	8,6±2,8	41,2±3,1
Довіра	48,6±5,0	24,3±4,3	81,4±0,7
Симпатія	18,6±3,9	7,1±2,9	61,5±0,5
Захоплення	—	—	29,1±1,2
Розчулення	—	—	16,1±1,3
Ніжність	20,0±4,6	5,7±2,3	31,4±2,3
Самозадоволення	4,3±2,0	—	28,5±2,3
Блаженство	—	—	6,3±1,1
Зловтіха	—	—	4,9±1,1
Відчуття полегшення	20,0±4,9	24,3±2,0	53,9±2,3
Відчуття задоволення собою	24,3±4,3	21,4±4,1	64,3±0,9
Відчуття безпеки	11,4±3,2	—	57,9±3,1
Передчуття	—	25,7±4,4	10,9±1,2
Цікавість	15,7±3,6	—	21,3±0,9
Здивування	4,3±2,03	—	14,1±2,7
Подив	1,4±1,2	—	3,4±0,9
Байдужість	31,4±1,2	32,9±3,3	18,3±1,4
Незадоволення	65,7±4,4	55,7±4,9	34,3±0,7
Горе (скорбота)	77,1±4,2	85,7±3,5	17,2±0,7
Туга	80,0±4,0	87,1±3,4	20,0±0,3
Сум	77,1±4,2	68,6±4,6	29,1±2,4
Відчай	67,1±4,7	84,3±3,6	10,2±2,1
Засмучення	87,1±3,4	61,4±4,9	14,3±3,2
Тривога	97,1±1,7	95,7±2,0	35,3±5,1
Образа	57,1±4,5	40,0±4,9	19,1±0,7
Боязнь	85,7±3,5	98,6±1,2	24,5±3,1
Переляк	61,4±4,8	90,0±3,0	4,7±0,9
Страх	87,1±3,4	98,6±1,2	12,1±0,5
Жалість	80,0±4,0	65,7±4,8	9,4±3,1
Співчуття	77,1±4,2	47,1±4,9	26,1±5,3
Жаль	70,0±4,6	38,6±4,9	22,1±0,7
Досада	91,4±2,8	67,1±4,7	13,1±0,6
Гнів	24,3±4,3	18,6±3,9	14,7±1,3
Відчуття образи	18,6±3,9	22,9±4,2	12,1±0,7
Обурення	4,3±2,03	10,0±3,0	9,9±1,3
Ненависть	1,4±1,2	—	9,1±2,1
Неприятність	12,9±3,4	—	22,1±0,9
Злість	40,0±3,0	32,9±3,4	6,1±1,7
Смуток	95,7±2,0	62,7±4,8	16,8±2,3
Нудьга	51,4±5,0	27,1±2,6	4,1±0,3
Жах	58,6±4,9	85,7±3,5	—
Сором	7,1±2,6	—	9,1±0,2
Лють	1,4±1,2	4,3±2,0	4,5±0,9
Презирство	35,7±2,3	22,9±1,7	7,3±0,7
Огида	42,9±3,4	40,0±3,0	9,1±0,3
Незадоволеність собою	65,7±4,8	74,3±4,3	21,5±1,1
Гіркота	67,1±4,7	58,6±4,9	8,1±0,3

Таким чином, хворі на АГ та ІХС виявились набагато чутливішими до дії соціальних стрес-факторів, ніж здорові особи. Спираючись на результати проведеного дослідження можна стверджувати, що для ефективної реабілітації пацієнтів з АГ та ІХС обов'язково має проводитися аналіз психо-емоційного стану як основа для вибору психокорекційних та психопрофілактичних заходів. Такий підхід надасть можливість покращити якість лікування та полегшити соціальну адаптацію пацієнтів.

Література

1. Сучасний стан здоров'я народу та напрямки його покращання в Україні: Аналітично-статистичний посібник / Під ред. В. М. Коваленка.— К., 2005.— 140 с.
2. Маркова М. В., Бабич В. В. Медико-психологічні аспекти розвитку та перебігу хвороб системи кровообігу // *Новости медицины и фармации. Неврол. и психиатрия. Спец. выпуск.*— 2008.— № 243.— С. 71–74.
3. Корнацький В. М., Клименко В. І. Хвороби системи кровообігу і психічне здоров'я.— Київ, 2009.— 176 с.
4. Постанова КМ України № 761 від 31.05.2006 «Про затвердження Державної програми запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань на 2006–2010 рр.».
5. Сидоренко Б. А., Ревенко В. Н. Психоэмоциональное напряжение и ишемическая болезнь сердца.— Кишинев: Штиинца, 1988.— 150 с.
6. Психокордиология / А. Б. Смулевич, А. Л. Сыркин, М. Ю. Дробижев, С. В. Иванов.— М.: МИА, 2005.— 778 с.
7. Oparil S., Oberman A. Nontraditional cardiovascular risk factors // *Am. J. Med. Sci.*— 1999.— Vol. 317 (3).— P. 193–207.
8. Effects of Psychological Stress and Psychiatric Disorders on Blood Coagulation and Fibrinolysis / R. Von Kanel, P. J. Mills, C. Fainman, J. E. Dimsdale // *Psychosom. Med.*— 2004.— Vol. 63.— P. 531–544.
9. Первый В. С., Маркова М. В. Комплексная диагностика тревожно-фобических расстройств при ишемической болезни сердца // *Псих. здоров'я.*— 2008.— № 3 (20–21).— С. 7–14.
10. Маркова М. В., Бабич В. В., Степанова Н. М. Психосоціальний стрес та негативний вплив макро- й мікросоціальних чинників як складова розвитку хвороб системи кровообігу // *Зб. наук. праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика.*— 2008.— № 4.— С. 336–348.
11. Медико-психологічні аспекти розвитку, перебігу та терапії невротичних, пов'язаних зі стресом розладів, коморбідних з артеріальною гіпертензією / С. І. Табачников, М. В. Маркова, Є. М. Харченко та ін. // *Таврич. журн. психиатрии.*— 2007.— Т. 11, № 2 (39).— С. 32–48.
12. Дзержинская Н. А. Коморбидные психические расстройства у пожилых пациентов общей медицинской (кардиологической) практики: Дис. ... докт. мед. наук.— К., 2003.— 308 с.
13. Корнацький В. М., Маркова М. В., Степанова Н. М. Оцінка психосоціальних чинників ризику розвитку хвороб системи кровообігу у пацієнтів первинної ланки медико-санітарної допомоги: Метод. рекомендації.— К., 2007.— 14 с.
14. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты.— Самара: БАХРАХ-М, 2002.— 668 с.
15. Марута Н. А. Эмоциональные нарушения при невротических расстройствах.— Харьков: Арсин, 2000.— 160 с.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Н. М. СТЕПАНОВА

Представлены результаты анализа психоэмоциональных состояний больных с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца. Обоснована необходимость анализа психоэмоционального состояния этих пациентов, проведения психокорректирующих и психопрофилактических мероприятий для их эффективной реабилитации.

Ключевые слова: психоэмоциональное состояние, стрессоустойчивость, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца.

PECULIARITIES OF PSYCHOEMOTIONAL STATE OF THE PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND CORONARY ARTERY DISEASE

N. M. STEPANOVA

The results of the analysis of psychoemotional state of patients with arterial hypertension and coronary artery disease are presented. The necessity of analysis of psychoemotional state of these patients, psychocorrecting and psychopreventive measures for their rehabilitation was substantiated.

Key words: psychoemotional state, stress stability, arterial hypertension, coronary artery disease.

Надійшла 17.02.2010