

Факторы формирования психических нарушений у лиц молодого возраста, перенесших неотложные кардиологические состояния

Е.С. Курасов, К.А. Кобозова

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра психиатрии,

e-mail: doc4678@mail.ru, тел.: 8(911)963-02-21.

Резюме: исследовано 234 пациента молодого возраста с психическими расстройствами после перенесенных неотложных кардиологических состояний (острого коронарного синдрома, гипертонических кризов и нарушений сердечного ритма). Проанализированы клинико-anamnestические и патопсихологические особенности этих пациентов. Показано, что формирование психических расстройств происходит под влиянием «внутренних» (биологических, личностно-типологических) и «внешних» (социально-психологических и нозогенных) факторов. Установлены основные конституционально-личностные особенности, способствующие формированию гипер- (гистрионный, тревожный, ананкастный, возбудимый, пограничный) и гипонозогнозических (шизоидный и нарциссический типы) нарушений при неотложной кардиологической патологии. Исследована прогностическая значимость отдельных нозогенных (психотравмирующих) факторов.

Ключевые слова: неотложные кардиологические состояния, психические расстройства, факторы формирования, молодой возраст.

Factors of formation of mental disorders in young age persons, who has transferred urgent cardiological conditions

E.S. Kurasov, K.A. Kobozova

Military Medical Academy. SMKirov

Abstract: studied E.S. Kurasov, K.A. Kobozova

234 young patients with mental disorders after suffering a cardiac emergency conditions (acute coronary syndrome, hypertensive crises and cardiac arrhythmias). Analyzed clinical and medical history and pathopsychological features of these patients. It is shown, that the formation of mental disorders is influenced by «internal» (biological, personality-typological) and «external» (social-psychological and nosogenic) factors.

Established the basic constitutional-personality characteristics, that contribute to the formation of hyper- (histrionic, anxious, anankast, excitable, borderline) and hyponosognical (schizoid and narcissistic types) disorders in acute cardiac disease. Investigated the prognostic significance of individual nosogenic (psychotraumatic) factors.

Key words: cardiac emergency conditions, mental disorders, factors of forming, young age.

Введение. Несмотря на стремительное развитие медицины и современных технологий, кардиологические заболевания остаются основной причиной смертности населения в развитых странах. Наряду с этим, в последние годы в Российской Федерации отмечается значительное их «омоложение» [5].

Схожие тенденции заболеваемости отмечаются и при депрессивных расстройствах, нередко коморбидных с целым рядом соматических заболеваний, в том числе – сердечно-сосудистыми (ССЗ). По данным Всемирной организации здравоохранения (2006), к 2020 г. депрессии займут второе место по распространенности после ССЗ, а к 2030 г. – выйдут на первое место [1,7].

В настоящее время описаны психические нарушения при ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, нарушениях сердечного ритма. В целом, больные кардиологического профиля, по данным разных исследователей, страдают различными формами психических нарушений в 15-85 % случаев [2,3,4].

Психические расстройства, развивающиеся после неотложных кардиологических состояний (НКС), оказывают значительное влияние на течение и прогноз основного заболевания, а также определяют качество жизни больных [2,7]. По данным проведенных мультицентровых исследований, распространенность только депрессивных состояний у пациентов с различными формами неотложной кардиологической патологии колеблется от 18 до 60% [1,6]. Все это определяет актуальность изучения особенностей формирования психических нарушений у пациентов, перенесших НКС.

Цель исследования: изучить факторы формирования психических нарушений у лиц молодого возраста, перенесших неотложные кардиологические состояния.

Материал и методы исследования. Было изучено 234 пациента молодого возраста, перенесших острый коронарный синдром (ОКС), гипертонические кризы (ГК) и нарушения сердечного ритма (НСР) (пароксизмальную наджелудочковую тахикардию, синусовую тахикардию ассоциированную с ГК, АВ-блокады 2 степени II типа, политопные и частые групповые экстрасистолы, мерцание и трепетание предсердий). У всех обследованных были

выявлены коморбидные психические нарушения отдаленного периода, обусловленные НКС: расстройства депрессивного спектра (адаптационные, тревожно-фобические и соматоформные расстройства, нозогенные и эндогенноформные депрессивные реакции, аффективные нарушения в рамках эндогенной патологии), тревожно-диссоциативные невротические реакции и соматогенные астенические расстройства. Средний возраст обследованных составил $34,8 \pm 4,8$ лет. В исследование не включались лица с алкогольной или наркотической зависимостью, тяжелыми декомпенсированными соматическими (не кардиологическими) и неврологическими заболеваниями. Основным методом исследования был клинико-психопатологический. С целью стандартизации диагностических заключений использовалась шкала для оценки депрессии CES-D, шкала оценки тревоги Гамильтона (HARS), самооценочная шкала депрессии Цунга (ШДЦ) и самооценочная шкала тревоги Цунга (ШТС). Экспериментально-психологическое исследование проводилось при помощи опросника MMPI, при этом изучалась личностная и аффективная сфера больных. Полученные данные сравнивались с результатами обследования 50 соматически и психически здоровых лиц: 30 мужчин и 20 женщин, средний возраст $32,8 \pm 4,9$ лет, без признаков кардиальной патологии в прошлом (контрольная группа).

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования были проанализированы клинико-anamnestические и патопсихологические особенности пациентов. Проведен сравнительный анализ выявленных факторов риска и определена их прогностическая значимость.

При анализе клинико-anamnestических характеристик все этиопатогенетические факторы были условно разделены на четыре основные группы: биологические, социально-психологические, конституционально-личностные и нозогенные.

Анализ конституционально-биологических особенностей показал, что среди пациентов с психическими нарушениями была выявлена достоверно ($p < 0,05$) более высокая наследственная отягощенность кардиологическими заболеваниями: гипертонической болезнью (26,3%), ишемической болезнью сердца (22,8%), сахарным диабетом (12,4%), атеросклерозом (9,1%) по сравнению с контрольной группой. При этом показатели у пациентов с ОКС и ГК между собой значимых различий не имели (68,7% и 79,4%), но были достоверно выше ($p < 0,05$), чем при НСР (56,1%).

Было установлено, что в основной группе достоверно чаще ($p < 0,05$) наблюдалась отягощенность наследственности психическими расстройствами (27,2%), которая имела

некоторые специфические особенности при разных НКС. Так, среди лиц с депрессивными нарушениями эндогенного и эндогенноформного характера при ОКС и ГК была выявлена наибольшая отягощенность эндогенными психическими заболеваниями (25,4% и 28,3%), особенно аффективного круга (рекуррентной депрессией и биполярным аффективным расстройством – 15,5% и 18,5%, соответственно). Также в анамнезе этих больных отмечались эмоциональные (субдепрессивные, гипоманиакальные) фазовые колебания субклинического уровня, которые в 46,1% и 32,1% наблюдений носили очерченный сезонный характер.

Среди обследованных пациентов с психопатологической симптоматикой после ОКС и ГК достоверно чаще ($p < 0,05$) встречались мужчины (86,5% и 82,4%), по сравнению с женщинами. В группе больных с НСР, напротив, достоверно чаще ($p < 0,01$) преобладали женщины (65,9%), чем при других НКС. Более детальный анализ показал, что последние чаще обращались за психиатрической помощью на ранних этапах заболевания. В свою очередь, мужчины длительное время предпочитали «самостоятельно справляться» с симптомами психического расстройства, купировали их приемом алкоголя и других ПАВ (каннабиноиды, транквилизаторы), в связи с чем позже попадали в поле зрения психиатров и психотерапевтов.

Следует отдельно отметить признаки «биологической неполноценности» центральной нервной системы (так называемой, невропатической конституции) с явлениями соматовегетативной неустойчивости (симптоматической лабильности и склонности к преходящим астеническим реакциям), которые были выявлены у 133 (56,8%) обследованных. В анамнезе этих лиц отмечались черепно-мозговые травмы – 124 (52,9%), сноговорение – 49 (20,9%) наблюдений. В преморбидном периоде клиническая картина определялась пароксизмально возникающими соматоформными, психовегетативными кризами и субклинической органоневротической симптоматикой. Как правило, эти состояния, возникали в ответ на воздействие как триггерных (перемена погоды, воздействие жары, духоты, повышенной инсоляции и др.) факторов, так и психотравмирующих ситуаций. Также, характерной особенностью этих пациентов являлась резкая непереносимость летучих растворителей, красок и других веществ (т.н. множественная химическая чувствительность) – 106 (45,3%) наблюдений.

У обследованных больных с ГК достоверно чаще ($p < 0,05$) отмечалось злоупотребление алкоголем (не достигавшее формы зависимости), а также эпизодическое употребление психоактивных веществ (в основном, каннабиноидов) – 52 (53,0%) человека.

При ОКС и НСР они составили 6 (33,4%) и 34 (28,8%) наблюдения, соответственно. Возникновение НКС у таких пациентов, как правило, происходило на фоне течения основного кардиологического заболевания в течение одних-двух суток после употребления ПАВ. Вегетативные и психические нарушения, развивавшиеся после интоксикации, выступали в качестве «триггеров» неотложного состояния. В 71,7% наблюдений это сочеталось с высокими нагрузками (в основном, физического характера) и полиморфной астенической и астеноподобной симптоматикой донозологического уровня.

Проведенное исследование показало, что среди обследованных пациентов основной группы также достоверно чаще ($p < 0,05$) отмечались сопутствующие психосоматические заболевания, особенно органоневротические расстройства дыхательной и пищеварительной систем (гипервентиляционный синдром – 19 (8,1%) и синдром раздраженной кишки – 14 (5,9%) наблюдений).

Особого внимания заслуживает факт того, что у больных с психическими расстройствами после НКС в прошлом достоверно чаще ($p < 0,05$), чем в контрольной группе, отмечались случаи внезапных летальных исходов вследствие кардиологических заболеваний среди членов семьи и близких родственников – 88 (37,6%) наблюдений. Их частота при ОКС и ГК была примерно одинаковой (44,4% и 41,8%), но достоверно выше ($p < 0,05$), чем при НСР (30,5%).

Такие больные, как правило, являлись свидетелями этих негативных событий, что приводило к психотравматизации, глубоким переживаниям и повышенной индивидуальной «чувствительности» к ситуациям, связанным с резким ухудшением соматического состояния, вызовами скорой помощи, госпитализациями и т.п. Большинство пациентов в течение нескольких лет отмечали яркие воспоминания о произошедшем в виде «флэшбэков» и тематических сновидений. У лиц с характерологическими особенностями тревожного круга формировалась убежденность в «повторении судьбы родных». В случае развития неотложного состояния психическое состояние этих больных отличалось наиболее выраженным аффектом страха и тревоги, а также яркими ассоциированными воспоминаниями о событиях прошлого.

Проведенное исследование показало, что среди обследованных пациентов достоверно чаще ($p < 0,05$) встречались лица, проживавшие в больших городах («мегаполисах») – 169 (72,2%), чем в небольших населенных пунктах – 65 (27,8%) наблюдений. Как правило, это было сопряжено с повышенными психоэмоциональными нагрузками, более

неблагоприятными условиями труда и высокой плотностью населения, что приводило к формированию «астенической почвы» для развития психических нарушений до и после НКС.

Неудовлетворенность профессиональной деятельностью до развития НКС наблюдались у 4 (22,2%) у пациентов с ОКС, 51 (52,1%) с ГК, 41 (34,7%) с НСР и достоверно различались ($p<0,05$) между собой. Это было связано с наиболее высокими притязаниями пациентов с ГК и аритмиями в отношении своего профессионального уровня, недостаточной «самореализацией» в выбранной сфере деятельности, а также нежеланием заниматься «неинтересным им делом». После манифестации НКС отмечалось усиление неудовлетворенности работой, в наибольшей степени при ГК (23,3%) и НСР (19,8%). Это было обусловлено убежденностью пациентов в том, что причиной ухудшения их здоровья стала, в том числе, и «тяжелая» профессиональная деятельность.

Изучение семейного положения обследованного контингента также выявило определенные особенности. Большинство пациентов основной группы отмечали неудовлетворенность своим семейным положением (44,4%, 53,1% и 57,6% при ОКС, ГК и НСР), а отношения в браке характеризовали как «конфликтные» и «напряженные». При этом различия между ОКС и ГК, а также ОКС и НСР были достоверными ($p<0,05$), что свидетельствовало о наибольшей роли семейной дисгармонии в формировании психических расстройств при ГК и аритмиях, по сравнению с ишемической болезнью сердца. Следует отметить, что пациенты с аритмиями, протекавшими в рамках соматоформных расстройств, со временем достоверно чаще ($p<0,05$) по сравнению с ОКС и ГК отмечали некоторое «улучшение семейных отношений» после развития кардиологических и психопатологических нарушений – 21 (17,8%) наблюдение. Как правило, это было обусловлено формированием «вторичной выгоды», манипулятивными тенденциями и использованием своего изменившегося соматического состояния для стабилизации ситуации в семье.

В ходе исследования нами была изучена выраженность психопатологической симптоматики у больных с разным семейным положением (табл. 1).

Таблица 1

Выраженность депрессивных и тревожных нарушений
в зависимости от семейного положения пациентов

Семейное положение	Депрессивные нарушения		Тревожные нарушения	
	CES-D	ШДЦ	HARS	ШТЦ
Холост (не замужем)	29,2±5,7	58,2±5,4	25,3±3,1	51,2±5,4
Разведен (разведена)	27,6±3,1	54,4±6,2	24,3±2,4	50,1±2,7
Женат (замужем)	25,1±1,8	51,1±4,4	17,4±2,8*	45,7±3,9

* - достоверность различий при $p < 0,05$

Исследование показало, что наименьшие проявления тревоги были выявлены у семейных пациентов ($p < 0,05$), различий в выраженности депрессивной симптоматики выявлено не было. Значимых различий между холостыми и разведенными пациентами также не обнаружено. Полученные результаты свидетельствуют об отрицательном влиянии фактора одиночества и отсутствия микросоциальной поддержки на формирование психических нарушений после НКС.

В результате клинико-психопатологического и экспериментально-психологического исследований пациентов в отдаленном периоде психических нарушений в 174 (74,4%) случаях были выявлены те или иные характерологические особенности в зависимости от особенностей реагирования на НКС: в 153 (65,4%) при гипернозогнозических расстройствах (с высокой субъективной значимостью НКС и негативной эмоциональной реакцией на него), и в 21 (8,8%) – при гипонозогнозических тревожно-диссоциативных расстройствах (с тенденцией к недооценке значимости неотложного состояния, эгодистонному отношению к проявлениям соматической болезни). Исследование показало, что для каждого типа реагирования на НКС были характерны определенные конституционально-личностные особенности.

При гипернозогнозических расстройствах были выявлены пациенты с характерологическими особенностями кластеров В (истероидный (гистрионный), пограничный) и С (тревожный (избегающий) и ананкастный типы).

Демонстративное поведение, эгоизм и частая смена настроения, полиморфная конверсионная симптоматика были наиболее типичными особенностями у больных с истероидной (гистрионной) акцентуацией – 75 (32,1%) случаев. Для этих лиц также были характерны дефицитарность когнитивной и эмоциональной сферы, а также использование заимствованных извне, воображаемых и неадекватных ситуации форм поведения после развития неотложного состояния (как сразу, так и в дальнейшем). При этом наблюдалась неоднородность проявлений истероидной акцентуации при гипер- и гипонозогнозических нарушениях: в первом случае преобладали лица с истеро-ипохондрическими чертами, а во втором – с гипертимными.

Пациенты с истеро-ипохондрическими особенностями (конверсионными нарушениями) – 54 (23,1%) наблюдения, отличались высокой эмоциональной лабильностью, склонностью к замещению ярких аффективных реакций страха и тревоги полиморфными

конверсионным симптомами (чувством «нехватки воздуха», «кома в горле», двигательными и чувствительными нарушениями по типу «перчаток» и «носков»). Все это было направлено на привлечение к себе внимания окружающих и достижение сочувствия и заботы с их стороны, что реализовывалось в виде демонстрации кардиальных симптомов. При этом зачастую происходило «заимствование» симптоматики из субъективных представлений об определенной неотложной патологии (увиденных ранее или прочитанных в литературе, Интернете, социальных сетях). При возникновении объективно подтверждаемых изменений (нарушений ритма, подъемов АД) в качестве ведущего механизма привлечения внимания выступала отчетливая аггравация соматических жалоб.

Тревожный (избегающий, психастенический) тип составил 56 (23,9%) наблюдений. Эти лица отличались повышенной чувствительностью к изменяющимся условиям повседневной жизни, чрезмерной реакцией на настроение и поступки окружающих (в основном, своего начальства и родных), а также робостью, застенчивостью. После развития НКС (особенно, в случае их повторения), отмечалась постепенное нарастание астеноподобной, тревожно-депрессивной симптоматики, тенденций к самосбережению, уклонению от психоэмоциональных и физических нагрузок, а также аккуратному и последовательному выполнению врачебных рекомендаций. В наибольшее «завершенном» виде это было характерно для лиц старше 40 лет и нередко приводило к формированию ипохондрических нарушений.

Ананкастный (обсессивно-компульсивный) личностный тип встречался в 16 (6,8%) случаях и характеризовался повышенной осторожностью, склонностью к сомнениям, отсутствием внутренней уверенности в своих чувствах, правильности суждений, поступков, оценки окружающих и нерешительности в принятии решения. Развитие НКС у этих пациентов, зачастую, сопровождалось специфическими соматическими ощущениями с чувством «внутреннего напряжения», повышением тонуса мышц плечевого пояса, затылка, а также стойкими головными болями «напряжения» психогенного (как правило, ситуационно обусловленного) характера. Отличительной особенностью ананкастных личностей являлось наиболее частое, по сравнению с другими типами, формирование стойких фобических нарушений (кардио-, инсульто-, танатофобии) и двигательных навязчивостей (в виде регулярного «расправления» и «разминания» грудной клетки, шеи), которые также усиливались на фоне эмоционального стресса.

Эмоционально-неустойчивые личностные особенности были представлены двумя вариантами – возбудимым (эксплозивным) и пограничным типами. Эксплозивные (возбудимые) особенности были выявлены у 18 (7,7%) пациентов. Эти больные отличались импульсивностью, раздражительностью, эмоциональной неустойчивостью, повышенной конфликтностью, агрессивными тенденциями в стрессовых ситуациях и поведенческими нарушениями. У 7 (2,1) пациентов отмечалось сочетание возбудимых и демонстративных личностных особенностей. Такие лица отличались склонностью к злоупотреблению различными ПАВ, а также своеобразной «жаждой новых ощущений». Исследование показало, что после перенесенного НКС у этих пациентов отмечалось формирование специфических соматоформных нарушений по типу постаддиктивной ипохондрии.

Пограничная акцентуация составила 9 (3,8%) наблюдений и встречалась только у женщин. Эти пациентки характеризовались повышенной эмоциональностью и реактивной лабильностью, проявлявшейся формированием дистимических состояний тревожно-депрессивного характера, не достигавших клинически очерченного уровня. Отличительной особенностью этих больных являлось развитие на фоне повторных ГК и аритмий психогенно (нозогенно) и соматогенно обусловленной квазипсихотической симптоматики в виде полиморфных диссоциативных, фобических и соматоформных нарушений. Также они отмечались при усложнении клинической картины соматического заболевания и на высоте тревожно-вегетативных пароксизмов.

При гипонозогнозическом типе реагирования на НКС были выявлены индивидуально-личностные особенности шизоидного, гипертимно-истероидного и нарциссического типов.

Шизоидный тип акцентуации встречался в 7 (2,9%) случаях. Эти больные характеризовались склонностью к уединению, замкнутости и испытывали наибольшие затруднения в построении межличностных контактов. В лечебных учреждениях они не заводили знакомств с соседями по палате, медицинским персоналом, предпочитая находиться в одиночестве. В целом, после возникновения неотложных состояний у таких пациентов формировалась тенденция к недооценке значимости соматического страдания, эгодистонное отношение к проявлениям болезни и убежденность в возможности «самостоятельного совладения» с ее проявлениями.

Как указывалось ранее, среди пациентов с гипонозогнозическим типом реагирования также встречались лица с истероидными личностными особенностями. При этом, в отличие от описанного ранее конверсионного типа, лица с гипертимно-истероидной акцентуацией (10

(4,3%) наблюдений) характеризовались постоянной умеренной приподнятостью настроения, непринятием ограничений, а также стремлением к активному участию к общественной жизни. Нами было установлено, что достоверно чаще ($p < 0,05$) такой тип реагирования встречался у больных, перенесших ГК – 6 (2,6%) случаев.

Пациенты с нарциссическими особенностями были выявлены только среди мужчин и составили 4 (1,7%) наблюдения. Они имели определенное «внешнее» сходство с истероидной акцентуацией в виде склонности к драматизации и желания привлечь к себе внимание окружающих. Вместе с этим для них были характерны повышенные амбициозность, самомнение, высокомерие и чувство превосходства над окружающими (т.н. «грандиозность»). В общении с родственниками, медицинским персоналом они были лишены чувства эмпатии, сочувствия к окружающим и были охвачены идеей своего «физического совершенства».

В соответствии с современными представлениями о возникновении нозогенных расстройств (Смулевич А.Б. и соавт., 2005), нами были изучены такие психотравмирующие факторы НКС (табл. 2), как формулировка и семантика диагноза (его значение, опасность для жизни, с которой он ассоциируется); возможность влиять на проявления болезни («контролируемость» симптомов); ограничения, налагаемые соматическими изменениями на повседневную деятельность. Также проанализированы особенности динамики кардиологического заболевания (выраженность нарушений жизненно важных функций (ишемия миокарда, общие нарушения гемодинамики и др.), частота обострений).

Таблица 2

Нозогенные факторы формирования психических нарушений при НКС

Нозогенный фактор	ОКС n=18		ГК n=98		НСП n=118	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Формулировка и семантика диагноза	7	38,9 ^{1,2}	25	25,5	58	49,2 ^{2,3}
Клинические проявления НКС (болевые ощущения, головокружения и т.д.)	8	44,4 ^{1,2}	38	38,7	37	31,4
Частые (более 2 раз в неделю) обострения НКС	1	5,6	34	34,7 ¹	32	27,1 ²
Отсутствие субъективной возможности влияния на проявления НКС	6	33,3	41	41,8 ¹	53	44,9 ³
Ограничения, налагаемые на повседневную деятельность	7	38,9 ^{1,2}	32	32,7 ³	28	23,7
Ограничение работоспособности	3	16,7	17	17,3	21	17,8

Примечание: ¹ - достоверность различий между ОКС и ГК ($p < 0,05$); ² - достоверность различий между ОКС и НСР ($p < 0,05$); ³ - достоверность различий между ГК и НСР ($p < 0,05$).

Формулировка и семантика диагноза имели достоверно ($p < 0,05$) более выраженное психотравмирующее значение у пациентов с НСР (49,2%) и ОКС (38,9%), по сравнению с ГК (25,5%). Как правило, это было обусловлено широкой распространенностью в современном обществе представлений об инфаркте миокарда как о «тяжелом, «смертельно опасном» заболевании с высоким «риском инвалидности» и неблагоприятным прогнозом. У пациентов с нарушениями ритма психотравмирующее воздействие имел, напротив, недостаток информации и отсутствие субъективных представлений о сообщенном им заключении (например, «реципрокной наджелудочковой тахикардии», «WPW-синдроме»). Такие ситуации способствовали возникновению состояний тревоги и неопределенности.

Клинические проявления и симптоматика неотложного состояния также носили наиболее «травмирующий» характер ($p < 0,05$) у больных с ОКС (44,4%). В наибольшей степени это было характерно для «ангинозного» (болевого) типа течения инфаркта миокарда. Как правило, он развивался без каких-либо предвестников на фоне относительного благополучия и характеризовался типичным бурным началом, выраженным и длительным болевым приступом (мучительными «кинжальными» ощущениями в прекардиальной области с иррадиацией в левую лопатку и руку).

Нозогенные факторы клинических проявлений пароксизмальных наджелудочковых тахикардий (31,4%) также имели свои особенности. По ощущению «сердцебиения» и «кувыркания сердца» такие больные, как правило, с абсолютной точностью ощущали начало и конец приступа. У 31 (26,3%) пациента сопутствующие экстрасистолы вызывали ощущения «замирания сердца», его временной «остановки». Реже (12 (10,2%) случаев) наблюдались головокружения вследствие недостаточного притока крови и снижения мозгового кровообращения.

Частые обострения заболевания (более двух раз в неделю) были наиболее значимы ($p < 0,05$) для лиц с ГК (34,7%) и НСР (27,1%), по сравнению с коронарной патологией. Пароксизмальное (внезапное) развитие неотложного состояния, а также неспособность самостоятельно повлиять на его проявления были наиболее выражены у пациентов с аритмиями. Это приводило к формированию «тревоги ожидания» и кардиофобических нарушений. Для пациентов ГК частота обострений соматического заболевания также имела психотравмирующее значение, однако в отличие от лиц с НСР они отмечали больше

«субъективных возможностей» для «контроля» и купирования ургентного состояния (с помощью приема лекарственной терапии).

Переживания, связанные с ограничениями, налагаемыми НКС на повседневную деятельность, были достоверно ($p < 0,05$) более выражены у пациентов с ОКС (38,9%) по сравнению с остальными группами, что также было обусловлено субъективными представлениями о тяжести соматического заболевания, а также врачебными рекомендациями.

Заключение. Таким образом, формирование психических расстройств у пациентов молодого возраста после перенесенных неотложных кардиологических состояний происходит под влиянием «внутренних» (конституционально-биологических, личностно-типологических) и «внешних» (социально-психологических и нозогенных) факторов. При этом динамика развития этих расстройств зависит от характера, выраженности данных факторов, особенностей их взаимодействия между собой и глубины психосоматических взаимоотношений.

Литература.

1. Иванов, С.В. Депрессия и сердечно-сосудистая патология / С.В. Иванов // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2009. – Т. 11, № 3. – С. 27–32.
2. Костюк, Г.П. Структура и динамика нозогенных психических реакций у больных с различными формами фибрилляции предсердий / Г.П. Костюк [и др.] // Вестник аритмологии. – 2006. – № 44. – С. 26–29.
3. Медведев, В.Э. Психические расстройства и гипертоническая болезнь / В.Э. Медведев // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – Т. 3, № 2. – С. 15–19.
4. Смулевич, А.Б. Психокардиология / А.Б. Смулевич [и др.]. – М., 2005. – 735 с.
5. Сыркин, А.Л. Неотложная кардиология / А.Л. Сыркин [и др.]. – М., 2004. – 520 с.
6. Milan, M.J. Препараты с двойным и тройным механизмом действия для лечения ядерных и коморбидных проявлений большой депрессии: новые концепции, новые препараты (расширенный реферат) / M.J. Milan // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2009. – Т. 11, № 3. – С. 4–20.

7. Wulsin, L.R. Do depressive symptoms increase the risk for the onset of coronary disease? / L.R. Wulsin, B.M. Singal // A systematic quantitative review psychosom. Med. – 2003. – Vol. 65, № 3. – P. 201–210.