

Дифференциальная диагностика и психотерапия у больных ишемической болезнью сердца в процессе санаторной реабилитации после инфаркта миокарда

А.А. Обухов, Г.Н. Головкин, О.В.Кириченко, С.И. Дорохов, В.Е. Востриков
ФГУ «Объединенный санаторий «Подмосковье»» Управления делами Президента РФ

Дифференциальная диагностика психотерапии у больных ишемической болезнью сердца в процессе санаторной реабилитации после инфаркта миокарда

Анализ особенностей психопатологической симптоматики, результатов психоматричной диагностики и психологического поведения пациентов в лечебной фазе, данных клиникопсихологических тестов и в устной форме психологических факторов риска ИБС показал, что у пациентов с инфарктом миокарда в лечебной фазе у пациентов из числа обследованных, у которых выявлены диагностические признаки лечебных перегрузок, у них мотивация поведения и приводящих к патогенным перегрузкам в лечебной фазе отношений на предварительном этапе классификации. Указаны показатели на различных видах психотерапии в зависимости от мотивации перегрузок и их результатов, изложены рекомендации по лечению пациентов после проведенного курса психотерапии.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда

Одной из причин развития ишемической болезни сердца (ИБС) и ее осложнений является перенапряжение в служебной сфере отношений пациентов. Особенно подвержены рабочим перегрузкам лица, поведение которых R. Rosenman и соавторы в 1966 г. описали как поведение типа А.

К этому типу личности относятся люди, которые работают интенсивно и с постоянным стремлением к успеху. Они так заняты работой, что другие аспекты их жизни отходят на второй план. Для них характерны чрезмерная ответственность, тенденция к активности, стремление руководить и доминировать, быть на виду, доказывать свое превосходство и свою ценность. В психофизиологическом плане такие пациенты характеризуются симпатикотонической доминантой. [6]

Людей, для которых характерна беспокойно-напряженная трудовая деятельность, называют также трудоголиками и перфекционистами. Кроме того, к ним относят пациентов, страдающих психогенным синдромом хронической усталости, синдромом «сгорания» и синдромом менеджера.

В проспективных наблюдениях у лиц с поведением типа А через 8,5 лет обнаруживали в 2,37 раза больше случаев инфаркта миокарда, чем у тех, которые не проявляли такого поведения, т.е. принадлежали к типу В. [1]

Цель настоящей работы состояла в обобщении собственного опыта психотерапии больных ИБС, страдающих от перегрузок на работе.

Задачами исследования являлись:

1) определение диагностических признаков служебных перегрузок;

2) выяснение роли служебных проблем в развитии инфаркта миокарда у мужчин-руководителей;

3) изучение мотиваций поведения, приводящего к патогенным перегрузкам в служебной сфере отношений;

4) определение показаний к различным видам психотерапии в зависимости от мотивации перегрузок:

5) разработка и усовершенствование методов психотерапии пациентов, страдающих от перенапряжения на работе.

В соответствии с целью и задачами исследования проанализированы результаты психотерапии 107 мужчин, страдающих ИБС, с давностью инфаркта миокарда от 1 до 6 месяцев. Возраст больных – от 45 до 64 лет (средний возраст составил 57 лет). Все пациенты занимали руководящие должности.

При поступлении в санаторий психопатологическая симптоматика невротического уровня диагностирована клиническим методом у 85 больных (79,4 %).

Особенностями астенического синдрома, выявленного в качестве единственного у 56 человек, являлись утомляемость при физических и эмоциональных нагрузках при сохранении умственной работоспособности, сдерживаемая раздражительность по отношению к сотрудникам и начальникам, неустойчивость настроения, нарушение процесса засыпания и качества сна из-за беспокойных мыслей о работе. Астенический синдром развивался, в основном, за 2-3 месяца до инфаркта миокарда. В целом он имел черты больше психогенного, чем соматогенного или сосудистого характера.

Депрессивный синдром, обнаруженный в сочетании с астеническим у 23 пациентов, выражался безрадостностью, неудовлетворенностью отношениями в служебной сфере, беспредметной тревогой, ощущением душевного и телесного дискомфорта. Он также нередко прослеживался еще до инфаркта миокарда, после которого переживания утраты здоровья, вынужденный отрыв от работы и семьи приумножали депрессивные проявления.

Ипохондрический синдром, диагностированный в сочетании с астеническим и депрессивным у 6 больных, проявлялся уходом от семейных, служебных и личных трудностей в роль больного. У всех шести пациентов ипохондрический синдром формировался после инфаркта.

В дополнение к клиническому методу 54 из 107 пациентов обследованы методиками клинико-психологической диагностики.

При обследовании 51 пациента тестом Люшера повышенные показатели тревоги, стресса и активности при сниженном уровне работоспособности выявлены у 44 чел. (86,2%).

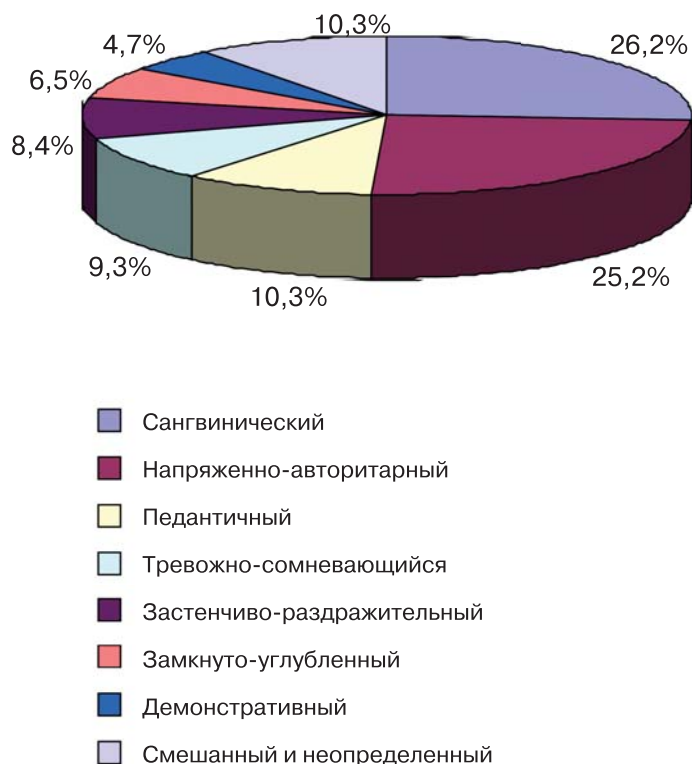


Рис 1. Распределение пациентов по характерам.

При проведении теста СМОЛ выявлены повышенные показатели по шкалам тревоги, депрессии и раздражительности у 30 из 43 обследованных (69,8%).

Тест Дженкинса подтвердил склонность к поведению типа А у 28 из 30 респондентов (80%).

Обследование 11 пациентов с помощью теста межличностных отношений (ТМО) подтвердило наличие негативной напряженности в отношениях с начальником и (или) сотрудниками в 90,9% случаев.

Результаты клинической диагностики характера 107 пациентов (по классификации М.Е. Бурно) [2] отражены на рис. 1.

Согласно полученным данным, среди больных исследуемой группы преобладали лица сангвинического и напряженно-авторитарного характеров. В соответствии с природными лидерскими качествами именно они предрасположены к руководящей деятельности.

Многолетнее действие поведенческих факторов риска ИБС в виде склонности к перееданию, курению, алкоголизации и к пассивному отдыху (гиподинамии) обнаружено у 69 чел. (64,5%). Как правило, пациенты прибегали к ним для уменьшения служебного стресса и для достижения телесного и душевного комфорта.

Проведенный анализ всех диагностических результатов показал четкую психосоматическую связь инфаркта миокарда с перегрузками в служебной сфере у 74 пациентов (69,2%). Они и стали субъектами дальнейшего анализа.

При изучении мотиваций гиперактивного служебного поведения этих 74 больных выявлены следующие группы:

1 группа — мотивации, непосредственно вытекающие из характера пациентов. Они обнаружены у 32 пациентов (43,2 %). Выяснено, что каждый характер по-своему создает себе перегрузки. Например:

А. Одним из подтипов *сангвинического* характера являются, по выражению Э.Кречмера, «энергичные практики», которым свойственна природная расположенность к активной организаторской деятельности. [4]. К ним мы отнесли 9 из 32 больных.

В. Врожденными качествами лиц *напряженно-авторитарного* характера, в частности, являются стремление к доминированию и соперничеству, честолюбие, напряженная настойчивость и стремление к признанию посредством реальных достижений. К данному подтипу были отнесены 8 пациентов.

С. Люди *тревожно-сомневающегося* и *застенчиво-раздражительного* характеров часто вынуждены работать с перегрузками из-за неумения или боязни отказаться от выполнения работы, которая не входит в их обязанности и при этом превышает психофизиологические возможности. К данному подтипу были отнесены 6 больных.

Д. Беспокойство *педантичных* пациентов усиливается из-за приверженности к порядку, особенно на ответственной работе, и заставляет работать сверхурочно. Среди 32 больных пациентов с данным видом характера выявлено 4 человека.

Е. Личностей с *демонстративными* чертами характера (3 чел.) принуждает к чрезмерным усилиям в служебной сфере отношений склонность излишне увлекаться ролью руководителя, преувеличивать ее значимость, жаждать признания.

Е. У руководителей с *замкнуто-углубленным* характером перенапряжение обусловлено необщительностью, ранимостью в конфликтах, погруженностью в себя, трудностью приспособления к быстро меняющейся обстановке реальной жизни. У двоих таких пациентов инфаркт миокарда развился из-за того, что они «сели не в свои сани», перейдя по материальным соображениям с кабинетной теоретической научной деятельности на организаторскую работу в бизнесе.

2 группа — здоровые мотивации, например, мотивации творческого самовыражения, потребность делать ту работу, которая получается лучше, чем другая, и лучше, чем у других, которая приносит радость и делает человека здоровым. Они отмечены у 9 человек (12,2%). Больными их делала не мотивация, а внешние условия работы.

3 группа — мотивации, порожденные внешними условиями. Они обнаружены у 13 чел. (17,6%), среди них следующие:

- начальный этап работы в должности руководителя «запущенного» или «открываемого» предприятия;
- давление со стороны начальников;
- завышенные требования клиентов;
- нехватка кадров;
- искусственные препятствия, чинимые недобросовестными руководителями, чиновниками и проверяющими.

4 группа — невротические (неадекватные обстоятельствам) мотивации, которые выявлены у 20 пациентов (27,0%). Чаше других встречались следующие:

- бегство в работу от семейных и личных проблем;
- понимание мужского и отцовского долга прежде всего как обязанности материально обеспечивать семью;
- неспособность руководить иначе, как личным примером;

- недоверие сотрудникам, которое вынуждает брать их работу на себя;
- невротическое чувство тревоги или вины, проявляющееся в виде ответственности и неспособности переносить критику;
- страх увольнения;
- иллюзорное чувство своей значимости;
- следование родительскому примеру без учета современной ситуации.

Как мы уже отмечали [5], обычно мужчины-руководители, страдающие ИБС, активно участвуют в психотерапии только на тревожной и депрессивной стадиях переживания инфаркта миокарда, которые по времени, как правило, совпадают с санаторным этапом реабилитации. Кроме того, инфаркт миокарда, сам по себе, является сильным регулятором в сторону уменьшения интенсивности труда. Эти обстоятельства содействовали эффективности психотерапии, главная задача которой состояла в том, чтобы пациенты типа А осмыслили природу своих служебных перегрузок и освоили более оптимальные способы поведения.

При мотивациях гиперактивности, вытекающих из характера, лучшие результаты, по нашим данным, приносила психотерапия творческим самовыражением по Бурно. [3]. Внимание пациентов обращалось на возможность самореализации в других сферах деятельности. Часть проблем поведенческого уровня при этом трансформировалась от отношения к работе к отношению к себе, в частности, к своему здоровью.

В случаях, когда перегрузки были обусловлены внешними реалистическими причинами, достаточно было несложных поддерживающих и симптоматических методов психотерапии. В частности, с целью нормализации психического и соматического состояния проводилась гипнотерапия. Курс состоял из 10–15 ежедневных 40-минутных занятий в группе. Их содержанием являлись релаксация, ресурсные трансы, техники достижения душевного и телесного комфорта, постгипнотические внушения, обучение самогипнозу и другим способам уменьшения патогенного стресса. В случаях возрастной и соматогенной астенизации, когда на прежний образ работы здоровья и сил не хватало, прогнозировалась и формировалась ориентация на заслуженный отдых и на спокойную старость.

Наиболее сложная и трудоемкая психотерапия требовалась в невротических случаях «трудоголизма». Неосознаваемые проблемы, приводившие к гиперактивному поведению в служебной сфере, разрешались средствами личностно- и проблемно-ориентированной психотерапии. Среди эмоциональных проблем чаще других прорабатывались состояния тревоги, чувства вины и подавленного гнева.

Улучшение служебных отношений вследствие вышеуказанной психотерапии прогнозировалось у 33 пациентов из 46 (71,6%).

Повторное клиническое обследование проведено 71 пациенту из 74 чел. Существенное улучшение психического состояния отмечено у 61 пациента (85,9%). Быстрее (в течение 7–10 дней) редуцировалась симптоматика астенического синдрома. Медленнее регрессировал депрессивный синдром. Наиболее резистентными к пси-

хотерапии оказались страдающие ипохондрическими расстройствами, поскольку болезнь являлась для них единственно приемлемым способом ухода от непосильных служебных нагрузок.

При повторном обследовании тестом СМОЛ положительная динамика психического состояния отмечена у 26 пациентов из 30 (86,7%), а по тесту Люшера — у 37 человек из 44 (84,1%).

Через 1–3 года после проведенной психотерапии обследовано 10 человек. Шестеро из них рассказали о снижении интенсивности трудовой деятельности без ущерба для ее эффективности.

У четверых из этих 10 пациентов отмечена резистентность гиперактивного служебного поведения к психотерапии. Они не образ жизни адаптировали к болезни, а образ болезни — к прежнему образу жизни.

Проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы:

1. Наиболее частой причиной обострений и осложнений ИБС у мужчин, занимающих руководящие должности, являются служебные перегрузки. На это указывают анализ психопатологической симптоматики, результаты психосоматической диагностики, стили поведения пациентов в служебной сфере, данные клинко-психологических тестов, высокая частота поведенческих факторов риска ИБС.

2. Побудительные мотивы гиперактивного поведения в служебной сфере значительно отличаются от случая к случаю. Причинами перегрузок могут быть свойства характера пациентов, влияния внешних факторов, а также внутриличностные невротические проблемы пациента.

3. Критериями патогенного характера рабочих перегрузок является развитие на их почве невротической и психосоматической симптоматики, а также факторов риска ИБС.

4. В целях предотвращения осложнений ИБС врачам общей практики необходимо своевременно реагировать на симптомы служебных перегрузок, особенно у пожилых мужчин.

5. Для успешной психологической реабилитации больных ИБС, перенесших инфаркт миокарда на почве рабочих перегрузок, требуется дифференциальная диагностика и психотерапия с учетом мотиваций их служебной гиперактивности.

Литература

1. Бойтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. — М., ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999.
2. Бурно М.Е. — О характерах людей. М., 1996.
3. Бурно М.Е. Практическое руководство по терапии творческим самовыражением. — М., Академический проект, 2002.
4. Кречмер Э. Строение тела и характер. — М.: Педагогика — пресс, 1995.
5. Обухов А.А., Головки Г.Н. // Сборник трудов научной конференции, посвященной 25-летию ФГУ «Поликлиника № 3». — М. — 2006. — С. 157-161.
6. Психосоциальные факторы на работе и охрана здоровья // Под ред. Р. Калимо — ВОЗ. Женева, 1989.