

the police bodies and subdivisions regardless of the sphere of law enforcement activity. Besides, public opinion is important, but not entirely accurate indicator of the police activity. In fact, the data depend on many subjective factors. It was established in the process of the research that assessing of the effectiveness of police activity of these states in the sphere of road traffic safety is carried out: firstly, by the established rules; secondly, by separate sections established to standards (indicators); thirdly, on the basis of the certain statistical data related to the investigated object (they demonstrate the state of accidents or other interrelated indicators – detecting violations of road traffic regulations, etc.) and they are suitable for comparison.

The author suggests the system of the criteria of the assessment of patrol police officers activity in the sphere of road traffic safety.

Key words: *road traffic safety, patrol police, criteria, assessment of activity.*

Стаття надійшла 24 травня 2017 р.

УДК 159.923.3:616.89-118

**Р. І. Сибірна,
А. В. Сибірний**

ВПЛИВ СОМАТИЧНИХ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НА ПСИХІКУ ЛЮДИНИ

Розглянуто негативні чинники зовнішнього середовища, що спричиняють розвиток серцево-судинної патології. Встановлено вплив серцево-судинних захворювань на психіку людини. Доведено, що психічні чинники загалом, діють тільки спільно з низкою соматичних факторів ризику (гіперхолестеринемія, артеріальна гіпертензія, паління, цукровий діабет, надмірна маса тіла й ін.). Обґрунтовано необхідність продовження досліджень, результати яких дадуть змогу найефективніше усунути вплив несприятливих психосоціальних і психоемоційних чинників на психіку осіб із соматичними серцево-судинними захворюваннями.

Ключові слова: *психіка, симптоматика, патологія, соматичні хвороби, серцево-судинні захворювання, гіпертонічна хвороба, соматопсихічна рівновага.*

Постановка проблеми. Психосоматичні взаємовпливи, як і психосоматичні хвороби, становлять об'єктивну реальність. Серед складових синдромів таких хвороб постійно співіснують ознаки соматичного неблагополуччя і симптоми зміни психіки. Будь-яка хвороба,

навіть якщо вона не супроводжується руйнівними змінами мозкової діяльності, обов'язково змінює психіку хворого внаслідок появи нових, відсутніх до хвороби форм реагування хворого на хворобу. В цих випадках треба зазначити про вплив страхів, неспокою, хвилювання хворого за наслідок хвороби (своєрідних аутопсихогеній) на його особистість. Таке хвилювання має зазвичай складний характер і охоплює хвилювання суто індивідуальні, які завжди взаємопов'язані з такими, що мають суспільний, соціальний характер.

Порушення, які відбуваються внаслідок розвитку соматичної хвороби, зокрема встановленого в організмі гомеостазу діяльності систем і органів, супроводжуються змінами характеру нервової імпульсації, яка надходить від ушкоджених систем чи органів у головний мозок, та зміною вісцеральної церебральної соматопсихічної рівноваги. У результаті змінюються фізіологічні параметри вищої нервової діяльності, що становить фізіологічний механізм відхилень у психічній діяльності. В разі цього порушується соматопсихічна рівновага загалом, а також виникають специфічні зміни у психіці хворого.

Стан дослідження. Дослідження впливу соматичних захворювань на психічний стан особистості привертають увагу низки науковців. Так, у працях В. В. Ішук виявлені та систематизовані медико-психологічні предиктори формування психопатологічних розладів у разі низки ендокринних захворювань [1]. Цікаві дослідження, які стосуються особистісних властивостей пацієнтів та їх змін у зв'язку із захворюваннями на хронічний панкреатит, сечокам'яну хворобу, виразкову хворобу шлунка, дванадцятипалої кишки чи інших відділів шлунково-кишкового тракту, онкологічні захворювання проведені Ю. І. Засею, В. В. Чугуновим, Л. О. Балка, Н. В. Кутовою, М. В. Марковою, Н. Е. Прохач та ін. Ними встановлені психотерапевтичні феномени, які є в основі психофеноменологічного профілю таких хворих, показні їх відмінності та особливості [2; 3], обґрунтовано необхідність проведення заходів медико-психологічної підтримки пацієнтів [4], досліджено особистісні властивості пацієнтів, що може мати важливе значення для розробки психокорекційного підходу під час лікування [5; 6]. Вивченню особливостей змін характеру внаслідок артеріальної гіпертензії та інсульту присвячені праці І. В. Дроздова, В. В. Храмцова та ін. [7].

Оскільки нині за даними ВООЗ найпоширенішою патологією, що призводить до летальних наслідків, на яку страждає населення земної кулі, є серцево-судинні захворювання, актуальним стає вивчення можливих передумов їх виникнення, які пов'язані з впливами низки зовнішніх чинників на психічний стан людини, а також дослідження

впливу патологічного стану організму на зміни, що відбуваються у психіці особистості.

Метою статті є визначення негативних чинників зовнішнього середовища, що спричиняють розвиток серцево-судинної патології та з'ясування впливу серцево-судинних захворювань на психіку людини.

Виклад основних положень. Нервово-психічні порушення в разі соматичних захворювань, звичайно, складаються з психічних соматичних порушень та реакції особистості на хворобу. Така реакція залежить від гостроти і темпу розвитку захворювання, уявлення про нього в хворого, виду лікування і психотерапевтичного оточення, особистості хворого, ставлення до хвороби родичів, колег, друзів.

Так, за ставленням пацієнта до хвороби Л. Л. Рохлін визначив такі варіанти: астенодепресивний, психоастенічний, іпохондричний, істеричний, ейфорично-анозогнозичний [8].

У разі астенодепресивного варіанта емоційна нестійкість, нетерпимість до подразників, спонукання до тривожності сприяють неправильному ставленню до хвороби, сприйняттю в похмурих відтінках усіх подій, що звичайно несприятливо впливає на перебіг захворювання і знижує успіх лікування.

Психоастенічний варіант – хворий переповнений переконанням у найгіршому результаті, чекає тяжких наслідків, постійно задає питання, ходить від одного лікаря до іншого, приналежить симптоми хвороби, які були у рідних, знайомих, знаходить їх ознаки у себе.

В іпохондричному варіанті менш виявлена тривога і сумніви, а більше переконання в наявності хвороби.

При істеричному варіанті все оцінюється з перебільшенням. Надто емоційні, схильні до фантазій особистості, начебто «живуть» хворобою, надають їй значення надзвичайності, особливого, неповторного страждання. Вони потребують до себе підвищеної уваги, звинувачують оточуючих у нерозумінні, недостатньому співчутті до їх страждань.

Ейфорично-анозогнозичний варіант – неухвага до власного здоров'я, заперечення хвороби, відмова від досліджень і медичних призначень.

Розрізняють два основних чинники, які визначають ризик серцево-судинних захворювань: атеросклероз і стрес. На посилення цих чинників впливають спосіб життя пацієнта, пов'язаний з харчуванням, алкоголізацією, курінням, гіподинамією, а також стан страху, напруження, агресивності та виснаження, які, своєю чергою, можуть мати, як наслідок, поведінку підвищеного ризику. До факторів ризику відносяться напружений життєвий ритм, прагнення до успіху та соціальної

значущості, неспокійно-напружена діяльність. Найчастіше причиною перенапруження є недостатня для виконуваної діяльності кваліфікація, так, що ризик інфаркту міокарда у новачка вищий, ніж у досвідченого працівника. Конфлікти, пов'язані з перевантаженням, вони намагаються вирішити так само, як і всі інші конфлікти: закликаючи до себе самого інтенсивніше працювати, бути сильним і досконалим. Страх зазнати невдачі їх постійно переслідує і ретельно приховується за удаваною компетентністю [8].

Сучасними дослідженнями встановлено, що важливе значення у розвитку серцево-судинних захворювань належить негативним емоціям, оскільки вони часто стають причиною несподіваної смерті при патологічному стані, який сам собою не загрожує життю хворих. Так, ішемічна хвороба серця найчастіше розвивається у цілеспрямованих, вольових особистостей, які тривалий час переживають негативні емоції. Є коронарний тип людей, яким притаманні особливі риси характеру: відсутність задоволення від роботи, цілеспрямованість. Інфаркт міокарда як складне соматичне захворювання викликає інтенсивну психотравму та стресову дію своєю гостротою, несподіваністю, невизначеністю, ймовірністю інвалідності і можливістю трагічного кінця. У працях В. П. Блохіна та І. П. Сидельникова зазначено, що психічні розлади різноманітні та складні. Вони можуть розвиватися гостро, підгостро або поступово. За гострим періодом інфаркту міокарда може з'явитися стійке безсоння [4; 8]. На його тлі виникають психічні епізоди з ілюзорно-галюцинаторними розладами і руховим неспокоєм, з втратою критичного осмислення навколишнього середовища. У гострому періоді інфаркту міокарда можливі зміни у виді тривоги, пригніченості, іноді з руховим неспокоєм. У хворого нагромаджується підсвідомий страх смерті. Описана симптоматика постійно поєднується зі загальною анастезією [9].

У підгострому періоді інфаркту міокарда здебільшого відбуваються зміни психічного стану людини. Найчастіше виявляються стійкі іпохондричні порушення. У бесіді з такими пацієнтами спостерігається надмірна зосередженість на власному захворюванні, його можливих наслідках.

Пригніченість, туга, відчуття вкороченої перспективи, безпорадності у хворих на інфаркт міокарда сприяє виникненню різноманітних порушень серцевого ритму, зумовлених не так безпосереднім пошкодженням міокарда, як нейрогуморальним порушенням серцевої діяльності в разі зростаючої афективної напруги і кризи гострого страху. Очевидні депресивно-іпохондричні порушення, що виникають, з огляду на напади стенокардії або в гострому періоді інфаркту

міокарда, є основою стійкої невротизації, іпохондричного розвитку особистості при задовільному соматичному стані пацієнтів. Депресія розвивається практично у всіх випадках інфаркту міокарда. Чимала кількість «реактивної депресії» й її особлива (іноді фатальна) роль у перебігу та результаті хвороби свідчать про недопустимість «залякування» хворого цим діагнозом. Масова неврозоподібна симптоматика часто є основною причиною затримки виздоровлення та розвитку соціальної інвалідації надалі [9; 8].

Доказом афективних порушень є і повна відсутність зацікавленості до прогнозу захворювання, і постійна потреба у спілкуванні з лікарем. «Втеча у хворобу» та «втеча від хвороби» зі саморуйнівною поведінкою характерні для гострого періоду серцево-судинних захворювань. Неабиякого значення набувають добові коливання стану, стійкі порушення сну, часті виклики лікаря, погіршення стану у зв'язку з випискою. Це обумовлено страхом «за серце», який виникає частіше ввечері або вночі.

Тривожна боязливність, туга, пригніченість зберігаються протягом тривалого часу на тлі зниження загального життєвого тону і різко змінюють світосприйняття хворого. Цей «коронарний страх» замінює «свідомий», що виникає під впливом усвідомлення тієї небезпеки, яку становить хвороба для життя. Кардіофобія, в яку трансформується вихідна депресивна реакція, стає причиною соціальної інвалідації хворих, які захворіли на інфаркт міокарда чи інші серцево-судинні захворювання.

Важливе місце у загальному комплексі іпохондричного хвилювання і страхів хворих із серцево-судинними патологіями посідає страх повторення нападу. Порушення сну відбувається через страх «заснути і не прокинутись», характеризується вживанням захисних заходів (судинорозширювальних засобів на ніч, боротьба зі сном, що призводить до стійкого безсоння з тривожною фіксацією в разі будь-яких змін пульсу і «відчуття серця») розгортається по типу «неврозу очікування» повторного нападу. Хворі пов'язують розвиток нападів із хвилюванням і розумовою напругою.

Система захисних заходів ґрунтується на оберіганні себе від емоційних навантажень і «шкідливих» вражень, зберігаючи в таких хворих відчуття постійної тривоги на тлі різкого зниження загального життєвого тону. Можлива зміна сексуальної поведінки таких хворих, що в результаті призводить до психічної імпотенції. Розвиток стійкої кардіофобії у людей, що хворіли на інфаркт міокарда чи інші серцево-судинні захворювання, пов'язують із психопатичними або психопатоподібними порушеннями в анамнезі.

Вирішальне значення у формуванні кардіофобії мають не тільки преморбідні особливості особистості, а й зниження загального життєвого тону, зумовлене функціональними змінами центральної нервової системи.

Часто в медичній практиці трапляються випадки кардіофобії, які полягають у неприємних відчуттях у ділянці серця, що трансформуються у свідомості хворого в симптоми передінфарктного стану зі страхом зупинки чи розриву серця. Щораз більше втрачаючи довіру до лікаря і до практичної медицини взагалі, ці хворі починають активно відвідувати не лише науково-популярні лекції, але навіть анатомічні музеї, намагаються потрапити на конференції, з'їзди лікарів. Головним заняттям цих пацієнтів стає точне дотримання різноманітних гігієнічних і лікувальних рекомендацій. Охоплені непомірним страхом за власне життя і здоров'я, ці хворі відмовляються від найменших фізичних навантажень або починають «загартувувати» себе вправами.

Іпохондричні страхи значно погіршують стан хворих, можуть стати причиною нападів не тільки під час фізичних навантажень, але й від їх очікування.

У разі гіпертонічної хвороби пацієнти зазвичай адекватно оцінюють свій стан здоров'я, правильно сприймають рекомендації і призначення лікаря. Частина їх з тривожно-підозрілими рисами підвищення артеріального тиску сприймає як трагедію, катастрофу. Настрій у таких хворих пригнічений, вони зосереджуються на відчуттях, коло інтересів звужується, обмежується захворюванням. Інша група хворих ігнорує захворювання та відмовляється від лікування. Таке ставлення до хвороби спостерігається в осіб, які зловживають алкоголем.

Хворі, які тривалий час страждають від гіпертензії, можуть звикнути до неї, не звертати уваги на серйозність захворювання та необхідність лікування. Прогресуючи, захворювання може спричинити наростання чіткого симптомокомплексу, що передуює органічній зміні психологічної діяльності, яка виявляється в порушенні пам'яті, коливаннях настрою, слабкодухості, стомлюваності. Хворі стають вразливими, у них з'являється іпохондрична зосередженість на різних відчуттях.

Оскільки поведінка людей реалізується не у вакуумі, а в сфері міжособистісних відносин, честолюбна і працьовита особистість у випадках соматичної патології виявляє експансію і злість як домінуючий стиль поведінки [8].

Складні ситуації переживаються такими людьми як випробування їх спроможності до вирішення проблем. Окрім того, вони

розглядають своє оточення як неповноцінне, що перешкоджає нормальному життю. У них переважає відчуття гніву, дратівливості та ворожості. Так формується виражена агресивна, егоїстична поведінка.

Висновок. Серцево-судинні захворювання мають негативний вплив на стан психічного здоров'я особистості. Щоб краще зрозуміти, яка допомога необхідна хворим на соматичні серцево-судинні захворювання, треба врахувати особистість пацієнта. Психічні фактори загалом діють тільки спільно з низкою соматичних факторів ризику (гіперхолестеринемія, артеріальна гіпертензія, паління, цукровий діабет, надмірна маса тіла й ін.). З огляду на це, варто продовжувати дослідження, результати яких дадуть можливість найефективніше усувати вплив несприятливих психосоціальних і психоемоційних чинників на психіку осіб зі соматичними серцево-судинними захворюваннями.

Доцільно більше уваги приділяти ролі медико-соціальної роботи, яка повинна забезпечити гарантований мінімум медичної, психологічної та соціальної допомоги хворим із соматичними серцево-судинними захворюваннями. Крім того, медико-соціальна допомога орієнтує органи охорони здоров'я та соціального захисту громадян на необхідність надання доступної не тільки лікувальної, але й соціальної та психологічної допомоги особам, які страждають на такі соматичні захворювання.

1. Ищук В. В. Медико-психологические предикторы формирования психопатологических нарушений у пациентов с распространенными формами эндокринной патологии / В. В.Ищук // Медицинская психология. – 2015. – Т. 10. – № 2. – С. 31–36.

2. Заседа Ю. И. Особенности групп психотерапевтических феноменов у больных с соматоформным расстройством верхних отделов желудочно-кишечного тракта и язвенной болезнью желудка и/или двенадцатиперстной кишки / Ю. И. Заседа // Медицинская психология. – 2015. – Т. 10. – № 1. – С. 84–89.

3. Чугунов В. В. Клинико-психофеноменологическая характеристика патоперсоналогической трансформации пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки / В. В. Чугунов, Ю. И. Заседа // Медицинская психология. – 2015. – Т. 10. – № 2. – С. 62–67.

4. Балка Л. О. «Мала психотерапія» як базовий медико-психологічний ресурс при роботі з пацієнтами із сечокам'яною хворобою / Л. О. Балка // Медицинская психология. – 2015. – Т. 10. – № 3. – С. 79–82.

5. Кутова Н. В. Особистісні властивості пацієнтів із хронічним панкреатитом міліарної та алкогольної етіології: обґрунтування диференціації

психокорекційних підходів / Н. В. Кутова // Медицинская психология. – 2015. – Т. 10. – № 2. – С. 37–41.

6. Прохач Н. Е. Психосоматичні порушення та їх корекція у хворих на рак тіла матки / Н. Е. Прохач, О. В. Жук, А. О. Лобазова, І. М. Кругова // Медицинская психология. – 2015. – Т. 10. – № 2. – С. 79–84.

7. Дроздова І. В. Особливості характеру хворих на артеріальну гіпертензію після перенесеного інсульту / І. В. Дроздова, В. В. Храмова, Ю. А. Гончар, С. Я. Яновська // Медицинская психология. – 2015. – Т. 10. – № 3. – С. 13–17.

8. Малкіна-Піх І. Г. Психосоматика: довідник практичного психолога / І. Г. Малкіна-Піх. – М.: Ексмо, 2004. – 992 с.

9. Аргун Л. С. Посібник з оздоровчої соціально-реабілітаційної роботи / Л. С. Аргун. – М.: Надія, 1999. – 298 с.

Сибирная Р. И., Сибирный А. В. Влияние соматических сердечно-сосудистых заболеваний на психику человека

Рассмотрены негативные факторы внешней среды, способствующие развитию сердечно-сосудистой патологии. Установлено влияние сердечно-сосудистых заболеваний на психику человека. Отмечено, что психические факторы в целом действуют только совместно с рядом соматических факторов риска (это гиперхолестеринемия, артериальная гипертензия, курение, сахарный диабет, избыточная масса тела и др.).

Обоснована необходимость продолжения исследований, результаты которых позволят наиболее эффективно устранять влияние неблагоприятных психосоциальных и психоэмоциональных факторов на психику людей с соматическими сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Ключевые слова: психика, симптоматика, патология, соматические заболевания, сердечно-сосудистые заболевания, гипертоническая болезнь, соматопсихическое равновесие.

Sibirnaya R. I., Sibirny A. V. Effect of somatic cardiovascular diseases to he human psyche

Considered negative environmental factors causing the development of cardiovascular disease. The impact of cardiovascular disease on the human psyche was detected. Mental factors are generally valid only in conjunction with a number of physical risk factors (hypercholesterolemia, hypertension, smoking, diabetes, excessive weight, etc.).

Neuropsychiatric disorders in somatic diseases usually consist of physical and mental disorders and reactions of the individual to the disease. This reaction depends on the severity and rate of disease development, the idea of it in the patient, the nature of the treatment and psychotherapeutic environment of the individual patient, the attitude to illness of relatives, colleagues and friends.

Further studies, the results of which will most effectively eliminate the impact of adverse psychosocial and psycho-emotional factors in mind people with somatic cardiovascular diseases are necessary.

It is advisable to pay more attention to the role of medical social work, which should provide a guaranteed minimum of medical, psychological and social assistance to patients with somatic cardiovascular diseases. In addition, medical and social help orient health authorities and social security on the need for accessible not only medical but also social and psychological assistance to people suffering from such physical illness.

Key words: *psyche, symptoms, pathology, physical illness, cardiovascular disease, hypertension, somatopsychical balance.*

Стаття надійшла 23 травня 2017 р.