

ЗАДАЧИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

Дмитриева А.А.,

*аспирант кафедры клинической психологии и психологической помощи
РГПУ им. А.И. Герцена*

В статье представлены результаты исследования психологической адаптации пациентов с сердечно-сосудистой патологией к инвазивному и малоинвазивному хирургическому вмешательству. Рассмотрены основные варианты предоперационного психического состояния. Определены основные аспекты психологического сопровождения пациентов на предоперационном этапе лечения.

Ключевые слова: предоперационная тревога, отношение к болезни, отношение к лечению, локус контроля.

Введение

Ведущее место в структуре заболеваемости населения России занимают болезни системы кровообращения, которые определяют высокий уровень временной и стойкой утраты трудоспособности, а также риск ранней инвалидизации, смертности [7].

В лечении заболеваний этой группы в последние десятилетия все более значима роль инвазивных и малоинвазивных хирургических методов, в частности эндоваскулярной сосудистой хирургии, метода катетерной аблации, имплантации антиаритмических устройств [3]. Несмотря на то что данные формы лечения предоставляют пациентам возможность существенного улучшения соматического статуса и медицинского прогноза, они являются психотравмирующими.

Известно, что негативное влияние факторов госпитализации и ожидания вмешательства увеличивает симпатическое регуляторное влияние на состояние и реактивность системы кровообращения, что проявляется снижением частотных (до 55%) и временных (до 30%) характеристик вариабельности ритма сердца, повышением в 2 раза индекса напряжения [5].

Помимо ожиданий и опасений в связи с лечением сохраняет актуальность неспецифическая *предоперационная тревога* [1], которая представляет собой психологическую реакцию на сообщение о необходимости проведения хирургической операции, выражаясь в постоянном беспокойстве, страхе, неусидчивости, невозможности сосредоточиться на чём-либо, нарушении сна, неуверенности в будущем [6]. В исследованиях показано, что предоперационная тревога зависит от

клинической картины заболевания [4], степени информированности о нем и длительности ожидания хирургического вмешательства [8]. Пациенты с высокой степенью тревожности имеют повышенный операционный риск в связи с нарушением адаптации к предоперационному стрессу [2].

Таким образом, необходимо изучение особенностей психологической адаптации к ситуации инвазивного и малоинвазивного хирургического лечения на предоперационном этапе. Знание этих особенностей позволило бы обосновать направления психологического сопровождения процесса подготовки к хирургическому лечению, улучшить процесс восстановления физического здоровья после оперативного вмешательства, а также повысить качество жизни больных.

Организация и методы исследования

На базе «Центра сосудистой и эндоваскулярной хирургии» и «Федерального Центра сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова» (отделение интервенционной аритмологии) г. Санкт-Петербурга обследовано 50 пациентов, среди которых 64% мужчин и 36% женщин в возрасте от 47 до 76 лет (лица зрелого возраста составляют 42%, лица пожилого – 54%, старческого – 4%). 25 (50%) пациентов имеют диагноз нарушения ритма сердца (НРС), 25 (50%) - атеросклероз артерий нижних конечностей (ААНК). Наличие сопутствующих заболеваний отмечается у 82% пациентов. Давность поставленного диагноза меньше 1 года встречается у 52%, больше 1 года - 32%, 8 лет и более - 16%. 50% пациентов ожидают интервенционного хирургического вмешательства на сердце (40% - радиочастотная катетерная абляция, 10% - имплантация кардиостимулятора), 42% - сосудистого хирургического лечения на артериях нижних конечностей (у 30% - инвазивное хирургическое лечение, 4% - эндоваскулярное лечение, 8% - хирургическое и эндоваскулярное вмешательство). Неполное среднее образование имеют 6% пациентов, средне-специальное – 58%, высшее – 36%. В настоящее время трудовой занятостью обеспечены 47% пациентов.

Для определения специфики психического состояния больных с ААНК и НРС на предоперационном этапе были использованы следующие методы: интервью, методика «Тип отношения к болезни» [Вассерман Л.И. и др., 2005], «Интегративный тест тревожности» [Бизюк А.П. и др., 2003], опросник «Уровень субъективного контроля» [адаптация Е.Ф. Бажина и др., 1993]; методы математико-статистического анализа (метод сравнения выборок U-Манна-Уитни, описательная статистика, коэффициент корреляции Спирмена).

Результаты

Предоперационное эмоциональное состояние. Достоверных различий в распределении показателей ситуативной тревоги в обеих группах выявлено не было. Умеренная ситуативная тревога, адекватная ситуации хирургического лечения, характерна для 40% пациентов с ААНК и 32% - с НРС. Отрицание тревоги (по-видимому, носящее, защитный характер) свойственно 32% пациентам с ААНК и 52% - с НРС. У 28% и 16% пациентов, соответственно, отмечались признаки непродуктивного эмоционального напряжения, опасения, связанные с неблагоприятным исходом оперативного вмешательства. Данное состояние было квалифицировано как выраженная предоперационная тревога.

Отношение к болезни и лечению на предоперационном этапе. И у пациентов с ААНК (32%), и у пациентов с НРС (36%) отмечается доминирование эргопатического типа отношения к болезни, отражающего прагматическое отношение к вмешательству. Соотношение смешанного типа отношения к болезни между выборками составило 24% к 36%, при этом в структуре смешанных типов преобладают сенситивные тенденции, что свидетельствует о склонности к сокрытию своих переживаний у пациентов, ожидающих оперативного вмешательства. В то же время у 20% пациентов с ААНК и 4% с НРС диагностируется диффузный тип отношения к болезни, который отражает разнообразные эмоционально-негативные переживания в связи с ситуацией заболевания и лечения. При этом ипохондрически-неврастенические и эгоцентрические варианты реагирования на заболевание ($r=0,656$, $p\leq 0,05$), а также апатические и паранойяльные ($r=0,692$, $p\leq 0,01$) более характерны для пациентов с ААНК, в то время как у пациентов с НРС в структуре диффузного отношения к болезни достоверно более выражена тревожная направленность ($p\leq 0,01$).

При анализе выраженности отдельных тенденций в структуре внутренней картины болезни следует отметить, что, несмотря на менее благоприятный прогноз и обременительность болезни, пациенты с НРС (32%) более склонны рассматривать симптомы болезни как проявления «несерьёзных» заболеваний или случайных колебаний самочувствия (анозогнозический компонент). Эти негативные установки нередко обуславливают отказ от врачебного обследования и лечения, в том числе и оперативного. В свою очередь пациенты с АПА более сенситивны (44%), что определяет их озабоченность возможным влиянием болезни на отношения с близкими людьми. Данный фактор может стать терапевтической мишенью для оптимального лечения больных.

Личностные характеристики и предоперационная тревога. Достоверных различий в распределении показателей уровня субъективного контроля в рассматриваемых выборках не обнаружено. Выраженность предоперационной тревоги связана с уровнем экстернальности (отрицательная корреляция «ситуативной тревоги» и «общей интернальности» представлена следующим образом: $r=-0,340$; $p\leq 0,01$).

Пациенты, считающие события своей жизни зависящими преимущественно от случайности или поведения других людей, испытывают больший страх перед операцией.

Достоверных различий в распределении показателей личностной тревожности выявлено не было. Наличие тревожности как личностной характеристики обуславливает повышенные показатели тревоги в стрессовых ситуациях в обеих обследуемых группах ($r=0,384$, $p\leq 0,01$). Но, у 52% пациентов с НРС (против 12% ААНК) в структуре личностной тревожности преобладает «астенический компонент», что может во многом быть связано с сомато-вегетативными нарушениями.

Клинические и социально-демографические факторы предоперационной тревоги. В целом, достоверных различий по распределению клинических факторов формирования выраженного эмоционального напряжения и отношения к лечению в обследуемых группах выявлено не было. Интересно, что формирование предоперационной тревоги относительно не зависит от наследственной отягощённости, давности ААНК (как и НРС) и поставленного диагноза, степени симптомности, сопутствующих заболеваний, эффективных методов купирования, информированности о заболевании и лечении, а также вида оперативного вмешательства (интервенционного или хирургического).

Достоверных различий, связанных с социально-демографическими факторами (возраст, пол, образование, семейное положение), участвующими в формировании предоперационной тревоги, отношения к лечению в обследованных группах также выявлено не было. Хотя следует отметить, что на уровне статистической значимости ($p\leq 0,05$) у пациентов с ААНК выраженная предоперационная тревога больше свойственна лицам пожилого возраста. Возможно, это связано с личностным смыслом восприятия болезни и лечения, которые скорее специфичны для каждого возраста.

Выводы

Предоперационная тревога, отношение к болезни и лечению являются ключевыми факторами в формировании психосоциального и медицинского прогноза у больных хроническими соматическими заболеваниями.

По результатам настоящего исследования было установлено, что для большинства пациентов с ААНК и НРС характерна реакция отрицания предоперационной тревоги, указывающая на защитный характер реагирования в стрессовой ситуации лечения. Основной стратегией поведения таких пациентов является согласие на оперативное вмешательство как средство поддержания привычного ритма

профессиональной и социальной активности. В связи с этим пациенты попадают в категорию риска невнимательного отношения к соблюдению рекомендаций врача.

Для трети пациентов свойственен адекватный, соответствующий тяжести вмешательства, уровень тревоги, являющийся естественной реакцией на ситуацию угрозы. Пациенты реалистично воспринимают тяжесть своего заболевания и возможные осложнения, связанные с лечением. Основная стратегия поведения – согласие на вмешательство, позволяющее улучшить состояние здоровья.

У незначительной части пациентов (ок.25%) обследуемых групп отмечается выраженная предоперационная тревога, доминируют представления о негативных последствиях и осложнениях лечения. Предпочитаемой стратегией является согласие (но не исключается отказ) на интервенционное / хирургическое лечение, которое воспринимается как угроза.

Регистрируемые виды отношения к лечению условно можно подразделить на «отрицающие», «реалистичные» и «тревожные». Особого внимания требуют пациенты, входящие в группу «тревожных» и «отрицающих», так как они характеризуются низким комплаенсом, который во многом определяет эффективность психотерапевтического и медикаментозного лечения.

Среди факторов, - клинических, социально-демографических и личностных - влияющих на формирование предоперационной тревоги, отношение к болезни и лечению, доминирует личностный. Так, пациентам с неадаптивным отношением к лечению свойственны низкие показатели интернальности.

Таким образом, основными задачами эффективного психологического сопровождения пациентов с ААНК и НРС, ожидающих хирургического лечения, в зависимости от выраженности эмоционального напряжения и их отношения к предстоящему вмешательству являются:

1. Для «отрицающего» отношения необходимо учитывать преуменьшение значимости заболевания и осложнений лечения, низкий уровень комплаенса, тенденцию к подавлению негативных чувств.

2. Для «тревожных» пациентов – преувеличение тяжести заболевания, опасности лечения; повышенное эмоциональное напряжение перед операцией, экстернальность, низкий комплаенс.

Обращая внимание на специфику предоперационного реагирования подгрупп, можно отметить, что в случае НРС доминируют астения и относительно чётко оформленная тревога, нередко обусловленная вероятностью возникновения рецидива. В то время как при ААНК – более сложные эмоционально-негативные состояния, ипохондрические фиксации, нарушения в сфере межличностных отношений, что может быть связано с риском ампутации конечности.

Библиографический список

1. Алёхин А.Н., Трифонова Е.А., Лебедев Д.С. Психологические проблемы в аритмологии (на модели фибрилляции предсердий) // Вестник аритмологии. 2011. №63. С.45-54.
2. Кабанова Н.В., Ясногор Л.А. К вопросу о премедикации: компоненты, критерии адекватности (обзор литературы) // Медицина неотложных состояний. 2011. №4.
3. Кондрашин С.А., Царегородцев Д.А., Васюков С.С. Интервенционные методы лечения нарушений ритма // Медицинский алфавит. Радиология. 2009. №2. С.21-23.
4. Лебедева У.В., Лебедев Д.С. Психологические аспекты и качество жизни пациентов при хирургическом лечении аритмий // Вестник аритмологии. 2004. N 38. С. 23–28.
5. Маркин С.М. Вегетативная дисрегуляция кровообращения у больных в предоперационном периоде // автореф. ... дис. канд. мед.наук. СПб, 2010.
6. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство. М., 2001. 592 с.
7. Школьников М. А., Шубик Ю. В., Шальнова С. А. Сердечные аритмии у лиц пожилого возраста и их ассоциация с характеристиками здоровья и смертностью // Вестник аритмологии. 2007. №49. С.5-13.
8. Aalouane R., Rammouz I., Tahiri-Alaoui D. Determining factors of anxiety in patients at the preoperativestage // Neurosciences (Riyadh). 2011. Vol. 16(2). P.146-9.