

А. В. Чернорай

ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ И ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ОБОСТРЕНИЕМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Описаны результаты клинико-психологического обследования больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы на этапе реабилитации. Показано, что острый приступ заболевания или обострение хронического течения болезни являются психотравмирующими событиями для человека. Выявлены сопутствующие эмоциональные расстройства, усложняющие формирование адекватного отношения к лечению. Доказана необходимость психологического сопровождения лечения заболевания в направлении адаптации и модификации поведения больных в целях профилактики рецидивов.

Ключевые слова: отношение к болезни, кардиореабилитация, психологическая коррекция, психогенные реакции, психическая адаптация, стереотип поведения.

A. Chernoray

The Attitude to the Disease and Treatment of Patients with Cardiovascular Disease Exacerbation in the Rehabilitation Period

The results of clinical psychological examination of patients with cardiovascular system diseases in the rehabilitation period are described. It is shown that acute exacerbation or aggravation of chronic development are psychologically traumatic for the patient. Concomitant emotional disorders which exaggerate the generation of an adequate attitude to the therapy are identified. It is argued that there is a need in the psychological support of the disease treatment aimed at patients' behavior adaptation and modification for relapse prevention.

Keywords: attitude to the disease, cardio rehabilitation, psychological correction, psychogenic reactions, psychological adjustment, behavioral pattern.

В настоящее время заболевания сердечно-сосудистой системы являются одной из самых частых причин смерти в развитых странах. По оценкам экспертов Всемирной организации здравоохранения, в 2008 году от ССЗ умерло 17,3 миллиона человек, что составило 30% всех случаев смерти в мире.

Факторами риска обострений являются стресс, невыполнение медицинских рекомендаций, эмоциональные расстройства [4; 10].

Ведущим фактором обострения сердечно-сосудистых заболеваний является неадекватное физическому состоянию поведение больного, игнорирующего медицинские рекомендации в отношении лечения и образа жизни. Так, по данным Н. Ю. Кувшиновой [7], даже больные после перенесенного инфаркта миокарда были способны следовать

предписанному режиму лишь в первые недели, но по мере того, как их состояние улучшалось, предписанный режим неизбежно нарушался. Привычный образ жизни и выученные способы поведения обнаруживают чрезвычайную ригидность, несмотря на факт перенесенного приступа или наличие хронического заболевания, что препятствует самостоятельной модификации поведения больного и адаптации к болезни [8].

Приступ заболевания, факт госпитализации неизбежно являются психотравмирующими ситуациями, в которых течение основного заболевания осложняется психогенными реакциями. В свою очередь, развивающиеся психогенные реакции модифицируют субъективную тяжесть страдания, вынуждая больных обращаться к неоправ-

данным исследованиям и дополнительным консультациям. Столкновение с новой действительностью — заболеванием осложняется страхом из-за боли, по причине недостаточной осведомленности о сути, механизме, динамике заболевания, о перспективах состояния своего здоровья и жизни, что неизбежно привносит дополнительные стрессующие факторы. В условиях недостаточной информированности о характере заболевания и сути врачебных рекомендаций по изменению образа жизни усложняется выполнение больными медицинских рекомендаций, что может способствовать осложненному течению картины болезни [5].

Период лечения в связи с обострением сердечно-сосудистого заболевания (реабилитационный период, в частности) является крайне важным для перестройки системы отношений пациента и формирования у него адекватного отношения к болезни на основании критического опыта (обострения), а также получения адекватной информации о состоянии своего здоровья, тесного взаимодействия с врачом, получения рекомендаций для улучшения своего состояния. В РФ принята этапная система реабилитации больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы [11]. После острой сердечно-сосудистой патологии первый этап осуществляется в стационаре. По данным Д. М. Аронова [1], на стационарном этапе реабилитационная помощь фактически сводится к соблюдению врачами режима быстрой активизации. Фаза выздоровления проходит в специализированном реабилитационном отделении клинической больницы и в отделении реабилитации кардиологического санатория. После санатория начинается так называемая поддерживающая фаза реабилитации — постоянная вторичная профилактика (диспансерно-поликлиническое наблюдение участкового врача и кардиолога). На всех этапах сопровождения больных особое значение приобретают мероприятия по психологическому обеспечению лечебно-реабилитационных мероприятий (обра-

зовательные программы, психологическая коррекция отношений к заболеванию), позволяющие модифицировать поведение больных в направлении продолжительного и осознанного выполнения рекомендаций по вторичной профилактике заболевания. К таким рекомендациям относятся и диеты, и систематические умеренно-интенсивные тренировки, и отказ от вредных привычек (курение в первую очередь). Однако подобные мероприятия в лечебно-реабилитационном процессе практически не используются [9]. Одной из задач психологического обеспечения является коррекция реактивных психических состояний, развивающихся у больных.

Показано, что у 35,3% больных развиваются депрессивные, у 39,2% больных — тревожные расстройства [6]. Такие состояния неизбежно являются дополнительными звеньями патогенеза заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Таким образом, актуальной становится проблема обоснования направлений и содержания мероприятий психологического обеспечения реабилитационного процесса в клинике сердечно-сосудистой патологии.

На базе кардиологического отделения Городской клинической больницы № 23 Санкт-Петербурга было обследовано 70 пациентов (23 женщины, 47 мужчин) в возрасте от 35 до 67 лет, госпитализированных в связи с обострением сердечно-сосудистого заболевания (55,7% — с инфарктом миокарда, 18,6% — с нестабильной стенокардией, 25,7% — с плановым кардиохирургическим вмешательством).

Клинико-психологическое обследование больных проводилось с их информированного согласия на 2–4-й день после перевода на отделение реабилитации и восстановительного лечения.

В качестве методов клинико-психологического исследования применялись:

- 1) наблюдение и оценка актуального психического статуса;
- 2) полуструктурированное интервью, направленное на оценку информированности

больных о заболевании (о его причинах, лечении, возможных осложнениях, о рекомендуемом образе жизни); объема и условий получения пациентом медицинской помощи в амбулаторно-поликлинической сети (по самоотчетам); удовлетворенности медицинской помощью; образа жизни и установок пациента в отношении лечения и медицинских рекомендаций об образе жизни; отношения к болезни; качества жизни; представлений пациентов о способах улучшения оказания медицинской помощи;

3) анализ историй болезни и собеседование с лечащими врачами для получения сведений о соматическом статусе, о качестве взаимодействия с пациентами, о врачебной оценке отношения больного к лечебному процессу;

4) для уточнения данных клинико-психологического обследования применялись также стандартизированные методики психологической диагностики:

- Для изучения отношения к болезни и лечению: тип отношения к болезни «ТОБОЛ» [3], «Незаконченные предложения», опросник Кранца (установки в отношении лечения), опросник Мориски-Грина;

- Методики для оценки эмоционального статуса: опросник для оценки выраженности тревожной и депрессивной симптоматики HADS [12];

- Методики для оценки личностных особенностей — опросник «Уровень субъективного контроля» [2].

Предполагалось, что в период стационарного лечения формируются необходимые условия для психологической коррекции поведения больных и закрепления приобретённых поведенческих установок на постгоспитальном этапе реабилитации. Необходимыми условиями формирования адекватного поведения больных, с психологической точки зрения, являются: «отношение к болезни» (информированность о сути и причинах заболевания), «эмоциональное состояние», базовые когнитивные установки — «локус контроля», установки на «ак-

тивность / пассивность» в лечебном процессе и изменении образа жизни.

Анализ результатов проведенного исследования показал, что у большинства больных отмечались те или иные нарушения эмоционального состояния. Больные не связывали эти нарушения настроения с заболеванием и объясняли их длительностью пребывания в стационаре («хочется скорее домой»), бытовыми неудобствами пребывания в стационаре.

Основные жалобы касались физического состояния: слабость, одышка, «ощущение сердца».

Важно отметить, что пациенты зачастую не осведомлены о сути своего заболевания, не знают точного диагноза, назначения предписываемых процедур, названий лекарственных препаратов и их терапевтического значения.

В психологических переживаниях больных чётко прослеживаются два ведущих мотива:

1 — пациенты стремятся к восстановлению и укреплению здоровья, следуя рекомендациям врачей относительно образа жизни;

2 — пациенты стремятся избавиться от заболевания, «забыть кошмар обострения сердечно-сосудистого заболевания» (результаты контент-анализа методики незаконченных предложений).

У 21% больных отмечались субклинические проявления тревоги (от 8 до 10 баллов), а у 8,4% — тревога носила выраженный клинический характер (больше 10 баллов). Субклинические проявления депрессии выявлены у 8,4% больных, у 9,1% больных депрессивное состояние доминировало в психическом статусе. Больные жаловались на подавленное настроение, снижение активности, пессимистические мысли и прогнозы.

У половины больных преобладал эргопатический тип отношения к болезни (48,6%), характеризующийся избирательным отношением к обследованию и лечению и выра-

женным стремлением, несмотря на тяжесть заболевания, во что бы то ни стало сохранить профессиональный статус и возможность продолжения активной трудовой деятельности в прежнем качестве.

Лишь 36,7% больных демонстрировали приемлемый уровень соблюдения медицинских рекомендаций (по Мориски — Грин). Полное доверие к медицине, к медицинскому персоналу отмечали у себя 18,9%. Практически все больные отмечали, что «главным во всяком медицинском работнике считают внимание к больному» (выбор № 1 в таблице «Отношение к врачам и медперсоналу» ТОБОЛ).

Различие в особенностях реагирования на обострение и госпитализацию у пациентов, госпитализированных впервые и повторно, заключалось в более частом проявлении анозогнозического типа отношения у пациентов с первичной госпитализацией (все пациенты с диагностированным анозогнозическим типом отношения к болезни госпитализированы впервые, $p < 0,05$).

С другой стороны, между этими группами не было обнаружено различий по выраженности тревожных и депрессивных тенденций, позиции в лечебном процессе, степени приверженности к лечению, что свидетельствует о трудностях интеграции опыта предыдущих госпитализаций в систему отношений пациентов.

Не выявлено также зависимости особенностей реагирования на обострение и госпитализацию от возраста, уровня образования, семейного положения.

Главным отличием пациентов с относительно менее жизнеугрожающими состояниями (стенокардия) по сравнению с пациентами, перенесшими инфаркт миокарда, являлся в целом более низкий уровень приверженности лекарственной терапии (по данным самоотчетов). Можно предположить, что именно жизнеугрожающий характер инфаркта миокарда, непосредственная и внезапно возникшая угроза для жизни становится для пациентов мощным стимулом к

соблюдению медицинских рекомендаций и к переменам образа жизни.

Интересно, что помимо очевидной связи тревожных и депрессивных проявлений с дезадаптивными тенденциями в структуре внутренней картины болезни, нарушение приверженности к лекарственной терапии связано с повышенной настороженностью, с недоверием к врачам, с ожиданием «подвоха». Тревожные и депрессивные проявления связаны с меньшим доверием к врачам и со стремлением самостоятельно контролировать ход лечения. Интернальность связана со стремлением преодолеть болезнь через достижение социально значимых целей и с меньшей чувствительностью к оценкам и мнениям окружающих по поводу состояния (с меньшей сенситивностью в связи с темой болезни). Соответственно при экстернальности пациенты чаще бывают озабочены производимым впечатлением, чаще боятся обременять собою окружающих, что может создавать трудности в общении с врачом и снижать доступность помощи.

Итак, полученные данные свидетельствуют о значимости клинико-психологических аспектов реабилитации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Во-первых, острый приступ заболевания или обострение хронического течения болезни являются психотравмирующими событиями для человека. В качестве психогенных реакций при этом выступают эмоциональные расстройства тревожно-депрессивного ряда. Такие расстройства сами по себе являются проявлениями переживаемого нервно-психического напряжения, которое усугубляет течение основного заболевания, включаясь в его патогенез.

Во-вторых, эмоциональные расстройства (тревога, депрессия) препятствуют формированию рационального отношения к заболеванию и лечению, к самостоятельному изменению поведенческих стереотипов и образа жизни в направлении предупреждения обострения болезни.

Наконец, развитие или обострение угрожающего жизни заболевания не становится

объектом проблематизации для больного и не является смыслообразующим мотивом модификации поведения в направлении предупреждения развития заболевания в силу сопутствующих эмоциональных расстройств и ригидности приобретённых стереотипов образа жизни.

Всё это свидетельствует о необходимости профессиональной психологической помощи при организации реабилитации таких больных. Целью психологического сопровождения в данном случае становится психологическая коррекция, направленная на адаптацию к изменённым условиям су-

ществования и модификацию поведения больного в связи с задачами вторичной профилактики.

Необходимыми мишенями для достижения этой цели становятся:

- редуция неблагоприятных эмоциональных реакций больного;
- формирование интернальной ориентации в отношении к болезни;
- формирование необходимого когнитивного компонента отношения к болезни;
- формирование адаптивного поведения в условиях заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Аронов Д. М.* Реабилитация больных ишемической болезнью сердца на диспансерно-поликлиническом этапе / Д. М. Аронов, М. Г. Бубнова, Г. В. Погосова и др. // *Кардиология*. 2006. № 2. С. 86–99.
2. *Бажин Е. Ф., Голькина Е. А., Эткин А. М.* Опросник уровня субъективного контроля (УСК). М.: Смысл, 1993. 16 с.
3. *Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Карпова Э. Б., Вукс А. Я.* Психологическая диагностика отношения к болезни: Пособие для врачей. СПб.: Изд-во НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2005. 86 с.
4. *Великанов А. А.* Структура и динамика эмоциональных состояний у больных ишемической болезнью сердца в период лечения в стационаре: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб, 2009. 26 с.
5. *Габбасова Э. Р.* Роль кардиологических факторов в развитии расстройств адаптации и нозогенных личностных реакций у больных, перенесших инфаркт миокарда: Дис. ... канд. мед. наук. Оренбург, 2009. 160 с.
6. *Копылов Ф. Ю.* Психосоматические аспекты сердечно-сосудистых заболеваний (гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, фибрилляции предсердий): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2010. 48 с.
7. *Кувшинова Н. Ю.* Оценка качества жизни больных ишемической болезнью сердца во взаимосвязи с эмоционально-личностными характеристиками // *Известия Самарского научного центра РАН*. 2010. Т. 12. №3(2). С. 397–401.
8. *Налчаджян А. А.* Психологическая адаптация: механизмы и стратегии. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Эксмо, 2010. 368 с.
9. *Оганов Р. Г., Масленникова Г. Я., Шальнова С. А., Деев А. Д.* Сердечно-сосудистые и другие хронические неинфекционные заболевания: ситуация и возможности профилактики в России // *Международ. мед. журн.* 2003. Т. 9. № 1. С. 16–21.
10. *Смулевич А. Б., Сыркин А. Л.* Психокardiология. М.: МИА, 2005. 784 с.
11. *Шхвацабая И. К., Аронов Д. М., Зайцев В. П.* Реабилитация больных ишемической болезнью сердца. М.: Медицина, 1978. 320 с.
12. *Zigmond A. S., Snaith R. P.* The hospital anxiety and depression scale // *Acta Psychiatr. Scand.* 1983. Vol. 67. № 6. P. 361–370.

REFERENCES

1. *Aronov D. M.* Reabilitatsija bol'nyh ishemicheskoj bolezn'ju serdtsa na dispanserno-poliklinicheskom etape / D. M. Aronov, M. G. Bubnova, G. V. Pogosova i dr. // *Kardiologija*. 2006. № 2. S. 86–99.
2. *Bazhin E. F., Golykina E. A., Etkind A.M.* Oprosnik urovnja sub#ektivnogo kontrolja (USK). M.: Smysl, 1993. 16 s.

3. *Vasserman L. I., Iovlev B. V., Karpova E. B., Vuks A. Ja.* Psihologičeskaja diagnostika otnošenija k bolezni: Posobie dlja vrachej. SPb.: Izd-vo NIPNI im. V. M. Behtereva, 2005. 86 s.
4. *Velikanov A. A.* Struktura i dinamika emotsional'nyh sostojanij u bol'nyh ishemičeskoj bolezni serdca v period lečenija v stacionare: Avtoref. dis. ... kand. psihol. nauk. SPb., 2009. 26 s.
5. *Gabbasova Je. R.* Rol' kardiologičeskikh faktorov v razvitii rasstrojstv adaptatsii i nozogenykh ličnostnyh reaktsij u bol'nyh, perenessih infarkt miokarda: Dis. ... kand. med. nauk. Orenburg, 2009. 160 s.
6. *Kopylov F. Ju.* Psihosomaticheskie aspekty serdečno-sosudistyh zabolevanij (gipertoničeskoj bolezni, ishemičeskoj bolezni serdca, fibrilljatsii predserdij): Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. M., 2010. 48 s.
7. *Kuvshinova N. Ju.* Otsenka kachestva zhizni bol'nyh ishemičeskoj bolezni serdca vo vzaimosvjazi s emotsional'no-ličnostnymi harakteristikami // Izvestija Samarskogo nauchnogo centra RAN. 2010. T. 12. № 3(2). S. 397–401.
8. *Nalchadzhjan A. A.* Psihologičeskaja adaptatsija: mehanizmy i strategii. 2-e izd., pererab. i dop. M.: Eksmo, 2010. 368 s.
9. *Oganov R. G., Maslennikova G. Ja., Shal'nova S. A., Deev A. D.* Serdečno-sosudistye i drugie hroničeskie neinfekcionnye zabolevanija: situatsija i vozmožnosti profilaktiki v Rossii // Mezhdunarod. med. zhurn. 2003. T. 9. № 1. S. 16–21.
10. *Smulevich A. B., Syrkin A. L.* Psihokardiologija. M.: MIA, 2005. 784 s.
11. *Shhvachabaja I. K., Aronov D. M., Zajcev V. P.* Reabilitatsija bol'nyh ishemičeskoj bolezni serdca. M.: Medicina, 1978. 320 s.
12. *Zigmound A. S., Snaith R. P.* The hospital anxiety and depression scale // Acta Psychiatr. Scand. 1983. Vol. 67. №6. P. 361–370.