

М. М. Парфенцова

Научный руководитель: О. А. Короткевич

Гомельский государственный университет имени Ф. Скорины

г. Гомель, Республика Беларусь

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

В статье обоснована актуальность изучения психологических аспектов внутренней картины болезни пациентов, страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Автором приводятся данные эмпирического исследования психологических особенностей внутренней картины болезни пациентов, страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Ключевые слова: внутренняя картина болезни, тип отношения к болезни, пациенты кардиологического профиля, заболевания сердечно-сосудистой системы.

В настоящее время сердечно-сосудистые заболевания выступают в качестве одной из основных причин смертности и инвалидности населения, как во всем мире, так и в Беларуси [1, с. 397]. С целью эффективной профилактики, снижения заболеваемости, смертности, инвалидности населения от сердечно-сосудистых заболеваний в Республике Беларусь разработана Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность на 2021 – 2025 годы».

Как отмечает М.Г. Киселёва, болезнь выступает в качестве «кризисной ситуации развития», которая способствует тому, что человеку необходимо претерпеть некоторые личностные изменения [2, с. 13]. Это, в свою очередь, приводит к перестройке иерархии его мотивов, переподчинению новому главному смыслообразующему мотиву сохранения жизни и восстановление здоровья, названому А.Ш. Тхостовым «сдвиг цели на мотив» [3, с. 34]. То, какой отпечаток нанесет болезнь на жизнь человека, в меньшей мере зависит от диагноза, поставленного врачом, а в большей степени, от того, какую картину своей болезни он «нарисует» в процессе познания себя как пациента. Результатом познания станет внутренняя картина болезни, представляющая собой феномен, возникающий при любых заболеваниях человека, в результате которого у пациента формируется образ собственной болезни, который оказывает влияние на психическую жизнь человека, а также на динамику заболевания [4, с. 65].

А.В. Солодухин, О.А. Трубникова, М.С. Яницкий, А.В. Серый, О.Л. Барбараш отмечают, что у пациентов с патологией кардиологического профиля, чаще всего, является сформированная внутренняя картина болезни, которая включает представления о симптомах заболевания, прогноз от ожидаемого и получаемого лечения [5, с. 45]. Значительное место в структуре внутренней картины болезни больных может занимать тревога, источником которой могут быть элементы внутренней картины болезни, которые вызывают чувство неуверенности, обреченности, ограничивают пациента в повседневной деятельности.

Факторы, обуславливающие тревогу, множественны, переменны, и каждый имеет свой «удельный вес». Перечисленные факты вызывают нестабильность структуры внутренней картины болезни. При обострении болей может произойти нарушение гармоничного отношения к своему состоянию и формирование дезадаптивных форм внутренней картины болезни. Чем сильнее выражены неприятные болезненные ощущения, дискомфорт, тем ярче проявляет себя тревожный компонент в структуре внутренней картины болезни. Формирование внутренней картины болезни зачастую происходит без должного психотерапевтического влияния, а в некоторых случаях даже под воздействием ятрогений.

База исследования: Учреждение «Гомельский областной клинический кардиологический центр». Выборочную совокупность составили 100 человек, страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы в возрасте от 35 до 63 лет, из них 53 человека с диагнозом «артериальная гипертензия», 47 пациентов с диагнозом «ишемическая болезнь (острый инфаркт)». В соответствии с целью исследования был определен следующий психодиагностический инструментарий: анкета пациента кардиологического профиля; методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) (Л.И. Вассерман, А.Я. Вукс, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова).

Анализ результатов анкетирования пациентов кардиологического профиля показал, что 52 % пациентов кардиологического профиля составляют мужчины, 48 % – женщины. Возраст пациентов колеблется от 35 до 63 лет, из них 19 % пациентов принадлежит к возрастной категории 30 – 40 лет, 32 % пациентов – в возрасте 41 – 50 лет, 49 % пациентов в возрасте 50 лет и выше. Диагноз 53 % пациентов кардиологического профиля – артериальная гипертензия, у 47 % пациентов поставлен диагноз «ишемическая болезнь (острый инфаркт)». Диагноз 31 % пациентов был поставлен до 5 лет, 18 % – 5 – 10 лет назад, 32 % пациентов – 11 – 15 лет назад, 15 % – 16 – 20 лет назад, 4 % пациентов диагноз был поставлен более 21 года назад.

Что касается образования, то 12 % пациентов имеют общее среднее образование, 10 % – общее базовое, 21 % – профессионально-техническое, 33 % – среднее специальное и 24 % пациентов имеют высшее образование.

Семейное положение пациентов достаточно разное, большинство из них в настоящее время находятся в браке (34 %), 32 % являются вдовцами, 13 % пациентов находятся в разводе, такой же процент пациентов состоит в гражданском браке, 8 % больных не замужем (холосты). Что касается основного рода занятий пациентов, то 34 % больных является работающей категорией граждан, 28 % пациентов находится на пенсии, 21 % составили безработные, 11 % – домохозяйки, то есть женщины, находящиеся либо в декретном отпуске, либо в отпуске по уходу за ребенком-инвалидом), 6 % – это студенты. У 73 % пациентов есть дети.

О наличии вредных привычек признались 58 % пациентов. 43 % пациента употребляют табак, в большинстве своем выкуривают примерно от 5 до 20 сигарет в день. Что касается употребления алкоголя, то 34 % больных указали, что употребляют алкоголь менее одного раза в месяц, 22 % употребляют алкоголь раз в неделю, 22 % вовсе не употребляют алкоголь, 10 % распивают спиртные напитки 2 – 3 раза в неделю. О том, что употребляют алкоголь ежедневно, признались 3 % пациентов.

Что касается информированности о заболевании, то большинство пациентов отметили, что не нуждаются в дополнительной информации о заболевании, об возможных осложнениях, о рекомендуемом образе жизни при заболевании. Однако третья часть пациентов, все же нуждается в дополнительной информации по данным вопросам.

Большинство пациентов черпают информацию о своем заболевании (82 %) из различных сайтов Интернета, 39 % больных в качестве источника информации о заболевании выделили врача, 18 % – родственников, 21 % – СМИ.

Важно отметить, что 29 % пациентов принимают лечение только в период обострения заболевания, что препятствует эффективному лечению заболевания, 43 % пациентов принимают лечение только при нахождении на стационарном лечении, 28 % больных кардиологического профиля придерживаются регулярно рекомендаций врача и назначенному лечению.

Результаты исследования типа отношения к болезни у пациентов кардиологического профиля, полученные с помощью методики «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) (Л.И. Вассерман, А.Я. Вукс, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова), представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Результаты исследования типа отношения к болезни у пациентов кардиологического профиля, полученные с помощью методики «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) (Л.И. Вассерман, А.Я. Вукс, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова)

Тип	Количество человек (n = 100)		Достоверность различий с помощью критерия ϕ^* -углового преобразования Фишера
	Пациенты с диагнозом АГ (n = 53)	Пациенты с диагнозом ИБ (ОИ) (n = 47)	
Гармоничный	6	6	–
Анозогнозический	27	6	$\phi^*_{\text{эмп}} = 4,277$ при $p \leq 0,01$
Ипохондрический	5	8	–
Меланхолический	4	2	–
Сенситивный	6	5	–
Смешанный (ипохондрически-сенситивный)	5	20	$\phi^*_{\text{эмп}} = 3,988$ при $p \leq 0,01$

С помощью критерия ϕ^* -углового преобразования Фишера были выявлены статистически значимые различия в следующих типах отношения к болезни у пациентов с диагнозом «артериальная гипертензия» и пациентов с диагнозом «ишемическая болезнь сердца» (острый инфаркт):

– анозогнозический тип отношения к болезни ($\phi^*_{\text{эмп}} = 4,277 > \phi^*_{\text{кр}} = 1,64$ при $p \leq 0,05$ и $\phi^*_{\text{эмп}} = 4,277 > \phi^*_{\text{кр}} = 2,31$ при $p \leq 0,01$). Число пациентов с диагнозом «артериальная гипертензия» с анозогнозическим типом отношения к болезни статистически значимо больше числа пациентов с диагнозом «ишемическая болезнь сердца» (острый инфаркт) (при $p \leq 0,01$);

– смешанный (ипохондрически-сенситивный) тип отношения к болезни ($\phi^*_{\text{эмп}} = 3,988 > \phi^*_{\text{кр}} = 1,64$ при $p \leq 0,05$ и $\phi^*_{\text{эмп}} = 3,988 > \phi^*_{\text{кр}} = 2,31$ при $p \leq 0,01$). Число пациентов с диагнозом «ишемическая болезнь сердца» (острый инфаркт) со смешанным (ипохондрически-сенситивным) типом отношения к болезни статистически значимо больше числа пациентов с диагнозом «артериальная гипертензия» (при $p \leq 0,01$).

Проведенное эмпирическое исследование позволило изучить психологические особенности внутренней картины болезни пациентов, страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Пациенты с диагнозом «артериальная гипертензия» отличаются анозогнозическим (эйфорическим) типом отношения к болезни, а именно активным уходом мыслей о болезни, о возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного. При ощущении с отчетливыми признаками, симптомами болезни они их воспринимают как «несерьезные» проявления заболевания или считают это случайным изменением самочувствия. В силу несерьезного отношения к заболеванию они нередко отказываются от медицинского обследования и лечения, хотят разобраться самостоятельно, не обращаясь за помощью к врачам, надеяться на то, что «все обойдется». Другими словами у пациентов отмечается пренебрежительное, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Они продолжают или стремятся продолжать жить той жизнью, что и до постановки диагноза, получать от жизни все, что и ранее, несмотря на болезнь. Однако нарушение режима и врачебных рекомендаций может пагубно сказаться на течении болезни.

Пациенты с диагнозом «ишемическая болезнь сердца» (острый инфаркт) отличаются смешанным (ипохондрически-сенситивным) типом отношения к болезни, чрезмерным сосредоточением на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Постоянно рассказывают о них врачам, медперсоналу и окружающим. Преувеличивают реально

существующие и выискивают несуществующие неприятные ощущения в связи с побочными действиями лекарств и диагностических процедур. Желание лечиться сочетается с отсутствием веры в успех. Требуют тщательного обследования у более авторитетных специалистов, при этом испытывают страх вреда и болезненности процедур. Они чрезмерно ранимы, уязвимы, озабочены возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни. Для них характерны опасения, что окружающие станут жалеть их, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать неблагоприятные слухи о причине болезни. Они испытывают страх стать обузой для близких из-за болезни и неблагоприятного отношения с их стороны в связи с этим. Настроение колеблется, что связано, главным образом, с межличностными контактами.

Что касается информированности о заболевании, то большинство пациентов отметили, что не нуждаются в дополнительной информации о заболевании, об возможных осложнениях, о рекомендуемом образе жизни при заболевании. Однако третья часть пациентов все же нуждается в дополнительной информации по данным вопросам. Большинство пациентов черпают информацию о своем заболевании (82 %) из различных сайтов Интернета, 39 % больных в качестве источника информации о заболевании выделили врача, 18% – родственников, 21 % – СМИ. Важно отметить, что 29 % пациентов принимают лечение только в период обострения заболевания, что препятствует эффективному лечению заболевания, 43 % пациентов принимают лечение только при нахождении на стационарном лечении, 28 % больных кардиологического профиля придерживаются регулярно рекомендаций врача и назначенному лечению.

Полученные результаты эмпирического исследования дают возможность объективизировать мишени психокоррекционной работы с целью предотвращения возникновения и развития осложнений сердечно-сосудистых заболеваний, а также определить психологические ресурсы, способствующие поддержанию психологического благополучия в ситуации болезни. Кроме этого полученные теоретические данные позволят разработать коррекционно-развивающие программы для проведения психологической реабилитации пациентов сердечно-сосудистого профиля с учетом их социально-психологического статуса.

Список использованных источников

1 Дюбкова-Жерносек, Т. П. Динамика поведенческих факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в белорусской популяции / Т. П. Дюбкова-Жерносек // Женщины-ученые Беларуси и Казахстана : сб. материалов Междунар. науч.-практ. конф., Минск, 1–2 марта 2018 г. / редкол.: И.В. Казакова [и др.]. – Минск : РИВШ, 2018. – С. 397–400.

2 Киселёва, М. Г. Влияние индивидуально-психологических особенностей пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями на эффективность психологического сопровождения послеоперационного восстановления : дис. ... к. пс. н. / М. Г. Киселёва. – Москва, 2012. – 210 с.

3 Тхостов, А. Ш. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни / А. Ш. Тхостов, Г. А. Арина // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психических и соматических заболеваниях : сб. науч. трудов / под ред. М. М. Кабанова. – Л.: Изд-во ЛНИПИ им. Бехтерева. – 1990. – С. 30–38.

4 Киселева, М. Г. Психологические факторы и течение сердечнососудистых заболеваний / М. Г. Киселева // Национальный психологический журнал. – 2012. – № 1. – С. 124–130.

5 Сидоров, К. Р. Тревожность как психологический феномен / К. Р. Сидоров // Вестник Удмуртского университета. – 2013. – № 2. – С. 42–52.