

ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕЖИВАНИЯ СОСТОЯНИЯ ТРЕВОГИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИМИ ПАЦИЕНТАМИ И ПАЦИЕНТАМИ, У КОТОРЫХ ОТСУТСТВУЮТ ХРОНИЧЕСКИЕ СОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Полякова Е. О., Лемешевский И. А.

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

На основе анализа проблемы состояний тревоги в условиях стационара было проведено эмпирическое исследование особенностей состояния тревоги у пациентов с АГ и пациентов, у которых отсутствуют хронические соматические заболевания и заболевания нервной системы; определена разница в выраженности ситуационной и личностной тревоги у данной категории пациентов.

Ключевые слова: ситуационная тревога, личностная тревога, болезни системы кровообращения.

Введение. Ведущей причиной смерти в мире являются именно сердечно-сосудистые заболевания, т. е. болезни сердца и кровеносных сосудов, которые приводят к инфарктам и инсультам [1]. Сердечно-сосудистая система является одной из наиболее чутко реагирующих на подобное влияние, что в итоге делает болезни сердца среди трудоспособного населения самым частым неинфекционным заболеванием [2]. Как сообщает пресс-служба Минздрава, состояние здоровья населения Беларуси за последние 100 лет улучшилось, на что указывает увеличение ожидаемой продолжительности жизни при рождении, и с XIX в. она возросла вдвое. При этом в целом по Беларуси число умерших в трудоспособном возрасте по причине инсульта уменьшилось на 4,1 %. Однако количество инсультов со смертельным исходом по-прежнему значительное, поэтому болезни системы кровообращения сегодня являются одной из самых актуальных проблем научной медицины и практического здравоохранения Беларуси [3]. Важно учитывать, что, как правило, при любом заболевании пациент испытывает тревогу, которая влияет на психологическое состояние и может отягощать течение соматического заболевания [4]. Ввиду вышесказанного актуальным является рассмотрение состояния тревоги вообще, а также особенностей переживания данного состояния кардиологическими пациентами в условиях стационара.

Цель работы — выявление особенностей состояния тревоги у пациентов с АГ и пациентов без хронических соматических заболеваний и заболеваний нервной системы в условиях стационара.

Материалы и методы. Для достижения исследовательской цели и реализации задач эмпирического исследования были использованы: 1) общенаучные методы теоретического анализа (обобщение, абстрагирование, систематизация и др.); 2) методики, использование которых в клинической практике показало высокую эффективность при скрининговых и предварительных обследованиях: а) для оценки тревожности как свойства психики и состояния пациента [5] — шкала личностной и реактивной тревоги Ч. Д. Спилбергера (адаптация Ю. Л. Ханина); шкала тревоги Дж. Тейлора (адаптация Норакидзе); б) для диагностики депрессивных состояний — опросник А. Т. Бека [6]; в) для психологической диагностики отношения к болезни — методика института им. В. М. Бехтерева ТООЛ (Вассерман Л. И., Вукс А. Я., Иовлев Б. В., Карпова Э. Б.) [7]; 3) методы статистической обработки эмпирической информации: а) различия результатов определялись с помощью U-критерия Манна–Уитни; б) внутригрупповые связи получены с помощью коэффициента корреляции Спирмена [8].

Было проведено одномоментное бесповторное выборочное исследование (психометрический скрининг) [9]. В исследовании приняли участие пациенты, у которых присутствует артериальная гипертензия (АГ) и пациенты, у которых отсутствуют хронические соматические заболевания и заболевания нервной системы (всего 35 человек).

Согласно данным, в общей выборке и соответственно по группам: большинство пациентов составили мужчины ($M_n = 20$ и $Ж_n = 15$), при этом достоверных различий по гендерному фактору нет ($p < 0,05$); средний возраст всех участвующих в скрининге составил $47,2 \pm 3,7$ года ($p > 0,05$); достоверных различий в возрасте всех обследованных женщин ($47,2 \pm 4,3$ года) и мужчин ($48,1 \pm 3,5$ года) не было ($p > 0,05$).

Верификация диагноза проводилась в соответствии с диагностическими критериями и критериями риска АГ в Республике Беларусь [10]. В экспериментальную группу (группа с артериальной гипертензией): вошли 20 пациентов, из них 8 женщин (средний возраст $46,5 \pm 3,3$ года) и 12 мужчин (средний возраст $47,5 \pm 4,2$ года). Все пациенты имели диагноз «эссенциальная гипертензия». Диагноз верифицировался двукратным измерением артериального давления (АД) методом Короткова, а также при сборе анамнеза и анализе медицинской документации с целью выявления строгого соответствия АД критериям АГ. Выявлено, что у двух мужчин имело место АГ I степени, у шести — АГ II степени, а у четырех — АГ III степени; у четырех женщин выявлена АГ I степени; у двоих — АГ II степени; у двоих — АГ III степени. Очевидно, имеет место разница в стадии заболевания по степени АГ: у мужчин преобладает АГ II степени, далее АГ III степени, АГ I степени находится на третьем месте. У женщин преобладает АГ I степени, более легкая форма, а АГ II и III степени женщины страдают поровну.

В группу контроля испытуемых включены пациенты терапевтических отделений, у которых отсутствуют хронические соматические заболевания и заболевания нервной системы (15 пациентов: 6 женщин и 9 мужчин).

По результатам психологической диагностики отношения к болезни (методика института им. В. М. Бехтерева ТОБОЛ) у пациентов с артериальной гипертензией и без нее выявили, что в группе контроля большой процент (43 % из исследуемых — чуть менее половины от общего числа опрошенных) относятся к профилю «тревожный», в то же время среди лиц с артериальной гипертензией число таких пациентов составило 40 % (разница всего 3 %). Возможно, отсутствие значимых различий можно объяснить тем, что пациенты группы контроля испытывают высокий уровень реактивной (ситуационной) тревоги, напрямую связанной с возможными медицинскими манипуляциями, что вызывает опасения за здоровье и жизнь. При этом нахождение в больнице является подтверждением для самих пациентов того, что болезнь на некоторое время вышла из-под контроля, и это потребовало вмешательства врачей и нарушило психоэмоциональное состояние обследуемых. Среди пациентов с артериальной гипертензией можно говорить о преобладании трех профилей отношения к болезни: «эргопатическом», «тревожном» и «смешанном». К «эргопатическому» и «смешанному» профилям относятся 20 и 27 % испытуемых соответственно, что в общем составляет 46,72 %, тогда как к «тревожному» профилю — 40 %. Исходя из полученных данных, можно говорить о том, что среди страдающих артериальной гипертензией число пациентов, испытывающих серьезные опасения относительно своего здоровья, незначительно отличается от группы контроля, несмотря на хронический характер течения их болезни. Как мы полагаем, это обусловлено в группе с АГ тем, что неудобства, причиняемые болезнью, носят эпизодический характер, и в случае необходимости симптомы ее проявления могут быть снижены с помощью фармацевтических препаратов, тем самым вызывая более спокойное отношение к существующему заболеванию. К «диффузному» типу в обеих группах относится среди группы контроля 4 % пациентов, с артериальной гипертензией — 6,71 %. «Гармоничный» тип — 10 % группы контроля и 6,61 % — страдающих артериальной гипертензией. На основании полученных данных можно говорить о том, что среди пациентов с АГ вне зависимости от стадии заболевания число в профиле «гармоничных», т. е. адекватно воспринимающих свое заболевание, крайне мало. Подобная ситуация складывается и в профиле «диффузный», среди тех пациентов с АГ, кто видит причину своей болезни в других людях и всячески спекулирует на своем недуге, тогда как большинство пациентов группы контроля относится к «эргопатическому», «тревожному» и «смешанному» типу отношения к болезни.

Результаты психологической диагностики депрессивных состояний А. Бека позволяют констатировать, что в группах отсутствуют испытуемые, не имеющие депрессивных симптомов. Как мы полагаем, данное явление закономерно и объясняется самим фактом пребывания в стационаре, что, безусловно, оказывает отрицательное влияние на психоэмоциональное состояние пациентов. Степень выраженности «легкой депрессии» составляет 10 % у пациентов группы контроля и 6 % у лиц с артериальной гипертензией. Считаем необходимым обратить внимание на то, что к категории «умеренной депрессии» среди группы контроля относится всего 27 %, тогда как среди пациентов с артериальной гипертензией — 40 %. В то же время «выраженная депрессия» среди контрольных пациентов по результатам диагностики выявлена у 47 % человек, а среди страдающих артериальной гипертензией — у 37 %. Обнаружено равное число пациентов — 16 % в группе контроля и 16 % среди страдающих артериальной гипертензией с «тяжелой депрессией». Полагаем, что данные результаты могут быть свидетельством того, что изменение привычного ритма жизни, работы, отсутствие рядом родных и близких людей совместно с предстоящим или протекающим лечением в стационаре вызывает ухудшение психоэмоционального фона пациентов и способствует развитию депрессивных состояний.

Нами получены результаты анализа данных (опросник Ч. Д. Спилбергера — Ю. Л. Ханина). При изучении выраженности типов тревожности были вычислены средние баллы по каждому типу тревожности; группы существенно различались по обоим видам тревожности. Результаты демонстрируют особенности

переживания тревоги, которые обнаружили в процессе самооценки состояния реактивной (ситуационной) тревожности. В группе контроля только 5,02 % лиц оценили свое состояние на уровне «низкой тревожности», среди пациентов с артериальной гипертензией — 30 %. Уровень «умеренной тревожности» определили для себя 36,89 % в группе контроля и 42,99 % пациентов с гипертонией. Как можно заметить, эти два уровня практически полностью совпадают у двух групп пациентов. Результаты дают право говорить о том, что вне зависимости от типа заболевания реактивная тревожность переживается пациентами с незначительной разницей только на «умеренном» уровне и не позволяют выявить значимого различия. Уровень «высокой» тревожности у группы контроля составляет 60 %, что на 33 % выше, чем у страдающих артериальной гипертензией. Полагаем, что подобный результат может быть прямым следствием пребывания в больнице, различных медицинских манипуляций, оказывающих влияние на общее психоэмоциональное состояние пациента. В группе контроля «высокая» личностная тревожность оказалась характерна для 25 % пациентов, тогда как для лиц с артериальной гипертензией она достигла 66 % соответственно. «Умеренная» личностная тревожность в группе контроля и у страдающих гипертонией составила 25 и 27 % соответственно. Ситуация с практически диаметрально противоположными результатами по итогам исследования сложилась с «низкой» личностной тревожностью: для группы контроля 50 % против 7 % среди пациентов с артериальной гипертензией. Полагаем, что данный результат исследования является подтверждением того, что одной из особенностей переживания тревоги кардиологических пациентов является более высокий уровень личностной тревожности. Для того чтобы исследовать значимость полученных результатов среди двух групп пациентов, использован метод математической статистики (U-критерий Манна–Уитни). Ситуация психологического тестирования, которое предполагает рефлекссию собственного состояния и ретрофлексивную оценку последнего периода жизни, вызывает в группе контроля более выраженную реактивную тревогу, чем у пациентов с артериальной гипертензией ($U = 232$; $p = 0,001$). В то же время личностная тревожность более свойственна пациентам с артериальной гипертензией ($U = 724,5$; $p = 0,001$). В группе контроля выше значения анозогностического типа (З) ($U = 241,5$; $p = 0,002$) и невротического типа (Н) ($U = 311,5$; $p = 0,039$). Эти пациенты склонны к отрицанию серьезности симптомов, невротическим реакциям астенического типа (жалобам, приступам хандры, тревоги). Ситуация анализируемого периода жизни вызывает у лиц группы контроля более выраженную реактивную тревогу, чем у пациентов с артериальной гипертензией ($U = 232$; $p = 0,001$). В то же время личностная тревожность более свойственна страдающим артериальной гипертензией ($U = 724,5$; $p = 0,001$).

Заключение. Анализ результатов экспериментального исследования позволяет сделать следующие выводы:

1. В результате применения методики диагностики отношения к болезни ТОБОЛ можно говорить о том, что среди кардиологических пациентов преобладает «эргопатический», «тревожный» и «смешанный» типы отношения к болезни. Это возможно объяснить тем, что страдающие АГ и не имеющие АГ по-разному воспринимают свою болезнь. Для пациентов с АГ — это доминирующая часть жизни, требующая много сил и времени.

2. Результаты измерения уровня депрессивных состояний А. Бека демонстрируют, что среди кардиологических пациентов вне зависимости от стадии болезни отсутствуют испытуемые, не имеющие депрессивных симптомов, при этом уровень депрессии у них выше, чем в группе контроля.

3. Результаты исследования самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивной тревожности как состояния) и личностной тревожности (как устойчивой характеристики человека) Ч. Д. Спилбергера — Ю. Л. Ханина дали возможность установить:

а) вне зависимости от стадии заболевания реактивная тревожность переживается пациентами с АГ одинаково, значимое различие не выявлено;

б) у всех кардиологических пациентов уровень личностной тревоги концентрируется в области высокого и очень высокого уровня вне зависимости от стадии АГ;

в) у лиц группы контроля выявлен высокий уровень реактивной тревоги в сравнении со страдающими артериальной гипертензией, находящимися на консервативном лечении ($U = 232$; $p = 0,001$).

Полагаем, что на переживание тревоги в группе контроля сильное влияние оказывает наличие возможных осложнений, которые, без сомнения, накладывают свой отпечаток на любого человека, вне зависимости от личных особенностей;

г) в то же время личностная тревожность свойственна пациентам с артериальной гипертензией ($U = 724,5$; $p = 0,001$). Исходя из этого можно говорить о том, что среди пациентов с артериальной гипертензией преобладают люди с «высоким» уровнем личностной тревожности, тогда как у пациентов других отделений уровень личностной тревожности находится на «низком» или «умеренном» уровне. Об этом свидетельствует наличие значимых различий у пациентов в отношении к заболеванию, выраженности депрессивных состояний и уровня тревожности, что подтверждается методами математической статистики.

Таким образом, основным фактором риска для страдающих артериальной гипертензией является их общая тревожность, постоянное чувство опасности, а для пациентов группы контроля больший риск представляют реакции в конкретных ситуациях. Иными словами, пациенты группы контроля могут казаться спокойнее, чем страдающие артериальной гипертензией, но при появлении реактивной тревоги им следует просто обратить внимание на свое состояние. Страдающие артериальной гипертензией не столь реактивны, но склонны к постоянному беспокойству, что является дополнительным фактором риска для их здоровья. Также необходимо отметить, что для пациентов с артериальной гипертензией усиление чувства личностной тревоги является усугубляющим фактором, который может осложнять диагностику, течение болезни и как следствие, снижать эффективность лечения.

Литература

1. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2015 г. Целевые ориентиры и более широкая перспектива – новые рубежи в работе с фактическими данными / ЕРБ ВОЗ. — Копенгаген, 2015. — 157 с.
2. Всемирный атлас профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и борьба с ними. — Женева : ВОЗ, 2013. — 155 с.
3. Лихачев, С. А. Минздрав озвучил основные причины смертности минчан / С. А. Лихачев. — Режим доступа : <https://health.ej.by/avtoritetno/2018/02/16/minzdrav-ozvuchil-osnovnye-prichiny-smertnosti-minchan.html>.
4. Особенности распространенности психогенных факторов риска среди больных артериальной гипертензией различных степеней по критериям доказательной медицины / Б. Б. Фишман [и др.] // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. — 2014. — Т. 10, № 2. — С. 184–189.
5. Малкина-Пых, И. Г. Психосоматика: Новейший справочник / И. Г. Малкина-Пых. — М. : ЭКСМО ; СПб., 2003. — С. 55–58, 96–98.
6. Малкина-Пых, И. Г. Психосоматика: Новейший справочник / И. Г. Малкина-Пых. — М. : ЭКСМО ; СПб., 2003. — С. 51–54.
7. Психологическая диагностика отношения к болезни (ТОБОЛ) : метод. пособие / Л. И. Вассерман [и др.] ; С.-Петербург. науч.-исслед. психоневролог. ин-т им. В. И. Бехтерева, 2005. — 33 с.
8. Назначение и автоматический расчет U-критерия Манна–Уитни <https://www.psychol-ok.ru/statistics/mann-whitney/>.
9. Скрининг как способ оптимизации психолого-психотерапевтической помощи пациентам кардиологического стационара до и после кардиохирургического вмешательства / А. А. Великанов [и др.] // Трансляционная медицина. — 2014. — № 1. — С. 67–72.
10. Об утверждении некоторых клинических протоколов диагностики и лечения заболеваний системы кровообращения : постановление Минстерства здравоохранения Республики Беларусь от 6 июня 2017 г. № 59. — Режим доступа : http://www.pravo.by/upload/docs/op/W21732103p_1497992400.pdf.

PECULIARITIES OF EXPERIENCE OF THE STATE OF ANXIETY BY CARDIOLOGICAL PATIENTS AND PATIENTS THAT HAVE NO CHRONIC SOMATIC DISEASES AND DISEASES OF THE NERVOUS SYSTEM

Polyakova E. O., Lemeschewskij I. A.

Educational Establishment “The Belarusian State Medical University”, Minsk, Republic of Belarus

Based on the analysis of the problem of anxiety states in the hospital, an empirical study was conducted of the features of the anxiety state in patients with hypertension and patients who lack chronic somatic diseases and diseases of the nervous system; determined the difference in the severity of situational and personal anxiety in this category of patients.

Keywords: situational anxiety, personal anxiety, circulatory system diseases.

Поступила 10.07.2018