

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАНИЯ СОСТОЯНИЯ ТРЕВОГИ ПАЦИЕНТАМИ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ И ПАЦИЕНТОВ, У КОТОРЫХ ОТСУТСТВУЮТ ХРОНИЧЕСКИЕ СОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Полякова Е. О., Лемешевский И. А.

Белорусский государственный медицинский университет,
кафедра пропедевтики внутренних болезней
г. Минск

Ключевые слова: артериальная гипертензия, тревога личностная и реактивная

Резюме: данная статья посвящена выявлению взаимосвязи между уровнем соматической тревоги и течением и прогнозом пациентов кардиологического профиля и пациентов, у которых отсутствуют хронические соматические заболевания и заболевания нервной системы.

Resume: this article is devoted to identifying the relationship between the level of somatic anxiety and the course and prognosis of cardiac patients who do not have chronic somatic diseases and diseases of the nervous system.

Актуальность. Сердечно-сосудистая система является одной из наиболее чутко реагирующих на различные влияния, 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 это указывает увеличение ожидаемой продолжительности жизни при рождении, с XIX века она увеличилась вдвое. По Беларуси число умерших в трудоспособном возрасте по причине инсульта уменьшилось на 4,1%. 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 практически при любом заболевании пациент испытывает тревогу, которая влияет на психологическое состояние и может отягощать течение соматического заболевания [9].

Цель: выявить взаимосвязь между уровнем соматической тревоги и течением и прогнозом пациентов кардиологического профиля и пациентов, у которых отсутствуют хронические соматические заболевания и заболевания нервной системы.

Задачи: 1. изучить структуру сердечно-сосудистых нарушений среди пациентов кардиологического профиля; 2. систематизировать знания об особенностях переживания ситуационной и личностной тревоги у кардиологических пациентов и пациентов, у которых отсутствуют хронические соматические заболевания и заболевания нервной системы, в условиях стационара.

Материалы и методы. Были использованы общенаучные методы теоретического анализа (обобщение, абстрагирование, систематизация и др.); методики для оценки тревожности как свойства психики и состояния пациента: шкала личностной и реактивной тревоги Ч.Д. Спилбергера (адаптация Ю.Л. Ханина) и шкала тревоги Дж. Тейлора (адаптация Норакидзе); для диагностики депрессивных

состояний - опросник А.Т. Бека [4,5]; для психологической диагностики отношения к болезни - методика института им. В.М. Бехтерева ТОБОЛ (Вассерман Л.И., Вукс А.Я., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б.) [1]; методы статистической обработки эмпирической информации (различия результатов определялись с помощью U-критерия Манна-Уитни, внутригрупповые связи получены с помощью коэффициента корреляции Спирмена) [6,7].

Результаты и их обсуждение. Было проведено одномоментное бесповторное выборочное исследование [10]. В исследовании приняли участие пациенты терапевтических отделений, у которых присутствует артериальная гипертензия (АГ), и пациенты терапевтического отделения, у которых отсутствуют хронические соматические заболевания и заболевания нервной системы. Всего в клинико-психологическом исследовании приняло участие 35 человек. В общей выборке и 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 $47,2\pm 3,7$ лет ($p>0,05$), достоверных различий в возрасте всех обследованных женщин ($47,2\pm 4,3$ лет) и мужчин ($48,1\pm 3,5$ лет) не было ($p>0,05$). Верификация диагноза проводилась в соответствии с диагностическими критериями и критериями риска АГ в Республике Беларусь [8].

Экспериментальную группу (группа с артериальной гипертензией) составили 20 пациентов, из них 8 женщин (средний возраст $46,5\pm 3,3$ года) и 12 мужчин (средний возраст $47,5\pm 4,2$ лет). Всем респондентам был выставлен диагноз «эссенциальной гипертензии», диагноз верифицировался проведением двукратного измерения артериального давления (АД) методом Короткова, также путем сбора анамнеза и анализа медицинской документации для выявления строгого соответствия АД критериям АГ. Среди мужчин у 2-х пациентов имелась АГ 1 степени, у 6 индивидов - АГ 2 степени, а у 4-х - 3 степень АГ. Среди женщин АГ 1 степени имелась у 4-х участниц исследования; у 2-х - 2 степень АГ; также у 2-х - АГ 3 степени. Выявлена разница в степени заболевания: у мужчин преобладает АГ 2 степени, далее АГ 3 степени, АГ 1 степени находится на третьем месте. У женщин преобладает АГ 1 степени, более легкая форма, а АГ 2 и 3 степени женщины страдают поровну. Контрольную группу испытуемых составили 15 пациентов терапевтических отделений, у которых отсутствуют хронические соматические заболевания и заболевания нервной системы (6 женщин и 9 мужчин).

По методике института им. В.М.Бехтерева ТОБОЛ (Вассерман Л.И., Вукс А.Я., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б.) были получены результаты психологической диагностики отношения к болезни у пациентов с АГ и без нее. Была выявлена разница в отношении к болезни у пациентов данных групп. У пациентов контрольной группы большой процент (43% из исследуемых) относятся к профилю «Тревожный», среди пациентов с АГ - число таких индивидов составило 40%. Отсутствие значимых различий можно объяснить тем, что пациенты контрольной группы испытывают высокий уровень реактивной (ситуационной) тревоги, напрямую связанной с возможными медицинскими манипуляциями, что вызывает опасения за здоровье и жизнь. Нахождение в больнице является подтверждением для самих пациентов, что болезнь на некоторое время вышла из-под контроля, что потребовало вмешательства врачей и нарушило психоэмоциональное состояние исследуемых пациентов. Среди

пациентов с АГ можно говорить о преобладании трёх профилей отношения к болезни: «эргопатическом», «тревожном» и «смешанном». К «эргопатическому» и «смешанному» профилям относятся по 20% и 27% испытуемых соответственно, к «тревожному» профилю относятся 40%. Среди страдающих АГ число участников исследования, испытывающих серьёзные опасения за свое здоровье, незначительно отличается от контрольных пациентов, несмотря на хронический характер их заболевания. В группе с АГ это обусловлено тем, что неудобства, которые причиняет болезнь, носят эпизодический характер, симптомы её проявления возможно снизить с помощью фармацевтических препаратов, тем самым вызывая более спокойное отношение к существующему заболеванию. К «диффузному» типу в обеих группах относятся: среди контрольной группы 4% пациентов, с АГ 6,71% респондентов. К «гармоничному» типу относятся: 10% пациентов контрольной группы и 6,61% респондентов, страдающих АГ. Среди гипертоников крайне мало пациентов адекватно воспринимающих своё заболевание. Большая часть данных пациентов видит причину своей болезни в других людях, всячески спекулирует своим недугом. Тогда как большинство пациентов контрольной группы относятся 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. Данное явление объясняется самим фактом пребывания пациента в стационаре, что оказывает отрицательное влияние на психоэмоциональное состояние. Степень выраженности «лёгкой депрессии» составляет у пациентов контрольной группы 10%, у пациентов с АГ 6%. К категории «умеренной депрессии» относится всего 27% участников контрольной группы, тогда как среди пациентов с АГ таких 40%. Среди пациентов контрольной группы к категории «выраженной депрессии» относится 47% респондентов, а среди страдающих АГ таких 37% участников. К категории «тяжёлой депрессии» относится равное число пациентов - по 16% среди контрольной группы и 16% среди страдающих АГ. Изменение привычного ритма жизни, работы, отсутствие рядом родных и близких людей, а также предстоящее или протекающее лечение в стационаре вызывает ухудшение психоэмоционального фона пациентов и способствует развитию депрессивных состояний.

Далее представлены результаты анализа данных, полученных по опроснику Ч. Д. Спилбергера - Ю. Л. Ханина. Изучалась выраженность типов тревожности, были вычислены средние баллы по каждому типу тревожности. Рассматривались полученные результаты самооценки уровня ситуативной тревожности в данный момент (реактивной тревожности как состояния) и личностной тревожности (как устойчивой характеристики человека). Степень различия показателей между группами определялась с помощью U-критерия Манна-Уитни. Изучаемые группы существенно различались по обоим видам тревожности. Представлены результаты особенностей переживания тревоги, которые обнаружились в процессе самооценки состояния реактивной (ситуационной) тревожности. На уровне «низкой тревожности» только 5,02% пациентов контрольной группы оценили своё состояние данным образом, среди пациентов с АГ таких 30%. Уровень «умеренной тревожности» определили для себя 36,89% респондентов в группе контроля, а в

группе пациентов, страдающих АГ - 42,99%. Данные два уровня практически полностью совпадают у данных групп пациентов. Вне зависимости от типа заболевания реактивная тревожность переживается респондентами с незначительной разницей только на «умеренном» уровне. Уровень «высокой» тревожности отметили 60% респондентов контрольной группы, что на 33% выше, чем у страдающих АГ. Подобный результат может быть прямым следствием нахождения в стационаре, различных медицинских манипуляций, оказывающих влияние на общее психоэмоциональное состояние пациента. Сильно различаются результаты, полученные в ходе исследования особенностей личностной тревожности. Среди пациентов контрольной группы «высокая» личностная тревожность оказалась характерна для 25% респондентов, для пациентов с АГ - 66%. В группе контроля «умеренная» личностная тревожность составила 25%, у пациентов экспериментальной группы - 27%. По итогам исследования «низкая» личностная тревожность в контрольной группе составила 50%, в группе с АГ – 7%. Данный результат исследования является подтверждением о том, что одной из особенностей переживания тревоги кардиологических пациентов является более высокий уровень личностной тревожности. Для исследования значимости полученных результатов среди двух групп пациентов использован U-критерий Манна-Уитни. Ситуация психологического тестирования, которое предполагает рефлексию собственного состояния и ретрофлексивную оценку последнего периода жизни, вызывает в контрольной группе пациентов более выраженную реактивную тревогу, чем у пациентов с артериальной гипертензией ($U=232$; $p=0,001$). Тогда как личностная тревожность более свойственна пациентам с АГ ($U=724,5$; $p=0,001$). В группе контроля выше значения анозогнозического типа (З) ($U=241,5$; $p=0,002$) и неврастенического типа (Н) ($U=311,5$; $p=0,039$). Данные пациенты склонны к невротическим реакциям астенического типа (жалобам, приступам хандры, тревоги) и отрицанию серьезности симптомов. Ситуация анализируемого периода жизни вызывает у контрольных пациентов более выраженную реактивную тревогу, чем у пациентов с АГ ($U=232$; $p=0,001$). Личностная тревожность более свойственна пациентам с АГ ($U=724,5$; $p=0,001$).

Выводы. 1. Среди кардиологических пациентов преобладает «эргопатический», «тревожный» и «смешанный» типы отношения к болезни. Пациенты с АГ и пациенты без АГ по-разному воспринимают свою болезнь. Для пациентов с АГ - это доминирующая часть жизни, требующая много сил и времени.

2. Среди кардиологических пациентов вне зависимости от стадии болезни отсутствуют испытуемые, не имеющие депрессивных симптомов, при этом уровень депрессии у них выше, чем в контрольной группе.

3. Вне зависимости от стадии заболевания реактивная тревожность переживается пациентами с АГ одинаково (значимое различие не выявлено), у всех кардиологических пациентов уровень личностной тревоги концентрируется в области высокого и очень высокого уровня вне зависимости от стадии АГ, у пациентов контрольной группы выявлен высокий уровень реактивной тревоги в сравнении со страдающими АГ, находящимися на консервативном лечении ($U=232$; $p=0,001$). На переживание тревоги в контрольной группе сильное влияние оказывает наличие возможных осложнений, которые без сомнения накладывают свой отпечаток на

любого человека, вне зависимости от личных особенностей. Личностная тревожность свойственна пациентам с АГ ($U=724,5$; $p=0,001$). Среди пациентов с АГ преобладают люди с «высоким» уровнем личностной тревожности, 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 уровне тревожности, что подтверждается методами математической статистики.

Основным фактором риска для пациентов с АГ является их общая тревожность, постоянное чувство опасности; для пациентов контрольной группы больший риск представляют реакции в конкретных ситуациях. Пациенты контрольной группы могут казаться спокойнее, при появлении реактивной тревоги им следует обратить внимание на своё состояние. Страдающие АГ склонны к постоянному беспокойству, что является дополнительным фактором риска для их здоровья. Для пациентов с АГ усиление чувства личностной тревоги является усугубляющим фактором, которое может осложнять проведение диагностики, течение болезни и снижать эффективность лечения.

Литература

1. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Психологическая диагностика отношения к болезни (ТОБОЛ) Методическое пособие. Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. Бехтерева, 2005. -33с.
2. Всемирный атлас профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и борьба с ними. - Женева: ВОЗ, 2013. - 155 с.
3. **Лихачев С.** Минздрав озвучил основные причины смертности минчан [электронный ресурс] // <https://health.ej.by/avtoritetno/2018/02/16/minzdrav-ozvuchil-osnovnye-prichiny-smertnosti-minchan.html>.
4. Малкина–Пых И.Г. Психосоматика: Новейший справочник.- М.- ЭКСМО.: СПб.; 2003.-сс. 55-58, 96-98.
5. Малкина–Пых И.Г. Психосоматика: Новейший справочник.- М.- ЭКСМО.: СПб.; 2003.-сс. 51-54.
6. Назначение и автоматический расчет U-критерия Манна-Уитни [электронный ресурс] // <https://www.psychol-ok.ru/statistics/mann-whitney/>.
7. Назначение и автоматический расчет рангового коэффициента корреляции <https://www.psychol-ok.ru/statistics/spearman/>.
8. Об утверждении некоторых клинических протоколов диагностики и лечения заболеваний системы кровообращения: ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ 6 июня 2017 г. № 59 [электронный ресурс]//http://www.pravo.by/upload/docs/op/W21732103p_1497992400.pdf
9. Особенности распространенности психогенных факторов риска среди больных АГ различных степеней по критериям доказательной медицины / Фишман Б.Б., Кочанов И.Н., Хорошевская А.И., Бобырь М.А., Шамиладзе Д.А., Фоменко Л.А., Костыркина В.В., Евстюхина Ю.О. // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2014. Т. 10. № 2. С. 184–189.
10. Скрининг как способ оптимизации психолого-психотерапевтической помощи пациентам кардиологического стационара до и после кардиохирургического вмешательства / Великанов А.А., Левашкевич Ю.Л., Матина Ю.А., Зеленская И.А., Софронова М.Г., Демченко Е.А. // Трансляционная медицина. 2014. № 1. С. 67–72.