

## ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ДИНАМИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

*В.В. ШЕВЛЯКОВ, доктор медицинских наук, профессор кафедры юридической психологии Минского института управления,  
М.А. АЛЕКСЕЕВА, выпускница Минского института управления,  
И.В. ЗАСЛОНОВА, заведующая кардиологическим отделением №6  
Минской больницы скорой медицинской помощи*

В статье представлены результаты психологического исследования в условиях клинического стационара больных с ишемической болезнью сердца (ИБС), которыми установлены у большинства пациентов нарушения сенситивного и эмоционального уровней внутренней картины болезни (ВКБ), проявляющиеся высоким уровнем субъективного ощущения физического недомогания, чувственного восприятия заболевания и эмоционального напряжения, выраженной неустойчивостью настроения по астеническому и ипохондрическому типам. Данные нарушения в совокупности с установленным у больных с ИБС пессимистическим отношением к ее тяжести и неблагоприятному прогнозу обуславливают формирование у больных соматогенных психических расстройств (астено-невротические, тревожные и/или депрессивные) и пренебрежительный тип отношения к болезни с соответствующим полным или частичным невыполнением медицинских предписаний и назначений. Весьма важно выявление у больных с ИБС закономерного нарастания частоты и интенсивности нарушений в субмоделях ВКБ и проявлений тревожно-депрессивного состояния с увеличением длительности заболевания, которые наиболее распространены и выражены у длительноболящих лиц с ИБС, что определяет настоятельную необходимость проведения в условиях стационара психокоррекционной и психопрофилактической работы с больными кардиопатиями.

*Ключевые слова:* больные с ишемической болезнью сердца, психологическая модель болезни, сенситивный, эмоциональный и интеллектуальный уровни в динамике заболевания, аффективные расстройства.

Одной из важнейших проблем медицинской психологии является изучение взаимодействия психических и соматических процессов при возникновении и развитии болезней, закономерностей формирования психологического состояния, представления о своем заболевании пациента, адекватных личностных установок, связанных с лечением, выявление и использование компенсаторных и защитных механизмов в терапевтических целях и обеспечение максимального положительного влияния условий клинического стационара и лечебно-диагностического процесса на физическое и психическое состояние больного.

Актуальными аспектами данной проблемы является выявление особенностей психического состояния, характера представления и отношения к болезни, субъективных ощущений и переживаний пациента с соматической патологией,

определяющих структуру внутренней картины болезни (ВКБ) при психо- и соматогениях, необходимых для обоснования тактики психологической коррекции и реабилитации больных [1; 2; 3; 4].

Психологическая модель ВКБ рассматривается как сложный комплекс представлений, переживаний и идей, отражающих в психике больного патологические изменения процессов жизнедеятельности организма, и связанные с ним условия существования личности. Причем в структуре модели ВКБ интеллектуальный уровень (субмодель), определяющий рассудочно-логическое отношение больного к заболеванию и включающий представление пациента о своей болезни, основные знания о ее причинах, сущности, тяжести течения и возможных последствиях, выступает «надстройкой» над сенситивно-эмоциональной субструктурой ВКБ

\* Статья поступила в редакцию 31 августа 2006 года.

и преимущественно обуславливает мотивационно-поведенческие аспекты адекватности отношения пациента к своему заболеванию [5; 6].

В свете изложенного особое внимание привлекает такое тяжелое интеркуррентное заболевание как ишемическая болезнь сердца (ИБС), характеризующаяся высокой распространенностью, непрерывным ростом количества больных с этой патологией, их омолаживанием, неблагоприятным клиническим прогнозом с высокой частотой валидизации и летальности пациентов в трудоспособном возрасте [7; 8; 9]. С другой стороны, ИБС является типичным соматогеническим заболеванием, вызывающим в зависимости от тяжести и характера течения различные психические нарушения, чаще всего в виде невротической и тревожно-депрессивной симптоматики, сопровождаемые в ряде случаев изменением личности по типу психопатизаций, препятствующие или затрудняющие лечение, приводящие к социальной и профессиональной дезадаптации [2; 3; 10]. В то же время в анализируемой литературе не нашли достаточного отражения вопросы формирования психологической модели ВКБ у пациентов с хронической формой ИБС в зависимости от длительности заболевания, что являлось целью настоящих исследований.

#### *Материалы и методы*

В условиях естественного эксперимента в кардиоклиническом стационаре выполнены психологические исследования 40 больных с диагнозом ИБС в стадии обострения, отобранных при анализе истории болезни более 200 пациентов и не имевших сопутствующих соматических заболеваний, органических поражений головного мозга и психических расстройств в анамнезе, в возрасте до 60 лет для элиминации влияния возрастных и психоорганических факторов на патопсихологический статус обследуемых (средний возраст  $48,2 \pm 1,39$  лет).

В обследуемой группе пациентов 67,5% составляли мужчины, что соответствует общему распределению больных с ИБС по полу [9]. Среднее и специальное образование имели 62,5% обследуемых, 37,5% – высшее. Обращает внимание, что треть из них одиноки, 12,5% не имеют детей, 10% проживают в неудовлетворительных условиях.

В зависимости от длительности заболевания ИБС обследованные лица были распределены по трем группам: 1-я (до 2 лет) – 35%, 2-я (2–10 лет) – 37,5%, 3-я (более 10 лет) – 27,5%. Существенные различия между группами

в половозрастном аспекте, по образовательному и материальному уровню, профессиональному стажу, микросоциальному напряжению взаимоотношений отсутствовали. Не отмечено у обследованных проявлений алло- и аутопсихической дезориентировки, неадекватности реагирования.

Для изучения динамических особенностей формирования интеллектуальной субмодели и взаимообуславливающих сенсорного и эмоционального уровней ВКБ у больных ИБС использовали комплекс приемлемых в условиях стационара методов и приемов: наблюдение, биографический, разработанную структурированную методику-интервью, адекватные задачам одномерные и многомерные личностные опросники и психологические тесты.

#### *Результаты и их обсуждение*

Сенситивный уровень ВКБ, который отражает весь комплекс вызванных болезнью субъективных негативных ощущений, определяли с помощью Гиссенского опросника. У обследованных больных с ИБС выявлена высокая распространенность и выраженность симптомов спастико-алгезирующей (79,5%), астенического (59%) и кардиологического (67,9%) синдромов, целостного субъективного ощущения физического недомогания (84,6%). Характерна четкая зависимость возрастания удельного веса больных с более выраженными субъективными синдромными проявлениями и уровнем недомогания с увеличением длительности заболевания. Причем, только у длительно болеющих пациентов с ИБС 3 группы определялись негативные сенситивные синдромы и общий уровень недомогания выраженной (III) и сильной (IV) степени.

Обостренное чувственное восприятие собственного заболевания регистрировалось по данным углубленного опроса у 80% обследованных пациентов, доля которых возрастала в группах с увеличением длительности заболевания. Особенно значима эта зависимость в симптомах растерянности и озабоченности (от 7,1% в 1-й до 18,2–27,3% в 3-й группах), тревожности (от 2,86% в 1-й до 27,3% в 3-й группах). При этом только в 3-й группе 18,2% пациентов предъявляли жалобы на чувство боязни и страха.

Эмоциональный уровень ВКБ отражает реагирование, переживание пациентом отдельных симптомов или болезни в целом, связанное с этим особое социально-профессиональное положение, которое зависит как от остроты

и характера субъективных проявлений болезни, так и от ее продолжительности. При проведении структурированного интервьюирования установлена довольно высокая доля обследованных больных с тягостным (в среднем 15%, в том числе у 28,6% пациентов 1-й группы) и печально-мрачным настроением (в среднем 17,5%, в том числе в 3-й группе у 27,3%). На астеноипохондрический характер эмоционального реагирования в симптомах ухода в себя (никого не хочется видеть) указали в среднем 21% обследованных (в 3-й группе 30%), не беспокоили бы и не хочется ни с кем вступить в контакт – в среднем 52,6% (в 3-й группе 77,8%), недоверия даже близким – в среднем 43,6% (в 3-й группе 54,5%), будущее печально – в среднем 33,3% (в 1-й и 3-й группах соответственно 38,5 и 45,4%). В целом 60% обследованных ответили положительно на вопрос, что все окружающее им не симпатично. Однако уровень эмоциональной напряженности и конфликтности только умеренной степени определяется у 35% обследуемых больных, с наибольшей их частотой во 2-й группе (46,7%).

По тесту субъективной оценки настроения у больных с ИБС (табл. 1) выявлено 47,5% пациентов со слабой степенью неустойчивости (в том числе в 1-й группе 57,1% и в 3-й группе 54,5%), с умеренной степенью 47,5% (во 2-й группе 66,7%), только в 3-й группе установлено 18,2% обследованных больных с выраженной степенью неустойчивости настроения, а средние показатели степени выраженности неустойчивости настроения и ее оценки в баллах были наиболее высокие у больных 3-й группы и наименьшие в 1-й группе.

По степени астеничности настроения обследованные больные распределялись следующим образом (табл. 2): со слабой степенью – 45% (в том числе, 1-я группа 50% и 2-я группа 46,6%); с умеренной степенью – 37,5%; с выраженной степенью – 7,5%. Причем выраженная степень астеничности настроения регистрировалась у 18,2% обследованных пациентов 3-й группы. С сильной степенью выявлено 10% больных и здесь наибольшая доля пациентов приходилась на 1-ю группу – 14,3%. Показатели средней степени астеничности и ее оценки в баллах были наиболее высокие в 3-й группе и наименьшие во 2-й.

Таблица 1

#### Степень неустойчивости настроения у больных с ИБС в динамике болезни

Группы больных	Неустойчивость настроения				
	Оценка в баллах M ± m	Степень неустойчивости, %			
		1 Слабая	2 Умеренная	3 Выраженная	Степень выраженности M ± m
1-я	4,14 ± 0,29	57,1 ± 3,2	42,9 ± 13,2	0	2,14 ± 0,30
2-я	4,53 ± 0,36	33,3 ± 2,2	66,7 ± 12,2	0	2,53 ± 0,36
3-я	4,82 ± 0,63	54,5 ± 5,0	27,3 ± 13,4	18,2 ± 11,6	2,82 ± 0,61
Всего	4,48 ± 0,24	47,5 ± 7,9	47,5 ± 7,90	5,0 ± 3,45	2,45 ± 0,24

Таблица 2

#### Степень астеничности настроения у больных с ИБС в динамике болезни

Группы бол-х	Оценка в баллах M ± m	Степень астеничности настроения, %				Степень выраженности M ± m
		1 Слабая	2 Умеренная	3 Выраженная	4 Сильная	
1-я	4,28 ± 0,56	50,0 ± 13,4	35,7 ± 12,8	0	14,3 ± 9,36	2,28 ± 0,56
2-я	4,20 ± 0,51	46,6 ± 12,9	40,0 ± 12,6	6,7 ± 6,45	6,7 ± 6,45	2,20 ± 0,51
3-я	4,82 ± 0,64	36,4 ± 14,5	36,4 ± 14,5	18,2 ± 11,6	9,0 ± 8,63	2,82 ± 0,64
Всего	4,40 ± 0,32	45,0 ± 7,87	37,5 ± 7,65	7,5 ± 4,16	10,0 ± 4,74	2,40 ± 0,32

Стенокардия может сопровождаться развитием аффективных депрессивных и тревожных состояний [10; 11; 12; 13; 14]. Проведенными психологическими исследованиями у больных с ИБС также установлены высокая распространенность

симптомов беспокойства, растерянности и тревожности, особенно у пациентов 3-й группы (18,2–27,3%), тягостное и печально-мрачное эмоциональное состояние (15–17,5%), а также значительный удельный вес больных

с выраженной и сильной степенью астеничности настроения. В связи с этим было необходимо уточнить в экспериментально-психологическом исследовании наличие у больных с ИБС симптоматики тревожного и депрессивного синдромов, а также выявить возможную зависимость их формирования от длительности заболевания.

По психологическому тесту тревожности было установлено (рис. 1), что у всех обследованных больных с ИБС выявлялась та или иная

степень тревожности. Характерно, что низкая степень тревожности не выявлена. Средний уровень тревожности определялся у 22,5% обследованных больных, в том числе, у 21,4% пациентов 1-й группы, 20% – 2-й, 27,3% – 3-й; выраженная степень – у 55% обследованных, с наибольшей распространенностью у лиц 2-й группы (73,3%). Высокую степень тревожности отмечали у 22,5% обследованных, в основном у пациентов 1-й (28,6%) и, особенно, 3-й групп (36,3%).

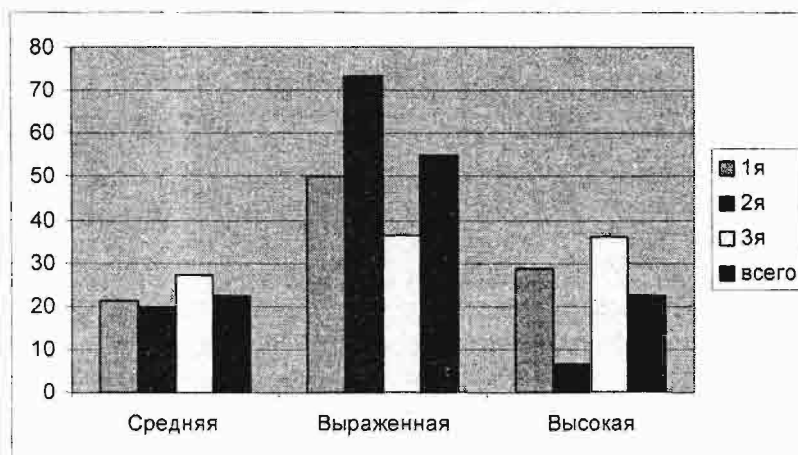


Рис. 1. Степень тревожности у больных с ИБС в динамике заболевания (%)

Следует отметить, что средняя оценка выраженности тревожности в баллах и средний показатель степени тревожности были наиболее высокими у пациентов 3-й группы (соответственно  $23,3 \pm 1,47$  баллов и  $3,10 \pm 0,25$ ) и у лиц 1-й группы (соответственно  $22,2 \pm 2,20$  баллов и  $3,07 \pm 0,19$ ), тогда как у больных 2-й группы они были наименьшими ( $20,2 \pm 1,47$  баллов и  $2,87 \pm 0,13$ ).

По тесту Зунге определяли уровень депрессивного состояния у больных с ИБС. Было установлено, что у половины обследованных больных отсутствует характерная симптоматика

депрессии. Легкая (невротическая) степень депрессивного состояния была выявлена у 37,5% обследованных больных (рис. 2), в том числе с наибольшей частотой в 1-й (42,9%) и 2-й группах (40,1%) и значительно меньшей в 3-й группе (27,3%). Среди пациентов 2-й группы регистрировались лица со степенью маскированной депрессии и истинного депрессивного состояния (по  $13,3 \pm 8,77\%$ ), тогда как в 1-й группе пациенты с данной степенью депрессивности отсутствовали, а в 3-й группе только у отдельных лиц (9,1%) определялось истинное депрессивное состояние.

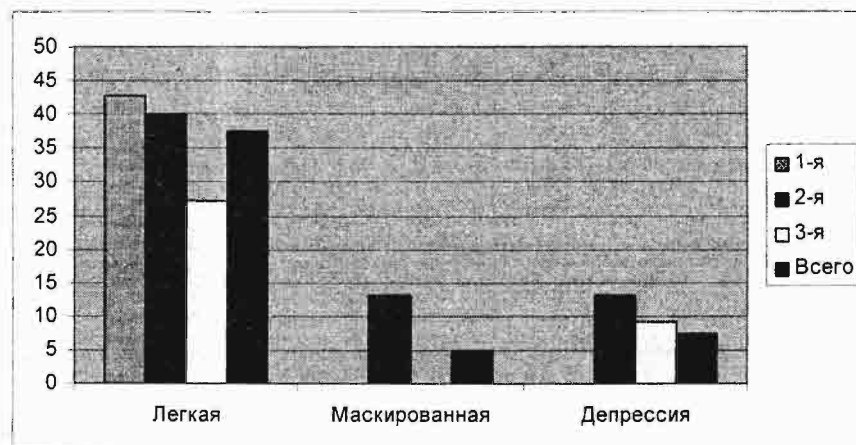


Рис. 2. Уровень депрессивного состояния у больных с ИБС в динамике заболевания (%)

Соответственно, средняя выраженность уровня депрессивности в баллах была достоверно выше во 2-й группе ( $56,1 \pm 2,60$ ), чем в 1-й ( $49,1 \pm 0,88$ ) и 3-й ( $48,9 \pm 1,51$ ) группах ( $P < 0,05$ ). Аналогично, средняя степень депрессивности была у лиц 2-й группы ( $1,07 \pm 0,27$ ) в 2 раза выше, чем в 1-й ( $0,43 \pm 0,14$ ) и 3-й ( $0,54 \pm 0,28$ ) группах.

Таким образом, у хронических больных с ИБС диагностируется высокая распространенность аффективных расстройств с характерной закономерностью характера и частоты в зависимости от длительности заболевания: тревожное состояние по частоте и выраженности превалирует у длительноболеющих (3-я группа) и в меньшей мере у пациентов 1-й группы, а депрессивное состояние преимущественно определяется у больных с ИБС 2-й группы.

Интеллектуальная субмодель ВКБ включает представление пациента о своей болезни – ее причинах, сущности, тяжести, течении и возможных последствиях, что отражается на сенситивном и эмоциональном восприятии и отражении болезни, создает настроенность пациента в мотивировке противодействия патологическому процессу и лечению болезни.

В оценке интеллектуального уровня ВКБ, несмотря на высокий образовательный уровень и хронический характер течения болезни у обследованных пациентов, обращает внимание недостаточное знание о сути болезни (рис. 3). На частичное знание о сути болезни указали 27,5% обследованных, в том числе, во 2-й группе – 40%. Мало знают о сути своей болезни в целом 27,5% обследованных, из них в 1-й группе – 35,7%, 2-й группе – 13,3%, и парадоксально, в 3-й группе – 45,4%.

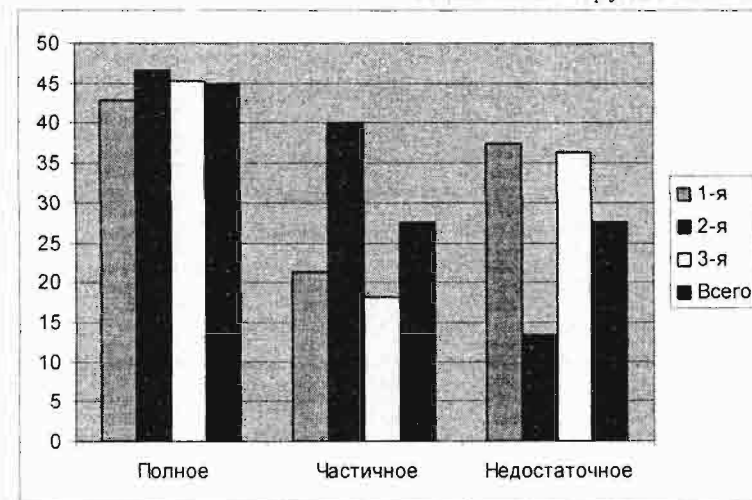


Рис. 3. Полнота знания больных с ИБС о сути болезни (%)

При опросе ни один из пациентов с ИБС не указал на легкость своего заболевания. В то же время на рисунке 4 можно увидеть, что 70% обследованных больных оценивают свое заболевание, как средней тяжести, из них во 2-й группе – 80%, в 3-й группе – 72,7%

и в 1-й группе – 57,1%. Четверть всех обследованных больных оценивают свое состояние как тяжелой степени и 5% больных как очень тяжелое (неизлечимое), среди которых преобладают пациенты 1-й группы (соответственно 35,7 и 7,1%).

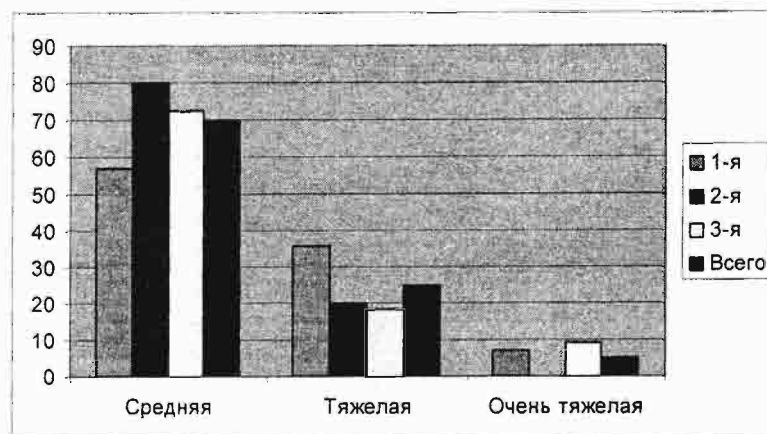


Рис. 4. Восприятие больными с ИБС степени тяжести болезни (%)

Характерно распределение больных с ИБС в зависимости от длительности заболевания в отношении субъективного прогноза заболевания (рис. 5): на возможное улучшение состояния и выздоровление указали в среднем 47,5% обследованных, из которых преобладают

пациенты 1-й группы (78,6%); на стабилизацию – 42,5%, среди которых преобладают пациенты 2-й группы (66,7%); на ухудшение и прогрессирование болезни указали 10% обследованных, среди которых преобладают лица 3-й группы – 27,3%.

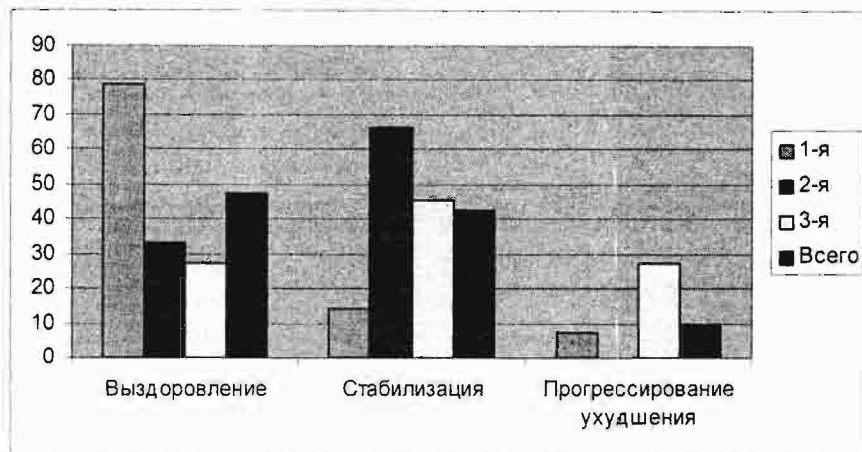


Рис. 5. Субъективный прогноз болезни пациентами с ИБС в динамике заболевания (%)

В оценке причин ухудшения течения заболевания 37,5% обследованных больных указали на нарушение охранительного режима, среди которых преобладали пациенты 2-й группы – 53,3%; на нарушение питания указало 30% обследованных больных, среди которых преобладали также лица 2-й группы – 46,7%. На психологический стресс как причину ухудшения заболевания указало 57,5% обследованных больных, в том числе 50% в 1-й группе, 46,7% во 2-й группе, 81,8% в 3-й группе; на семейно-бытовые неурядицы указало 37,5% обследованных, из которых 53,3% приходится на 2-ю группу; 20% обследованных больных констатировали причиной ухудшения болезни материальные затруднения.

Следовательно, в субъективной оценке причин ухудшения течения своего заболевания большинство обследованных больных с ИБС, особенно длительноболеющие, подчеркивают эмоционально-психологический стресс, который, как известно [15; 16; 17], является одним из этиологических факторов психогений и отягчающих факторов в формировании психических расстройств при соматогениях.

Снижение уровня интеллектуальной субмодели болезни (нежелание знать сути болезни, пессимизм в отношении ее тяжести и прогноза) и мотивации необходимости принятия мер к поддержанию здоровья, нарастающее с увеличением длительности заболевания, обуславливают

формирование у больных с ИБС неадекватного отношения к своей болезни. Оно проявляется в полном или частичном невыполнении пациентами предписаний врача в отношении лечения (33,6%), отказа от вредных привычек (49,9%), соблюдения охранительного режима труда и отдыха (54,1%), режима питания и диеты (68,6%).

Результаты исследований позволяют сделать следующие выводы:

1. Сенситивный уровень ВКБ у больных с ИБС характеризуется значительной распространенностью и выраженностью симптомов эпигастрального (30,8%), спастико-алгезирующего (79,5%), кардиологического (67,9%) и астенического (59,0%) синдромов, высоким уровнем субъективного ощущения физического недомогания (84,6%) и чувственного восприятия заболевания (80%), проявляющегося в симптомах ранимости, растерянности и озабоченности, тревожности, боязни и страха, особенно у длительноболевших.

2. У обследованных больных с ИБС в эмоциональной составляющей ВКБ отмечается высокий уровень эмоционального напряжения (у 35%) с выраженной неустойчивостью настроения по астеническому типу (у 55%), сопровождаемое симптомами тягостного (у 15%) и печально-мрачного (у 17,5%) эмоционального состояния и признаками ипохондрического «ухода в себя и болезнь» (у 21%), печального будущего (у 33,3%).



3. В интеллектуальной субмодели ВКБ у больных с ИБС, несмотря на их высокий образовательный уровень и хроническое течение болезни, определяется у более половины обследованных недостаточная полнота знаний о своей болезни, пессимистическое отношение к ее тяжести и прогнозу, снижение мотивации к восстановлению здоровья.

4. Патопсихологические симптомы гипотимического типа в эмоциональной сфере у большинства больных с ИБС, особенно у длительно болеющих, формируемые выраженными эпигастральным, спастико-алгезирующим и кардиологическим синдромами, высоким уровнем субъективной оценки недомогания и тяжести болезни, пессимистическим опасением в ее неблагоприятном исходе с соответствующей симптоматикой беспомощности, растерянности, страха за благополучие и жизнь на фоне проявления астенического синдрома, укладываются в структуру вторичного аффективно-экзогенного патопсихологического синдрома и соответствуют соматогенным тревожным и/или депрессивным состояниям.

5. Нарушения в сенситивном, эмоциональном и интеллектуальном уровнях ВКБ, проявления тревожно-депрессивного состояния закономерно возрастают у обследованных пациентов с ИБС по частоте и интенсивности с увеличением длительности заболевания и наиболее распространены и выражены у длительно болеющих лиц.

6. Низкий интеллектуальный уровень ВКБ определяет формирование у большинства пациентов с ИБС пренебрежительного типа неадекватного отношения к болезни, проявляющегося в полном или частичном невыполнении предписаний врача в отношении лечения, отказа от вредных привычек, соблюдения охранительного режима труда и отдыха, режима питания и диеты.

7. Развитие у больных с ИБС соматогенных психических расстройств, возрастание их распространенности и выраженности в динамике, отягощающих течение основного заболевания, обосновывает необходимость проведения с такими больными, особенно длительно болеющими, в условиях стационара психокоррекционной работы в направлениях: повышения уровня познаний пациентов о причинах, сущности и прогнозе ИБС; мобилизации психологических ресурсов, веры и оптимизма в благоприятном исходе болезни, эффективности лечебного

процесса с целью выработки стойкой мотивации необходимости лечения, соблюдения предписаний врача; снятия или ослабления эмоционального напряжения и отрицательных эмоций; отработки более рациональных форм поведения и адекватного отношения к болезни, а также обязательного введения в штат медработников клиники внутренних болезней медицинского психолога, который бы и осуществлял патопсихологическую диагностику, соответствующую психокоррекционную и психопрофилактическую работу.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. М.: Медицина, 1977.
2. Мясищев В.Н., Карвасарский Б.Д., Либих С.С., Тонконогий И.М. Основы общей и медицинской психологии. М.: Медицина, 1968.
3. Психосоматические заболевания: Полный справочник / Под ред. Ю.Ю. Елисеева. М.: ЭКСМО, 2003.
4. Соловьева С.Л. Медицинская психология: Конспект лекций. М.: Изд-во АСТ; СПб.: Сова, 2004.
5. Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса. Л.: Медицина, 1984.
6. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Клиническая патопсихология. М.: Изд-во МПСИ; Воронеж: Модэк, 2002.
7. Ганегина И.Е. Ишемическая болезнь сердца. Л.: Медицина, 1997.
8. Гогин Е.Е. Болезни сердечно-сосудистой системы, ревматические болезни. М.: Медицина, 1991. С. 110–124.
9. Комаров Ф.И., Кукес В.Г., Сметнов А.С. Внутренние болезни. 2-ое изд. М.: Медицина, 1990.
10. Николаева В.В. Влияние хронических болезней на психику. М.: Медицина, 1987.
11. Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А. Психология в медицине. М.: Медицина, 1998.
12. Блейхер В.М., Крук И.В. Патопсихологическая диагностика. Киев: Здоровья, 1986.
13. Вишневская В.П. Образ болезни у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС с ишемической болезнью сердца // Психологический журнал. 2005. № 4. С. 25–29.
14. Урванцев Л.П. Психология в соматической клинике. Ярославль, 1998.
15. Волков В.Т., Стрелич А.К., Караваева Е.В., Тетенев Ф.Ф. Личность пациента и болезнь. Томск: Красное знамя, 1995.
16. Губачев Ю.М., Дярничев В.М., Ковалев О.А. Психогенные расстройства кровообращения. СПб.: Политехника, 1993.
17. Семичов С.Б. Предболезненные психические расстройства. Л.: Медицина, 1987.