

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ

©2010 Н.Ю.Кувшинова

Самарский государственный медицинский университет

Статья поступила в редакцию 03.11.09

В статье обсуждаются основные вопросы изучения качества жизни больных ишемической болезнью сердца. Представлены результаты исследования структуры качества жизни у пациентов со стабильной стенокардией напряжения и перенесенным инфарктом миокарда во взаимосвязи с личностными особенностями, некоторыми эмоциональными компонентами и типом внутренней картины болезни.

Ключевые слова: качество жизни, ишемическая болезнь сердца, личностные особенности, тревога, депрессия, внутренняя картина болезни, психокоррекция.

В связи с распространением холистического подхода в медицине, в рамках которого рассматриваются как единое целое биологический, психологический, социальный и духовный уровни функционирования человека и осуществляется видение больного как «уникальной целостности, обладающего неповторимым жизненным опытом, внутренним миром, уникальной, отличной от других реакцией на обстоятельства жизни»¹, в последние десятилетия особую актуальность приобрел вопрос изучения качества жизни (КЖ) пациентов. Термин «качество жизни» в настоящее время используется в различных отраслях научного знания. В 80-е годы прошлого века понятие «качество жизни, связанное со здоровьем» было введено в реабилитологию по причине необходимости комплексной оценки состояния больного на разных этапах лечения и реализации реабилитационных и профилактических мероприятий². Как свидетельствуют данные научных исследований, в результате заболевания возникают нарушения жизнедеятельности субъекта на разных уровнях – это и непосредственно соматическое страдание, вызванное болезнью (соматический уровень), и утрата способности осуществлять повседневную деятельность в привычном стиле (поведенческий уровень), а также развивающиеся вследствие заболевания социальные и ролевые ограничения (социальный уровень) и психоло-

гические нарушения (психологический уровень)³. Всю сложность и многомерность изменений, вызванных болезнью, помогает понять изучение КЖ. ВОЗ определяет КЖ как индивидуальное восприятие человеком своей позиции в жизни в контексте с культурной средой и системой ценностей, в которой проживает индивид, и в соответствии с его целями, ожиданиями, стандартами и воззрениями⁴. Принято выделять *объективную* сторону КЖ, которая отражает актуальное соматическое и психологическое состояние пациента, особенности его поведенческой активности, материальное и социальное положение, трудовой и семейный статус; и *субъективную*, где основное значение отводится степени удовлетворенности различными сторонами бытия и жизнедеятельности в связи с ситуацией болезни.

Проблему изучения КЖ Л.И.Вассерман и соавторы предлагают рассматривать с позиций междисциплинарной концепции психической адаптации человека, поскольку нарушения здоровья неминуемо изменяют всю систему отношений человека, блокируют его актуальные потребности, снижают уровень общего жизненного благополучия⁵. В клинике ишемической болезни сердца (ИБС) оценке КЖ придается особое значение в связи с важной ролью социально-психологических факторов в происхождении и прогрессировании заболевания.

⁰ Кувшинова Наталья Юрьевна, преподаватель кафедры педагогики, психологии и психолингвистики, медицинский психолог Центра клинической психологии клиник СамГМУ E-mail: natalysmgu@mail.ru

¹ Гаврилова Т.В. Принципы и методы исследования качества жизни населения // Технологии качества жизни. – 2004. – №4. – С.1 – 11.

² Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации: Руководство для врачей и научных работников / Под ред. А.Н.Беловой, О.Н.Щепетовой. – М.: 2002.

³ Jette A. Physical disablement concepts for physical therapy research and practice // Physical therapy. – 1994. – Vol.74 – №5. – P.380 – 386.

⁴ Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument // Quality of Life Research. – 1993. – №2. – P.153 – 158.

⁵ Вассерман Л.И., Михайлов В.А., Табулина С.Д. Психологическая структура качества жизни больных эпилепсией: Пособие для врачей и медицинских психологов. – СПб.: 2008.

Таб. 1. Структура качества жизни больных ИБС и здоровых людей

Сфера КЖ Группа	Физическая сфера	Психологическая сфера	Уровень независимости	Социальные взаимоотношения	Окружающая среда	Духовная сфера	Общее КЖ
I группа	12,3±1,47*	12,8±2,26**	13,26±1,28*	11,7±1,36**	12,12±1,2*	15,8±1,31	78±4,2**
II группа	12,1±1,35*	12,43±2,1**	12,8±1,23**	13,7±2,44	13,55±1,48	15,3±2,15	79,88±5,4**
Контрольная группа	15,76±2,77	15,28 ±1,46	18,49 ±1,26	17,3 ±2,08	15,32± 2,0	15,4±2,77	97,55± 6,7

Примечание * – отличие от аналогичных показателей здоровых лиц при $p < 0,05$

** – отличие от аналогичных показателей здоровых лиц при $p < 0,01$

В последние годы в литературе, наряду с описаниями коронарного типа А, который на физиологическом уровне сопряжен с хронической симпатoadренальной активацией и предрасполагает к развитию ИБС и ИМ, все чаще встречается описание личностного типа D («distressed»), также играющего важную роль в патогенезе сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), основной характеристикой которого является сочетание повышенного уровня негативных эмоций со значительной тенденцией подавлять их выражение в социальных контактах и межличностном взаимодействии⁶. Аффективные расстройства, характерные для ССЗ, отрицательно влияют на compliance, уменьшая приверженность больных к лечению и препятствуя адекватному соблюдению лечебного режима; усугубляют социальные последствия ИБС – снижают работоспособность, увеличивают длительность пребывания в стационаре и стоимость лечения, повышают вероятность инвалидизации, негативно сказываются на КЖ. Как отмечает А.Б.Смулевич, депрессия, принимая хроническую форму, становится тем фактором, который определяет клинический и социальный прогноз у пациентов кардиологического стационара⁷. Хронические болевые синдромы, в частности кардиалгии, более интенсивно переживаются пациентом на фоне имеющейся тревожно-депрессивной симптоматики. Основой данного механизма является повышенный симпатотонус – чем он больше, тем чаще развивается боль, связанная с ишемией, и тем выше её интенсивность.

Большинством исследователей признается тот факт, что в клинической практике врача интересуют преимущественно те аспекты КЖ, которые изменяются в связи с ситуацией болезни и лечения, в первую очередь – удовлетворенность пациентов своим физическим функционированием. Однако все вышесказанное свидетельствует о том, что психологические составляющие оказывают не менее существенное влияние на КЖ больных

ИБС, нежели объективные данные клинического статуса. Вместе с тем, роль личностных особенностей в оценке КЖ пациентов с указанной патологией остается все еще недостаточно изученной, несмотря на то, что изначально именно личностные характеристики выступают в виде фактора, обуславливающего возникновение дезадаптивных психических реакций. В свете данной проблемы нами была поставлена задача – изучить структуру КЖ больных ИБС во взаимосвязи с их личностными особенностями, актуальным эмоциональным состоянием и типом отношения к болезни.

Всего было обследовано 127 пациентов с ИБС, средний возраст которых составил 48,2 лет. Группы были сформированы по нозологическому критерию. Диагноз был установлен врачом-кардиологом в соответствии с МКБ-10. В первую экспериментальную группу вошли 62 пациента с диагнозом ИБС, стабильная стенокардия напряжения II (подгруппа 1А – 30 человек) и III (подгруппа 1Б – 32 человека) функциональных классов (ССН II и III ф. кл.). Вторая экспериментальная группа была представлена 65 пациентами с диагнозом ИБС, постинфарктный кардиосклероз (ПИК), ССН II и III ф.кл. (подгруппы 2А – 34 человека и 2Б – 31 человек соответственно). У пациентов 2-й группы в отдельных случаях ИБС была осложнена хронической сердечной недостаточностью (ХСН) I – II А стадии. Из диагностических методик нами были применены: клиническая беседа, опросник ВОЗ для изучения качества жизни (ВОЗ КЖ – 100), 16-факторный личностный опросник Р.Кеттелла, интегративный тест тревожности (ИТТ), шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDRS), методика диагностики типа отношения к болезни (ТОБ). Корреляционный анализ был проведен с использованием метода ранговой корреляции Спирмена. Для определения достоверности различий по переменным мы применяли U-критерий Манна-Уитни. Расчет производился с использованием пакета прикладных программ SPSS-11,5. По результатам проведенного исследования мы заключили, что общий показатель КЖ в обеих группах больных был значимо снижен ($p < 0,01$) по сравнению со здоровыми лицами (таб.1).

⁶Положенцев С.Д., Руднев Д.А. Поведенческий фактор риска ишемической болезни сердца (тип А). – Л.: 1990; Психосоматические расстройства в практике терапевта: Рук. для врачей / Под ред. В.И.Симаненкова. – СПб.: 2008.

⁷Смулевич А.Б. Депрессии при психических и соматических заболеваниях. – М.: 2003.

Детальный анализ КЖ позволил установить, что в обеих экспериментальных группах наиболее значимо нарушены психологическая, физическая сферы и сфера социальных взаимоотношений. Пациенты 1-й группы по отдельным сферам и субсферам несколько хуже оценивали свое КЖ по сравнению с больными 2-й группы.

Показатели «*Физической сферы*» у пациентов 1-й группы были снижены преимущественно за счет субсфер «*Жизненная активность, энергия*», «*Физическая боль и дискомфорт*». Несмотря на объективно менее тяжелую клиническую картину заболевания, пациенты 1-й группы предъявляли более интенсивные жалобы на болевой синдром, плохое самочувствие, снижение жизненной энергии, повышенную утомляемость. Боль в области сердца воспринималась ими как препятствие для полноценной конструктивной жизнедеятельности. В ходе беседы выяснилось, что для большинства пациентов данной группы (преимущественно подгруппа 1Б) чувство страха, а иногда даже паники, вызывала постоянная угроза возникновения боли, характерная для стенокардии, особенно для начала заболевания⁸. «*Уровень независимости*» у пациентов обеих групп получил средние оценки, был снижен, в основном, за счет субсферы «*зависимость от лечения и лекарств*», а в первой группе – дополнительно за счет субсферы «*способность к выполнению повседневных дел*». Весьма важной для пациентов обеих групп явилась субсфера «*Доступность и качество медицинской и социальной помощи*» при невысоком уровне удовлетворенности ею. В контрольной группе показатели по данной шкале были значимо выше ($p < 0,01$), что, возможно, связано с меньшей степенью обращаемости за данной помощью.

Во второй группе показатели «*Физической сферы*» были снижены преимущественно за счет субсферы «*Жизненная активность, энергия*», в этой же группе пациенты были менее удовлетворены качеством своего сна, который не приносил ощущения отдыха. Несмотря на аналогичный класс стенокардии, как и у пациентов первой группы, ангинозные проявления меньше влияли на удовлетворенность КЖ; болевые приступы адекватно воспринимались и купировались соответствующими лекарственными препаратами. Изменения в «*Психологической сфере*» в обеих группах были обусловлены недостатком положительных и избытком отрицательных эмоций, неэффективными механизмами самоконтроля. В группе пациентов со стенокардией были значимо снижены показатели в сфере «*Социальных взаимоотношений*», которая исследует возможность устанавливать конструк-

тивные личные отношения, получать практическую социальную поддержку со стороны других людей и оказывать ее Г.С.Никифоров (2007) отмечает, что нарушения в сфере социального здоровья могут быть обусловлены доминированием определенных личностных свойств⁹. В ходе более подробного изучения обстоятельств жизни пациентов было установлено, что у многих из них сфера социальных взаимоотношений является достаточно сохранной, и при необходимости нужную поддержку они вполне могли бы получить. Однако в своем воображении они рисовали себе угрожающие картины, где лишены были всякой помощи и упрекали окружающих, включая членов своей семьи, в черствости и безразличии по отношению к ним. В большинстве случаев речь шла либо о неумении, либо о нежелании воспользоваться реальной помощью и стремлении все видеть в мрачном свете. Уровень субсферы «*сексуальная активность*» пациенты обеих групп оценивали как средний. Ограничения в этой сфере во многом были связаны с боязнью возникновения приступа стенокардии и с представлениями о побочных действиях некоторых препаратов для лечения ИБС, в частности, β -адреноблокаторов.

Средние показатели «*Духовной сферы*» у пациентов с ИБС в обеих группах и в группе контроля фактически не отличались. Это свидетельствует о том, что личные взгляды и убеждения в определенном смысле обеспечивают человеку чувство благополучия, помогая справиться с проблемами, в том числе и вызванными болезнью. Развитие духовной сферы является своего рода компенсацией для человека при недостаточной удовлетворенности другими сторонами своей жизнедеятельности.

При проведении сравнительного изучения КЖ в подгруппах было установлено, что значимое ухудшение КЖ в обеих экспериментальных группах происходит при возрастании функционального класса стенокардии. Пациенты из подгруппы 1Б были менее удовлетворены КЖ, чем пациенты подгруппы 1А. Аналогичная ситуация отмечалась в подгруппах 2Б и 2А. Данный факт можно объяснить объективно большими функциональными ограничениями в связи с заболеванием, более плохим самочувствием пациентов в подгруппах Б.

Личностные особенности по 16-факторному опроснику Р.Кеттелла. Охарактеризуем лишь те факторы, по которым имелись значимые различия с контрольной группой на уровне достоверности не менее 5%. В 1-й группе – это более низкие показатели по факторам С (4,1), Н (4,7), Q1(5,2) и завышенные показатели по фактору О (7,2). На

⁸Карвасарский Б.Д. Клиническая психология. – СПб.: 2003.

⁹Диагностика здоровья. Психологический практикум / Под ред. проф. Г.С.Никифорова. – СПб.: 2007.

основании выявленных различий личностных особенностей пациентов 1-й группы в сравнении со здоровыми лицами можно охарактеризовать как более эмоционально неустойчивых, осторожных в соци-альных контактах, более тревожных, неуверенных в себе, менее восприимчивых к нововведениям. Для пациентов 2-й экспериментальной группы в большей степени, чем для здоровых, характерны такие черты, как высокая нормативность поведения ($G=7,2$), сдержанность в социальных контактах ($F=3,7$), чувство вины ($O=7,6$), высокий уровень самоконтроля ($Q3=7,1$) и эргонапряженности ($Q4=7,8$).

Уровень тревоги по методике ИТТ. Уровни личностной и ситуативной тревоги в обеих экспериментальных группах были значимо выше по сравнению с уровнем тревоги лиц контрольной группы. Ситуативная тревога преобладала в группе пациентов со стабильной стенокардией напряжения ($7,2\pm 0,3$). В структуре тревоги у пациентов 1-й группы доминировали реакции эмоционального дискомфорта ($6,5\pm 0,6$), фобический компонент ($6,5\pm 0,55$), реакции социальной защиты ($6,3\pm 0,7$). У пациентов с постинфарктным кардиосклерозом в структуре тревоги преобладали астенический компонент ($5,7\pm 0,4$), тревожная оценка перспективы ($6,45\pm 0,5$) и, как и в 1-й группе, реакции социальной защиты ($5,8\pm 0,4$).

Уровень депрессии по шкале HDRS. Группы больных значимо различались по степени выраженности депрессивной симптоматики, которая доминировала у пациентов 2-й группы. Депрессия была выявлена у 45% (29 человек) больных ИБС с постинфарктным кардиосклерозом, при этом у 16 больных был диагностирован малый депрессивный эпизод, у 13 – клинически выраженная депрессия. В группе пациентов со стенокардией депрессивная симптоматика определялась в 27,4% (17 человек) случаев. Средний балл по шкале HDRS в первой группе составил 8,2, во второй – 12,3 (контрольная группа – 4,1). В рамках депрессии наиболее часто встречались такие симптомы, как подавленное настроение, чувство усталости, чувство вины, раздражительность, бессонница, ангедония, чувство бесперспективности, снижение либидо, психомоторная заторможенность, в некоторых случаях – тревожное возбуждение, суетливость, а также ипохондрические проявления. Возрастание показателей по шкале депрессии устойчиво соотносилось с увеличением тяжести соматического состояния – усилением болевого синдрома, утомляемости, снижением жизненной энергии.

Внутренняя картина болезни. В 1-й группе у большинства респондентов были выявлены гипергнозические реакции на заболевание (44 человека – 71%). Достоверно чаще по сравнению со 2-й группой были представлены тревожный, ипо-

хондрический, неврастенический, эгоцентрический типы ВКБ, при этом выраженность ипохондрического и эгоцентрического типов нарастала по мере прогрессирования функционального класса стенокардии (была выше в подгруппе 1Б). Гипогнозия была диагностирована у 21% пациентов (13 человек) преимущественно за счет аногнозического типа отношения к болезни, нормогнозия – всего лишь у 8% (5 человек). Превалирование гипергнозий в 1-й группе больных свидетельствует о нарушении социально-психологической адаптации большинства респондентов данной группы.

Во 2-й группе распределение было иным. Нормогнозических реакций на заболевание было значимо больше ($p<0,01$), чем в первой группе (у 20 пациентов – 30,7%); преобладали также гипогнозии (у 28 человек – 43% случаев) с доминированием эргопатического типа отношения к болезни в подгруппе 2А и аногнозического в подгруппе 2Б. Следует отметить, что гипогнозические реакции при ИБС опасны, поскольку сопровождаются избегающим поведением, явлениями диссимуляции, отказом от рекомендованных ограничений в диете, физических и психических нагрузок, самопроизвольным манипулированием в дозировках лекарств, самолечением, что может привести к утяжелению клинической симптоматики и прогрессированию болезни¹⁰. Гипергнозические установки, в свою очередь, могут спровоцировать ограничение социальных контактов больного, снижение его социального функционирования.

Корреляционный анализ позволил выявить наиболее тесные взаимосвязи параметров КЖ и эмоционально-личностных особенностей пациентов с ИБС. Так, максимальное количество положительных взаимосвязей было установлено между общей удовлетворенностью качеством жизни, различными сферами и субсферами опросника КЖ и факторами А, С, F, G, Q3 ($r_s=0,374 - 0,829$, $p < 0,05; 0,01$). Максимальное количество отрицательных взаимосвязей было выявлено с факторами E, I, M, O, Q1, Q4 ($r_s=-0,380 - -0,850$; $p < 0,05; 0,01$). С факторами H, N, Q2 имелись как положительные, так и отрицательные взаимосвязи. Повышения по шкалам депрессии, ситуативной и личностной тревоги, дезадаптивных типов отношения к болезни во всех выявленных случаях отрицательно коррелировали с параметрами КЖ. Несмотря на то, что корреляционный анализ не выявляет причинно-следственные связи, а лишь указывает на взаимосвязь признаков, мы все же можем предположить, что именно личностные особенности, как устойчивые образования, являются одной из причин, которая во многом

¹⁰Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю., Иванов С.В. Психокardiология. – М.: 2005.

определяет удовлетворенность пациентов различными сферами качества жизни.

Полученные данные свидетельствуют о следующем. *Удовлетворенность КЖ* у пациентов с ИБС *возрастает* при наличии таких личностных черт, как высокий уровень коммуникативной компетентности, эмоциональная устойчивость, ответственность, организованность, принятие общественных правил и норм, высокий уровень стрессотолерантности, экспрессивность, эмоциональная яркость, хорошо развитые волевые качества, уверенность в себе, тактичность, практическая направленность. *Низкая удовлетворенность КЖ* и различными его сферами взаимосвязана с такими личностными особенностями пациентов, как высокий уровень независимости, упрямства, склонность к агрессивному поведению, высокая эмоциональная чувствительность, погруженность в свой внутренний мир, увлеченность собственными иллюзиями, повышенное чувство вины, радикальные наклонности, повышенный уровень эргонапряженности, замкнутость, отчужденность, импульсивность, осторожность в выборе партнеров по общению, подверженность влиянию чувств, низкая дисциплинированность.

В группе здоровых лиц значимых корреляционных взаимосвязей было меньше, а коэффициенты корреляции были ниже, чем в экспериментальных группах. Однако положительные и отрицательные взаимосвязи были

установлены с теми же факторами по тесту Р.Кеттелла, что и в экспериментальных группах. Данный факт может свидетельствовать о возрастании значимости тех или иных личностных особенностей в болезни.

В заключение следует еще раз отметить, что органические проявления соматического заболевания непосредственно влияют на качество жизни пациента, внося в его жизнь различные ограничения, в первую очередь физиологического характера. Вместе с тем, и психологические изменения, которые возникают вследствие влияния болезни на психику, ограничения социального взаимодействия, первоначально также возникающие как следствие основного заболевания, но в дальнейшем способные приобрести самостоятельное развитие, естественным образом отражаются на качестве жизни больного.

Анализ субсфер позволяет детально установить, в каких областях жизни пациент испытывает выраженное неблагополучие, а какие из них являются сохранными. Изучение КЖ пациентов с ИБС во взаимосвязи с эмоционально-личностными особенностями позволяет более подробно оценить значение психологических факторов в ситуации здоровья-болезни, а также обозначить дополнительные «мишени» психокоррекционной работы в общем комплексе восстановительных и профилактических мероприятий в клинике ишемической болезни сердца.

ASSESSMENT OF LIFE'S QUALITY OF ISCHEMIC HEART DISEASE PATIENTS TAKING INTO ACCOUNT THEIR EMOTIONAL AND PERSONAL CHARACTERISTICS

©2010 N.Y.Kuvshinova^o

Samara State Medical University

The article deals with the basic issues of ischemic heart disease patients life's quality. It represents the results of the research of the life's quality of stable angina and old myocardial infarction patients taking into account their personal characteristics, some emotional reactions and the internal concept of the disease.

Key words: quality of life, ischemic heart disease, personal characteristics, anxiety, depression, internal concept of the disease, psychotherapy.

^o *Kuvshinova Nataliya Yurievna, teacher of the chair of pedagogics, psychology and psycholinguistics, psychologist of the Center of clinical psychology of SamGMU Teaching Hospital.
E-mail: natalysmgu@mail.ru*