

## ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В КЛИНИКЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ИХ ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬ- НЫХ (ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ)

©2010 Н.Ю.Кувшинова, Л.И.Мостовая

Самарский государственный медицинский университет

Статья поступила в редакцию 06.05.2010

В статье обсуждаются вопросы модификации образа жизни при ишемической болезни сердца, значение информационных медицинских технологий для предотвращения прогрессирования ИБС, а также анализируются изменения качества жизни больных ИБС в результате психокоррекции.

Ключевые слова: качество жизни, ишемическая болезнь сердца, личностные особенности, тревога, депрессия, внутренняя картина болезни, межличностные отношения, объяснительные стили, информационные медицинские технологии, психокоррекция.

Возрастание уровня социального стресса в последние десятилетия в значительной мере способствует увеличению распространенности «болезней цивилизации», к которым в первую очередь относят сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), в частности ишемическую болезнь сердца (ИБС)<sup>1</sup>. Несмотря на огромные усилия кардиологов по лечению и профилактике, заболеваемость ИБС продолжает возрастать<sup>2</sup>. Кроме того, за последнее время ССЗ значительно «помолодели» – инфаркт миокарда (ИМ) может возникнуть у 25 – 30-летних мужчин. Среди больных ИБС отмечается значительное количество факторов риска, в том числе и эмоционально-поведенческих, которые во многом определяют образ жизни человека – выраженное эмоциональное напряжение, гиподинамия, избыточный вес, повышенное артериальное давление, гиперхолестеринемия, курение, злоупотребление алкоголем<sup>3</sup>. В последние годы этот список пополнился депрессией – доказана ее неблагоприятная роль в развитии и прогрессировании ССЗ<sup>4</sup>.

В литературе мы столкнулись с большим количеством работ, в которых утверждается, что при сер-

дечно-сосудистых заболеваниях полное соответствие поведения больного врачебным рекомендациям достигается чрезвычайно трудно, поскольку для многих пациентов сложным является преодоление психологических барьеров при отказе от складывающихся годами поведенческих стереотипов. Да и психопатологические изменения, возникающие у данного контингента больных под влиянием заболевания (неврастеноподобные нарушения, тревожно-депрессивные, ипохондрические расстройства, кардиофобии) могут препятствовать их активному участию в лечебно-реабилитационном процессе<sup>5</sup>. Вместе с тем мы склонны считать, что наличие хронического заболевания не должно быть препятствием для человека в его стремлении изменить актуальную жизненную ситуацию в лучшую сторону. Несмотря на то, что болезнь в некоторых случаях существенно осложняет жизнь, в ряде случаев именно клинический диагноз является той самой отправной точкой, отталкиваясь от которой человек начинает не только задумываться о конструктивных изменениях, но и предпринимать реальные шаги на пути к оздоровлению тела и души, и далее – к самосовершенствованию и активной самореализации. Одним из рациональных путей повышения эффективности медико-социальной помощи больным ИБС, а также условием, способствующим оптимизации качества жизни самих пациентов, считается использование информационных технологий – школ здоровья, коронарных клубов и т.д.<sup>6</sup>.

Как известно, переход к здоровому образу жизни в большинстве случаев предполагает модификацию всей системы жизнедеятельности человека, постановку конкретных целей и формирование соответствующих мотивов, моделей здорового поведения. Это тре-

<sup>0</sup> Кувшинова Наталья Юрьевна, преподаватель кафедры педагогики, психологии и психолингвистики.

E-mail: [natalysmgu@mail.ru](mailto:natalysmgu@mail.ru)

Мостовая Людмила Ивановна, кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры медицинской психологии и психотерапии E-mail: [info@samsmu.ru](mailto:info@samsmu.ru)

<sup>1</sup> Оганов Р.Г., Погосова Г.В. Современные стратегии профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний // Кардиология. – 2007. – №12. – С.4 – 9.

<sup>2</sup> Фатенков В.Н. Внутренние болезни. Часть II. Заболевания сердечно-сосудистой системы: Учебное пособие. – М.; Самара: 2002.

<sup>3</sup> Гиндикин В.Я. Справочник: соматогенные и соматоформные психические расстройства. – М.: 2000; Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний – реальный путь улучшения демографической ситуации в России // Кардиология. – 2007. – №1. – С.4 – 7.

<sup>4</sup> Смуглевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю., Иванов С.В. Психокоррекция. – М.: 2005.

<sup>5</sup> Психосоматические расстройства в практике терапевта: руководство для врачей / Под ред. Симаненкова В.И. – СПб.: 2008.

<sup>6</sup> Погосова Г.В., Калинина А.М., Стивак Е.Ю., На-заркина В.А. Эффективность образовательной профилактической технологии у больных стабильной стенокардией в амбулаторных условиях // Кардиология. – 2008. – №7. – С.4 – 9.

бует от пациента весьма интенсивных психологических усилий, а прямые запреты и указания изменить образ жизни вызывают сильное психологическое сопротивление и нередко способствуют нарастанию уровня стресса, который при ССЗ нужно купировать. На сегодняшний день имеется необходимость разработки таких программ психопрофилактики для пациентов с ИБС, в которых, помимо информирования, должна осуществляться работа по преодолению психологического сопротивления, возникающего у больного в связи с изменениями образа жизни. Важный аспект такой работы – учет личностных особенностей пациентов, характера их социальной ситуации, удовлетворенности различными сферами жизнедеятельности. По нашим многолетним наблюдениям, наиболее эффективно сочетание информационных технологий с психологическим сопровождением. В данном контексте основной задачей исследования явилось изучение влияния на качество жизни пациентов с ИБС информационных медицинских технологий в сочетании с психокоррекционными мероприятиями.

*Характеристика выборки и методов исследования.* Всего было обследовано 177 пациентов с диагнозом: 1) ИБС стабильная стенокардия напряжения (ССН) второго и третьего функциональных классов (2 и 3 ф.кл.) и 2) ИБС, постинфарктный кардиосклероз (ПИК), ССН 2 и 3 ф.кл., хроническая сердечная недостаточность (ХСН) I–II А стадии. Контрольная группа была представлена 50 относительно здоровыми людьми того же половозрастного состава.

Больные находились на плановом лечении (вне связи с прогрессированием заболевания) в отделении кардиологии и терапии Клиник Самарского государственного медицинского университета (2007 – 2009 гг); средний возраст пациентов составил 48,9 лет. Диагноз был верифицирован врачом-кардиологом. Все 177 пациентов прошли собеседование с психологом, ответили на вопросы Опросника изучения качества жизни Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ КЖ-100) и анкеты «Приверженность лечению», были подробно информированы врачом об особенностях заболевания, прогнозе, возможных осложнениях, модификации образа жизни. Из них 127 человек прошли обследование при помощи психодиагностических методик и приняли участие в групповых психокоррекционных занятиях, которые проходили 3 раза в неделю в течении 5 недель (3 недели пациенты пребывали в стационаре, 2 недели посещали занятия после выписки).

На основании результатов изучения КЖ (n=177) установлено, что у большинства больных ИБС (кроме пациентов с диагнозом ИБС ССН 2 ф.кл.) по сравнению со здоровыми лицами существенно снижена удовлетворенность физической сферой, уровнем независимости ( $p \leq 0,001$ ). Удовлетворенность психологической сферой и социальными отношениями, показатели которых соответствовали значению «ниже среднего», также отличалась от группы здоровых ( $p \leq 0,01$ ), где средний балл по этим шкалам был «выше среднего». Были определены достоверные разли-

чия по шкалам опросника КЖ между группами больных с различным диагнозом. Наиболее низкие показатели КЖ по указанным сферам выявлены у пациентов с 3-м ф.кл. стенокардии напряжения и преобладали у больных без ИМ в анамнезе.

Максимально низкие значения *приверженности лечению* (выполнение менее 30% врачебных рекомендаций) определены у пациентов со 2-м ф.кл. стенокардии. Пациенты с ПИК отмечали, что они старались следовать всем рекомендациям в первые недели после перенесенного инфаркта, но по мере того, как их состояние улучшалось, увеличивалось количество нарушений. 52,3 % пациентов с 3-м ф.кл. ССН имели средний уровень комплаентности (выполняли от 30 до 70% врачебных рекомендаций) и 26,4% – высокий (выполняли более 70% рекомендаций); у пациентов со 2-м ф.кл. стенокардии комплаентность была ниже – приблизительно у 43,6% средний уровень, у 38,8 – низкий (выполняли менее 30% рекомендаций). Корреляционный анализ данных позволил установить положительную взаимосвязь уровня комплаентности с факторами С (эмоциональная устойчивость), G (ответственность), Q3 (высокий самоконтроль), гармоничным и тревожным типами отношения к болезни, с фактором персонализации по хорошим событиям (PsG); отрицательная взаимосвязь была выявлена с уровнем депрессии, эргопатичным типом отношения к болезни и показателями широты (PvB) и постоянства (PmB) в объяснении негативных событий

По результатам психодиагностики (n=127) были определены характерные для большинства больных ИБС *личностные особенности* (данные 16-факторного опросника Кеттелла) – высокий уровень фрустрированности, эмоциональная неустойчивость, сдержанность в социальных контактах, склонность к доминантности (преимущественно для пациентов со 2-м ф.кл. стенокардии), консерватизм. Пациентам с ИМ свойственны высокая нормативность поведения, высокий уровень самоконтроля, чувство вины; у пациентов с диагнозом ИБС ССН 2 и 3 ф.кл. диагностирован высокий уровень подозрительности. При прогрессировании функционального класса стенокардии напряжения было отмечено возрастание дипломатичности в общении, усиление практической направленности личности. У пациентов с ПИК ССН 3 ф.кл. были выше показатели конформных реакций, терпимости, отмечалось увеличение тенденция к принятию иной точки зрения по сравнению с больными ПИК ССН 2 ф.кл., но при этом снижались показатели социальной активности.

При помощи корреляционного анализа было выявлено большое количество как прямых, так и обратных связей между параметрами КЖ и личностными особенностями больных ИБС. Характер связей и коэффициенты корреляции в экспериментальных группах и группе здоровых имели отличия. Данный факт может свидетельствовать об увеличении влияния не-

которых личностных особенностей на удовлетворенность КЖ в ситуации хронического заболевания<sup>7</sup>.

В группе больных с ПИК достоверно чаще были зафиксированы высокие показатели по шкале депрессии (шкала депрессии Гамильтона – HDRS), у пациентов с неосложненным течением ИБС – *тревожная симптоматика* (по данным Интегративного теста тревожности), в структуре которой преобладали реакции эмоционального дискомфорта, социальных защит, у больных с 3-м ф.кл. стенокардии – тревожная оценка перспективы и фобический компонент тревоги.

Для большинства респондентов со 2-м ф.кл. стенокардии напряжения свойственны *типы отношения к болезни* с сохранением социально-психологической адаптации (гармоничный, эргопатичный); у больных с 3-м ф.кл. стенокардии напряжения преобладают дезадаптивные типы (тревожный, ипохондричный, неврастеничный, эгоцентричный и сенситивный).

Что касается *межличностных отношений*, они во многом отражают типичные для личности больных с ССЗ стремление к доминантности, властность, ориентацию на достижение высоких жизненных целей<sup>8</sup>. У большинства пациентов были повышены значения автократичности, конкурентности, холодности в противовес факторам заботливости, уступчивости, экспрессии. В группе больных с ПИК ССН 3 ф.кл., напротив, преобладали показатели уступчивости и экспрессии, оказались повышенными значения неуверенности и заботливости. Возможно, это связано с тем, что при прогрессировании заболевания возрастает зависимость человека от близкого окружения и медицинского персонала.

Результаты, полученные нами при изучении *объяснительных стилей* (тест на оптимизм Селигмана в интерпретации Л.А.Рудиной)<sup>9</sup>, указывают на то, что для пациентов с ИБС характерен преимущественно пессимистический настрой. Большинство показателей соответствовали значениям «умеренный пессимизм», либо «промежуточная ситуация». Выявлены достаточно высокие значения персонализации, что свидетельствует о стремлении брать ответственность на себя за происходящие события. Этот факт дополняет результаты, полученные при изучении интерперсональных отношений и личностных особенностей, особенности которых в совокупности с выявленными параметрами объяснительных стилей отражают перфекционистские тенденции, характерные, по мнению ряда авторов, для больных ИБС<sup>10</sup>.

*Математическое моделирование.* В результате проведенного исследования эмоционально-личностных характеристик, особенностей объяснительных стилей и межличностных отношений, при помощи *дискриминантного анализа*<sup>11</sup> нами была создана математическая модель диагностики удовлетворенности качеством жизни у пациентов различных клинических групп (уровни удовлетворенности – низкий, средний, выше среднего). Были определены основные психологические составляющие в соответствии с их диагностической чувствительностью, оказывающие существенное влияние на распределение дискриминантной функции в различных клинических группах (рис.1). Для каждой группы было составлено математическое уравнение с учетом ведущих коэффициентов влияния, позволяющее рассчитать диагностические типы с учетом различных психологических критериев и с вероятностью 100% дифференцировать степень удовлетворенности пациентов качеством их жизни на основании психологических параметров.

*Психокоррекция.* Результаты диагностики особенностей психологического статуса и КЖ больных ИБС были положены в основу разработки дифференцированной программы психокоррекционной работы в клинических условиях, которая своей целью имела улучшение КЖ больных ИБС. Ведущими «мишенями» психокоррекции в каждой клинической группе явились психологические составляющие, полученные при помощи дискриминантного анализа. Программа психокоррекции была *ориентирована* на улучшение эмоционального состояния больных ИБС, их общего самочувствия, оптимизацию системы социальных отношений, повышение стрессоустойчивости, формирование конструктивных моделей поведения с отказом от вредных привычек, повышение приверженности терапии, построение оптимистичной жизненной позиции. Все респонденты, принимавшие участие в исследовании, получили информацию о результатах психодиагностики.

<sup>7</sup> Кувшинова Н.Ю. Оценка качества жизни больных ишемической болезнью сердца во взаимосвязи с эмоционально-личностными характеристиками // Известия Самарского научного центра РАН. – 2010. – Т.12. – №3(2). – С.397 – 401.

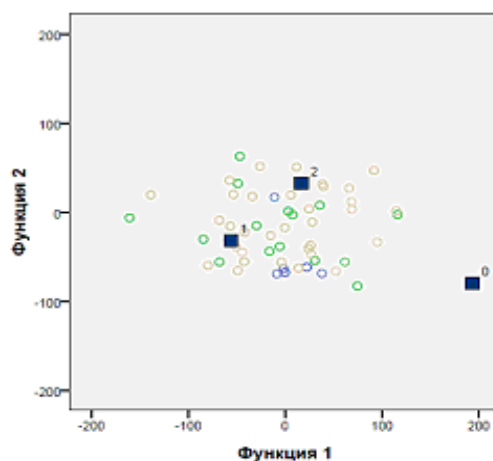
<sup>8</sup> Положенцев С.Д., Руднев Д.А. Поведенческий фактор риска ишемической болезни сердца (тип А). – Л: 1990.

<sup>9</sup> Рудина Л.М. Индивидуально-психологические особенности адаптивности женщин к состоянию беременности. Дис... канд. психол. наук. – 19.00.01 – психология личности. – М.: 2003.

<sup>10</sup> Rosenman R.H., Chesney M.A. The relationship of type A behavior pattern to coronary heart disease // Act.nerv.sup. – 1980. –

Vol.22. – P. 1 – 45; Tennant C. Work stress and coronary heart disease // J.Cardiovasc. Risk. – 2000. – Vol.7. – №4. – P.273 – 276; Клиническая психотерапия в общей врачебной практике / Под ред. Н.Г.Незнанова, Б.Д.Карвасарского. – СПб.: 2008.

<sup>11</sup> Бююль А., Цефель П. SPSS: искусство обработки информации. Анализ статистических данных и восстановление скрытых закономерностей // Под ред. В.Е.Момота. – М.; СПб.; Киев: 2002.



**Рис. 1.** Рассеивание канонических значений в дискриминантной модели описания качества жизни у больных ИБС ССН 2 ф.кл. Уровни удовлетворенности КЖ: 0 – низкий; 1 – средний; 2 – выше среднего.

Психологическая работа включала обучающий блок, групповые и индивидуальные занятия с психологом, тренинги. Целью *обучающего* блока явилось информирование пациентов о психологических факторах риска и образе жизни при ИБС, роли психологических аспектов в развитии и прогрессировании ССЗ. Мы старались подвести участников к осознанию необходимости поддерживать оптимально возможный при наличии уже имеющегося заболевания уровень здоровья. В ходе психологической работы были применены техники рациональной, когнитивно-поведенческой, гештальт-психотерапии, психодрамы с дальнейшим обсуждением возникающих мыслей и чувств. *Антистрессовый тренинг* включал в себя упражнения и техники, направленные на стабилизацию эмоционального фона. Для снижения интенсивности дискомфортных ощущений в области грудной клетки были использованы техники нейро-лингвистического программирования – к примеру, работа с субмодальностями позволяет разорвать связь болевого синдрома со зрительными образами, звуковыми и речевыми сигналами и ощущениями с последующим формированием новых связей. В рамках *мотивационного тренинга* участникам предлагалось проанализировать логические уровни личности<sup>12</sup> – окружение, поведения, способностей, убеждений и ценностей, личностной идентичности, духовности – и оценить, какой вклад каждый из них вносит в состояние здоровья или болезни. С целью обучения пациентов навыкам позитивного мышления мы разработали тренинговое занятие с названием «*Позитивно мыслю – позитивно живу*». Проработка межличностных отношений, обучение конструктивному разрешению межличностных конфликтов, выявление и разрешение внутриличностных противоречий осуществлялись в русле интерперсональной психотерапии<sup>13</sup>.

<sup>12</sup>Дилте Р. Моделирование с помощью НЛП. – СПб.: 2001.

<sup>13</sup>Разработка методики интерперсональной психотерапии для лечения невротических расстройств и оценка ее

эффективности: Методические рекомендации. Науч.-иссл. психоневрол. инт-т им.В.М.Бехтерева / Авт.-сост.: Абабков В.А., Исурина Г.Л.и др. – СПб: 2007.

**Таб. 1.** Динамика показателей КЖ по сферам у больных ИБС после психокоррекции (данные описательной статистики, n=127)

	Минимум	Максимум	Среднее	Стд.ошибка	Стд.отклонение
Физическая сфера	-,80	4,30	1,0276	,09441	1,06396
Психическая сфера	-,80	4,60	1,5772	,10515	1,18497
Уровень независимости	-1,20	3,70	,5677	,07150	,80582
Социальные отношения	-,70	5,00	1,7795	,10554	1,18939
Окружающая среда	-2	3	,29	,064	,721
Духовность	-5,00	4,00	-,0055	,14816	1,66973
КЖ общее	-,80	4,00	,8865	,07331	,82615

*Оценка эффективности.* Согласно распространенной в настоящее время точке зрения, КЖ можно рассматривать как самостоятельную характеристику самочувствия больного и эффективности терапии, дополняющую традиционный анализ объективных клинических и инструментальных данных<sup>14</sup>. Поскольку все пациенты, с которыми нам довелось работать, находились на плановом лечении и регулярно получали медикаментозную терапию, изменения показателей качества жизни мы рассматривали как критерий, отражающий эффективность психокоррекционной работы (таб.1).

Повторная диагностика КЖ показала, что максимальный положительный сдвиг наблюдался по сфере «Социальные отношения» ( $p < 0,01$ ), «Психологической» ( $p < 0,001$ ) и «Физической» сферам ( $p < 0,01$ ). Оптимизировались показатели уровня независимости, и несколько повысилась удовлетворенность сферой «Окружающая среда». В самоотчетах и отзывах о психокоррекционных занятиях, многие пациенты говорили о появлении «нового видения жизни, ситуаций, обстоятельств», о новом понимании проблем. Среди пациентов, не принимавших участие в психокоррекционных занятиях, повторная диагностика КЖ показала некоторое увеличение средних значений «Уровня независимости» и показателей шкалы «Удовлетворенность медицинской помощью», однако изменения не были достоверными.

После курса психокоррекции зарегистрированы значимое уменьшение тревоги и депрессии, сдвиг типов отношения к болезни в сторону гармонизации, изменение характера объяснительных стилей с увеличением параметров широты и постоянства в объяснении позитивных событий. Вместе с тем, по сфере «Духовность» во многих случаях были диагностированы отрицательные изменения. Данный факт можно объяснить воздействием психотерапии на установки и убеждения пациента, от которых сложно отказаться сразу, глобально их изменить. Тот объем информации, эмоционального опыта и опыта общения, который пациенты получили на занятиях, требует определенного времени для переосмысления и усвоения. Кроме того, для многих, отсутствие серьезного осложнения ИБС, каковым является ИМ, возможно,

формирует иллюзию, что все может обойтись и без перемен, а новая информация создает ситуацию мотивационного конфликта – оставить все, как есть или начинать относиться к жизни и собственному здоровью по-новому. Проанализировав все случаи с отрицательным сдвигом по шкале «Духовность», мы обнаружили связь с определенными психологическими характеристиками. В частности была выявлена положительная корреляция с фактором E (доминантность), L (подозрительность), а также шкалами «Авторитарность», «Социальное избегание» и факторами широты (PvB) и постоянства (PmB) в объяснении негативных событий. Возможно, при наличии указанных психологических особенностей формируется более активное сопротивление, в результате чего требуется большее время для модификации имеющихся убеждений.

Повторное собеседование и диагностика уровня комплаентности, проведенные через полгода (случайная выборка – 38 чел из тех, кто был только информирован о модификации образа жизни при ИБС и 42 человека, прошедшие курс психокоррекции) показали, что среди пациентов, посещающих психокоррекционные занятия высокий уровень приверженности лечению имели 52,4% больных и 42,9% – средний. Среди тех пациентов, кто психокоррекционные занятия не посещал, высокий уровень комплаентности диагностирован у 21%, средний – у 44,7%.

На основании проведенного исследования мы можем сделать вывод, что включение психологического блока в профилактические программы в дополнение к информационным технологиям способствует формированию более осознанного отношения пациентов к рекомендациям врача, повышению терапевтической мотивации, созданию положительной установки на лечение, повышению комплаентности. Повторная диагностика КЖ больных ИБС, проведенная после психокоррекционной сессии, свидетельствуют о позитивном влиянии психокоррекции на удовлетворенность больных различными сторонами жизнедеятельности с максимальным позитивным сдвигом показателей психологической сферы и сферы социальных отношений.

<sup>14</sup>Беленков Ю.Н. Определение качества жизни у больных с хронической сердечной недостаточностью // Кардиология. – 1993. – №2. – С.85 – 88; Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – СПб.; М.: 2002.

**HEALTH CARE TECHNOLOGIES IN CORONARY HEART DISEASE MAINTENANCE  
AND THEIR INFLUENCE ON LIFE QUALITY OF A PATIENT  
(PSYCHOLOGICAL ASPECT)**

©2010 N.Y.Kuvshinova, L.I.Mostovaya<sup>o</sup>

Samara State Medical University

The article deals with the problems related to lifestyle changes in patients with coronary heart disease (CHD). The importance of information medical technologies for CHD prevention and treatment and the changes in patients' life quality after psycho-correction are discussed.

Key words: life quality, coronary heart disease, personal features, anxiety, depression, inner aspect of disease, interpersonal communication, attributional style, information medical technology, psycho-correction.

---

<sup>o</sup> *Kuvshinova Nataliya Yurievna, teacher of Chair of Pedagogy, Psychology and Psycholinguistics. E-mail: [natalysmgu@mail.ru](mailto:natalysmgu@mail.ru)*  
*Mostovaya Ludmila Ivanovna, Candidate of Medicine, senior lecturer of Chair of Medical Psychology and Psychotherapy. E-mail: [info@samsmu.ru](mailto:info@samsmu.ru)*