



Внутренняя картина болезни и особенности жизнеспособности больных ишемической болезнью сердца, перенесших кардиохирургическое вмешательство

Есенкова Н.Ю.¹

¹ Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

ИНФОРМАЦИЯ О СТАТЬЕ:

Получено: 30.05.2018

Опубликовано: 30.06.2018

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

кардиохирургическая операция, внутренняя картина болезни, жизнеспособность человека

АННОТАЦИЯ:

В статье раскрыты результаты исследования специфики влияния кардиохирургической операции на уровни внутренней картины болезни (ВКБ) и жизнеспособность больных ишемической болезнью сердца (ИБС), перенесших кардиохирургическую операцию. Теоретически обоснована взаимосвязь ситуации кардиохирургического вмешательства как стрессового события и жизнеспособности больного. Характеристики ВКБ больных, перенесших хирургические методы лечения, определяются трансформациями эмоционального и телесного уровней — предъявление множественных болезненных телесных ощущений, преобладание аффективных нарушений тревожного спектра. Жизнеспособность кардиохирургических больных становится более уязвимой за счет снижения личностного ресурса — настойчивости. Больные фокусируются на духовном/религиозном совладании и безопасных семейных и социальных взаимосвязях. Сформулированы задачи психотерапевтической помощи больным ИБС, перенесшим кардиохирургическую операцию.

Internal picture of the disease and peculiarities of resilience in patients with coronary heart disease who underwent cardiac surgery

Esenkova N.Yu. 1

1 Kursk State Medical University, Russia

ARTICLE INFO:

Received: 04.05.2018

Accepted: 30.06.2018

KEYWORDS:

cardiosurgery, ischemic heart disease (IHD), life stress situation, internal picture of the disease (IPD), resilience

ABSTRACT:

The paper provides the results of a study of the specific effects of cardiac surgery on the levels of the internal picture of the disease (IPD) and the resilience of patients with ischemic heart disease (IHD) who underwent cardiac surgery. The association of the cardiosurgical intervention situation as a stressful event and the patient's resilience is theoretically grounded. Characteristics of patients IPD who underwent surgical methods of treatment are determined by the transformations of emotional and bodily levels — the presentation of multiple painful bodily sensations, the prevalence of affective disturbances of the anxiety spectrum. The resilience of cardiosurgical patients becomes more vulnerable due to a decrease in the personal resource — perseverance. Patients with focus on spiritual / religious coping and safe family and social relationships. The tasks of psychotherapeutic care for patients with IHD who underwent cardiac surgery were formulated.

CITATION

Есенкова Н.Ю. Внутренняя картина болезни и особенности жизнеспособности больных ишемической болезнью сердца, перенесших кардиохирургическое вмешательство // Живая психология. — 2018. — Том 5. — №2. — С. 173–180. — doi: [10.18334/lp.5.2.39226](https://doi.org/10.18334/lp.5.2.39226)

Esenkova N.Yu. (2018) Vnutrennyaya kartina bolezni i osobennosti zhiznesposobnosti bolnyh ishemicheskoy boleznью serdtsa, perenessikh kardiokhirurgicheskoe vmeshatelstvo [Internal picture of the disease and peculiarities of resilience in patients with coronary heart disease who underwent cardiac surgery]. *Zhivaya psikhologiya*, 5(2), 173–180. doi: [10.18334/lp.5.2.39226](https://doi.org/10.18334/lp.5.2.39226)



Введение

Применение высокотехнологичных методов оказания помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) актуализирует необходимость разработки эмпирически верифицированных подходов к психологическому сопровождению лечебного процесса и реабилитации пациентов, перенесших кардиохирургическую операцию.

В ситуации кардиологического заболевания больные находятся в состоянии перманентной соматогенной угрозы: опасения и ожидания, связанные с возникновением очередного приступа стенокардитических болей, риск развития кардиогенных жизнеопасных состояний, необходимость применения хирургических методов лечения, предполагающие вариабельность исходов и вероятность развития послеоперационных осложнений.

Построение жизненного пространства сопряжено с признанием больным неизбежности влияния заболевания на жизненные планы, что существенно сужает временную жизненную перспективу [7] (*Salikhova, 2009*). Больные осознают как актуальные барьеры в реализации личностных ценностей, так и барьеры, ограничивающие удовлетворение основных жизненных ценностей, смыслов и жизнедеятельности в целом.

Без сомнений, что ситуация кардиологического заболевания требует от индивида таких действий и условий, которые находятся на границе его адаптивных возможностей или даже превосходят имеющиеся у него резервы. Для успешного преодоления неблагоприятных условий жизни, вызванных заболеванием, личность включает «резервные» возможности, обращается к ресурсам, важнейшими характеристиками которых являются способность к накоплению, формированию; доступность и осознанность; регулирующая роль; использова-

ние для повышения эффективности жизнедеятельности, личностному росту.

Особая роль в психической адаптации к болезни, ее последствиям, смене вида лечения принадлежит «сложной, метасистемной, динамической» характеристике человека «жизнеспособность» [4] (*Makhnach, 2016*). Жизнеспособность не является абсолютно новым термином, научный дискурс по определению его категориального пространства в психологической науке до сих пор продолжается, интерпретация данного феномена приобретает всё больше междисциплинарный статус [4] (*Makhnach, 2016*).

В качестве теоретического основания исследования мы опираемся на модель жизнеспособности человека А.В. Махнача. Выбор данной модели обусловлен применением четырехаспектной экологической модели жизнеспособности человека, основанной на экологическом подходе, акцентирующий роль социальных факторов в преодолении трудных жизненных ситуаций, а также ее близостью к общей теории системы П.К. Анохина [4] (*Makhnach, 2016*).

Согласно мнению А.В. Махнача, жизнеспособность представляет собой системную, интегральную характеристику личности, которая обеспечивает возможность преодолевать трудные жизненные ситуации, проявляется в процессах самодетерминации личности, индивидуальную способность человека управлять собственными ресурсами в контексте социальных, культурных норм и средовых условий [4] (*Makhnach, 2016*).

Жизнеспособность человека включает шесть взаимосвязанных компонентов: самоэффективность, совладание и адаптацию, настойчивость, духовность/культуру, внутренний локус контроля, семейные/социальные взаимоотношения [4] (*Makhnach, 2016*).

Изучение клинико-психологических аспектов влияния кардиохирургического вмешательства на психическую сфе-



ру больных мы рассматриваем в рамках концепции «внутренней картины болезни» В.В. Николаевой в контексте соотношений когнитивного, эмоционального, телесного, мотивационного уровней во всей сложности взаимодействия с жизнеспособностью личности [5] (Nikolaeva, 1987).

Кардиохирургическая операция представляет собой жизненную стрессовую ситуацию [3] (Burlachuk, Korzhova, 1998), которая отражается на уровневой структуре ВКБ больных ИБС. Несомненно, наиболее убедительным объяснительным потенциалом обладает транзактный подход в понимании стресса, центральными конструктами которого являются положение психического отражения явлений действительности и когнитивная оценка ситуации.

Остановимся на рассмотрении значения ресурсов человека в контексте стрессового процесса.

Обратим внимание на сходство генезиса жизнеспособности и психологического стресса, поскольку оба феномена развиваются в контексте взаимодействия между личностью и окружающим миром.

Оперативное вмешательство оценивается пациентами как угроза жизни и здоровью, или как травмирующая потеря, или потенциально рискованная ситуация. Параллельно происходит решение задачи на соответствие своих адаптационных ресурсов (физических, психологических и социальных) возможности благополучного исхода операции, минимизации риска возникновения осложнений во время операции и в послеоперационном периоде [2] (Bodrov, 2003).

Жизнеспособность человека участвует непосредственно в самом процессе когнитивного оценивания, еще до наступления защитных эмоциональных, когнитивных и поведенческих реакций, т.е. по сути дела детерминирует оценку

индивидом ситуацию кардиохирургического вмешательства как стрессовую, тем самым предопределяет положительный ответ на потенциально стрессовую ситуацию и выбор продуктивных диспозиционных стилей, тогда как характер копинг-стратегии может быть как положительным, так и отрицательным. Диспозиционный стиль функционирует как устойчивый защитный фактор, который смягчает действие компонентов стрессового процесса [8] (Fletcher, Sarkar, 2013).

В контексте данной дискуссии интересно отметить, что жизнеспособность с присущими ей протективными и промоторными (стимулирующими) факторами влияет на метакогниции, актуализирующиеся в ответ на возникающие эмоции, влияя на выбор преимущественно продуктивных, функциональных стратегий преодоления, существенно защищая индивида от аверсивного воздействия стресса [8] (Fletcher, Sarkar, 2013).

Как видно, жизнеспособность может оказывать свое действие на всю психодинамику стресса.

Мы предполагаем, что ситуация кардиохирургической операции, преломляясь через уровни психического отражения больного, модулирует компоненты жизнеспособности больного ИБС.

” Для успешного преодоления неблагоприятных условий жизни, вызванных заболеванием, личность включает «резервные» возможности.

To successfully overcome the adverse living conditions caused by the disease, the person includes «reserve» opportunities.



Объект: особенности ВКБ и жизнеспособности больных ИБС.

Предмет: особенности ВКБ и жизнеспособности больных ИБС, перенесших кардиохирургическое вмешательство.

Цель исследования — выявить особенности ВКБ и жизнеспособности больных ИБС, перенесших хирургические методы лечения.

Методы исследования включают: клинико-психологическое интервью, тест саморефлексии телесного потенциала (Ложкин В.А., Рождественский Ю.Р.), интегративный тест тревожности (А.П. Бизюк, Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев), краткий опросник восприятия болезни (Broadbent E., Petrie K.J., Main J., Weinman J., 2006; русскоязычная версия В.М. Ялтонского), опросник «Личностный смысл болезни» (Ялтонский В.М., 2007), тест «Жизнеспособность взрослого человека» (А.В. Махнач).

Для статистического анализа нами были использованы методы описательной статистики; методы сравнительной статистики (непараметрический критерий U Манна-Уитни, критерий χ^2 Пирсона). Все расчеты проводились с использованием статистического пакета STATISTICA 10.0.

Общий объем выборки составил 80 человек, экспериментальную группу — 40 человек, мужчины и женщины от 45 до 70 лет, находящихся на стационарном лечении, страдающие ишемической болезнью сердца. 47% экспериментальной группы составляют испытуемые, болеющие меньше 5 лет, 30% испытуемых составляют группу от 5 до 10 лет и 23% составляет группа больше 10 лет. В анамнезе больных имеется хирургическое вмешательство: баллонная ангиопластика, коронарное стентирование. Контрольную группу составили 40 условно здоровых человек.

Рассмотрим особенности ВКБ и психологические особенности больных, перенесших кардиохирургическую операцию.

На сенсорном уровне находят свое отражение многочисленные жалобы больных на тяжелые болезненные ощущения, фиксация внимания на соматических ощущениях.

В структуре ситуативной тревоги больных, перенесших кардиохирургическое вмешательство, преобладают выраженная аффективная напряженность, раздражительность, готовность к отреагированию, негативные эмоции, тревога, связанная с повышенной нервно-психической истощаемостью, субъективно определяемых как утомляемость, снижение работоспособности, снижение жизненного тонуса с симптомами вегетативной лабильности и снижение умственной работоспособности [2, 6] (Bodrov, 2003; Vasserman, Trifonova, Schelkova, 2011).

Специфичным индикатором тревоги актуального психического состояния являются переживания, спроецированные в перспективу, что больные определяют как озабоченность будущим на фоне эмоциональной лабильности.

Больные, перенесшие радикальное лечение, теряют перспективу на будущее, фундаментальную характеристику жизненного бытия, оно становится смутным, непонятным, парализующим реализацию жизненных планов, смыслов, в ее палитре доминируют напряженное ожидание и опасения рецидива заболевания.

На когнитивном уровне доминирует компонент представлений о болезни — «Идентификация» ($8,25 \pm 1,39$ балла), распознавание симптомов болезни, на основе которых пациент выдвигает «теории», касающиеся симптомов, болезни или диагноза. В процессе адаптации к перенесенному оперативному вмешательству больные испытывают многочисленные, тягостные телесные ощущения.

Кардиохирургические больные оценивают влияние имеющегося заболевания на их жизнь как умеренное ($6,88 \pm 1,55$ балла), недостаточно осознают хронический характер течения ($5,87 \pm 3,18$). Вме-



сте с тем они признают, что не могут всецело контролировать болезнь ($5,25 \pm 2,37$), возникновение жизнеугрожающих послеоперационных осложнений, даже при проведении лечения ($6,75 \pm 2,12$ балла). Отмечаются повышение обеспокоенности болезнью ($7,25 \pm 1,75$) и эмоционального реагирования на болезнь ($7,63 \pm 1,06$ балла).

На мотивационном уровне доминируют негативные личностные смыслы болезни: «Угроза» ($1,25 \pm 0,89$ балла), «Потеря» ($1,125 \pm 0,99$ балла) и «Слабость» ($1,125 \pm 0,83$ балла), позитивный смысл «Опыт» ($1,25 \pm 0,89$ балла).

Больные, перенесшие кардиохирургическое операцию, определяют данное жизненное событие и как определенный жизненный опыт, положительную ценность, и как невосполнимую потерю здоровья, прежних физических возможностей, социального статуса, самоуважения, собственную слабость, приводящие к снижению или потере возможности осуществления привычной деятельности, а также как источник угрозы жизни, возникновения жизнеопасных состояний.

В структуре жизнеспособности больных, имеющих в анамнезе оперативные методы лечения ССЗ, преобладают компоненты: «Семейные и социальные взаимосвязи» ($63,8 \pm 5,44$), «Духовная жизнь, религиозная вера» ($60,6 \pm 9,16$).

Вступая в «новую» жизнь, пациенты стремятся найти в вере опору, обращаются к Богу или иной высшей силе, поступают в соответствии со своими моральными представлениями, основанными на вере в проведение; они склонны давать духовно-нравственную оценку всему происходящему вне и внутри себя; действовать в соответствии с собственной и общественной системой духовно-нравственных ценностей; оказывать влияние на других людей, исходя из ценностно-смысловых и нравственных установок [4] (Makhnach, 2016).

„ На чувственном уровне пациенты переживают неопределенные, малопонятные телесные ощущения, обусловленные оперативным вмешательством.

At the sensory level, patients experience vague, obscure bodily sensations due to surgery.

Безопасные межличностные связи служат основанием жизнеспособности человека. Больные стремятся активно развивать социальные отношения; совершенствовать модели семейного общения, заботы и дисциплины, поддерживать эмоциональную близость между членами семьи, формировать позитивные взаимоотношения в семье [4] (Makhnach, 2016).

Сопоставление данных, полученных между группами больных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями с наличием (отсутствием) кардиохирургического вмешательства, выявил статистически значимые различия по компонентам ВКБ и жизнеспособности.

Статистически значимые различия (при $p < 0.01$) показателя саморефлексии телесного потенциала свидетельствуют о том, что у больных при наличии в анамнезе хирургического вмешательства преобладает представление о телесных возможностях человека как инструмента, ценностный статус которого ограничивается задачами соответствия представлениям в социуме.

В структуре ситуативной тревоги у больных ИБС, перенесших кардиохирургическое вмешательство, выявлены значимые изменения эмоциональной сферы: сниженный эмоциональный фон, неудовлетворенность жизненной ситуацией, эмоциональная напряженность,



усталость, расстройства сна, вялость и пассивность, быстрая утомляемость, проекция страхов не на текущее положение дел, а в перспективу, переживания немотивированных опасений, чувства неподконтрольности актуальной ситуации, неустойчивая самооценка со склонностью к формированию идей недостаточной ценности своей личности.

В группе больных, перенесших хирургическое вмешательство, значение общей личностной тревожности достоверно выше, что указывает на наличие дезадаптивного взаимодействия индивида с окружающей средой, дисгармонию и рассогласованность внутренних переживаний.

Установлено отсутствие значимых изменений в структуре ВКБ на когнитивном и мотивационном уровнях в группе кардиохирургических больных по сравнению с больными ИБС, не перенесшими хирургические методы лечения. Следовательно, кардиохирургическое вмешательство ограничивается лишь определенным влиянием на динамические преобразования ВКБ.

Таким образом, содержательные характеристики ВКБ больных, перенесших хирургические методы лечения, определяются трансформациями эмоционального и телесного уровней — преоблада-

нием аффективных нарушений тревожного спектра, сведение роли телесной компоненты к достижению соответствия возможностей человека представлениям и ожиданиям общества.

Для выявления особенностей жизнеспособности личности больных кардиологического профиля мы сравнили группы людей, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, и здоровых испытуемых. Было получено статистически значимое снижение всех компонентов жизнеспособности больных кардиологического профиля.

В структуре жизнеспособности значимые изменения претерпел только один компонент — «настойчивость» (при $p < 0.05$). В структуре жизнеспособности больных ИБС с наличием в анамнезе инвазивных методов лечения снижаются способности: к активной разработке новых жизненных целей; освоению новых навыков по изменению образа жизни, справляться с трудностями и препятствиями, когда обстоятельства выше адаптационных возможностей; разработать собственные решения проблем; активно получать социальную поддержку от окружающих и выполнять обязанности в отношении других.

Выводы

Таким образом, на чувственном уровне ВКБ происходят определенные трансформации: в ткань предшествующего перцептивного опыта переживания болезни вплетаются множественные, до этого «неизученные», неопределенные, малопонятные телесные ощущения, обусловленные оперативным вмешательством.

Субъективные телесные ощущения обозначаются в терминах тревоги с выраженным астеническим компонентом, страха за будущее, неподконтрольности актуальной ситуации.

Отсутствие трансформации когнитивного уровня отражения свидетель-

„ Жизнеспособность кардиохирургических больных становится более уязвимой за счет снижения личностного ресурса — настойчивости.

The viability of cardiac surgery patients becomes more vulnerable due to the reduction of personal resources — perseverance.



ствуется о том, что пациенты не склонны вырабатывать термины для обозначения опыта оперативного вмешательства, приобретать знания и разрабатывать гипотезы, объясняющие его влияние на характер и тяжесть заболевания, появление множественных соматических страданий; не происходит интеллектуальной переработки болезни, связанной с открывающимися возможностями после операции по реваскуляризации миокарда, больные предпочитают воспринимать болезнь в прежних когнитивных конструктах.

С одной стороны, когнитивное оценивание такого рода, скорее всего, его статичность и инертность, обуславливает высокую озабоченность своим состоянием после операции и интенсивное эмоциональное реагирование. С другой стороны, доминирующая тревожная модальность эмоционального реагирования больного на хирургическое вмешательство, возможно, осложняет процесс решения когнитивной задачи, определяемой новыми требованиями жизненной ситуации, затрудняет сосредоточение внимания на текущем когнитивном процессе.

Личностные смыслы болезни остаются стабильными по-прежнему, негативные смыслы преобладают и определенно нарушают восприятие болезни на всех ее уровнях, определяют поведенческие паттерны больных, препятствующие реализации жизненных смыслов.

Очевидно, что данный факт сказывается и на эффективности совладающего поведения. Наше предположение подтверждается полученными нами ранее результатами, указывающими, что больные, перенесшие кардиологическое оперативное вмешательство, предпочитая игнорировать психотравмирующий опыт, прибегают к защитно-совладающему поведению.

Жизнеспособность кардиохирургических больных становится более уязвимой

за счет снижения личностного ресурса — настойчивости. Примечательно, что пациенты сфокусированы более на социальной компоненте жизнеспособности; больные опираются на духовное/религиозное совладание и безопасные семейные и социальные взаимосвязи, а индивидуально-психологические ресурсы в структуре жизнеспособности остаются незадействованными.

На основе данных исследования сформулируем задачи психотерапевтической помощи больным, перенесшим кардиохирургическую операцию. Во-первых, формирование адекватной, гармоничной внутренней картины заболевания. Во-вторых, осмысление стрессов, возникающих в связи с заболеванием и изменением вида лечения. В-третьих, профилактика интенсивных отрицательных эмоций, устранение уже возникших отрицательных переживаний в послеоперационном периоде. В-четвертых, стимулирование использования личностного «капитала» жизнеспособности человека в процессе совладания со стрессовой жизненной ситуацией — ситуацией кардиохирургической операции, кардинально изменяющей качество жизни больного.

ИСТОЧНИКИ:

1. Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ). / методические рекомендации. — СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. — 23 с.
2. Бодров В.А. Психологический стресс. Развитие и преодоление. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.iprbookshop.ru/7387.html>.
3. Бурлачук Л.Ф., Коржова Е.Ю. Психология жизненных ситуаций. / Учебное пособие. — М.: Российское педагогическое агентство, 1998. — 263 с.
4. Махнач А.В. Жизнеспособность человека и семьи: социально-психологическая па-



- радика. — М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2016. — 459 с.
5. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. — М.: Издательство Московского университета, 1987. — 168 с.
 6. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике: научно-практическое руководство. — СПб.: Речь, 2011. — 270 с.
 7. Салихова Н.Р. [Реализуемость личностных ценностей в ситуации жизненного кризиса](#) // Психологический журнал. — 2009. — №1. — с. 44-51.
 8. Fletcher D., Sarkar M. [A Review of Psychological Resilience](#) // European Psychologist. — 2013. — №1. — p. 12-23. — doi: 10.1027/1016-9040/a000124.
- REFERENCES:**
- Bizyuk A.P., Vasserman L.I., Iovlev B.V. (2005). *Primenenie integrativnogo testa trevozhnosti (ITT)* [The application of integrative test anxiety (ITT)] SPb.: SPb NIPNI im. V.M. Bekhtereva. (in Russian).
- Burlachuk L.F., Korzhova E.Yu. (1998). *Psikhologiya zhiznennykh situatsiy* [Psychology of life situations] M.: Rossiyskoe pedagogicheskoe agentstvo. (in Russian).
- Fletcher D., Sarkar M. (2013). *A Review of Psychological Resilience European Psychologist*. 18 (1). 12-23. doi: [10.1027/1016-9040/a000124](#).
- Makhnach A.V. (2016). *Zhiznesposobnost cheloveka i semi: sotsialno-psikhologicheskaya paradigma* [The vitality of the person and the family: social psychological paradigm] M.: Izd-vo «Institut psikhologii RAN». (in Russian).
- Nikolaeva V.V. (1987). *Vliyanie khronicheskoy bolezni na psikhiku* [The influence of chronic disease on the psyche] M.: Izdatelstvo Moskovskogo universitet. (in Russian).
- Salikhova N.R. (2009). *Realizuemost lichnostnykh tsennostey v situatsii zhiznennogo krizisa* [Realizability of personal values in the situation of life crisis]. *Psychological journal*. 30 (1). 44-51. (in Russian).
- Vasserman L.I., Trifonova E.A., Schelkova O.Yu. (2011). *Psikhologicheskaya diagnostika i korrektsiya v somaticheskoy klinike: nauchno-prakticheskoe rukovodstvo* [Psychological diagnostics and correction in somatic clinic: scientific and practical guide] SPb.: Rech. (in Russian).

Сведения об авторе:

Есенкова Наталья Юрьевна, старший преподаватель кафедры общей и клинической психологии, кандидат психологических наук
E-mail: esenkovanj@yandex.ru

