

Алехин А.Н., Чумакова И.О., Трифонова Е.А., Лебедев Д.С., Михайлов Е.Н. Клинические факторы формирования отношения к болезни у пациентов с фибрилляцией предсердий



English version: [Alekhin A.N., Chumakova I.O., Trifonova E.A., Lebedev D.S., Mikhailov E.N. Clinical factors of development of attitude towards disease in patients with atrial fibrillation](#)

Российский государственный педагогический университет им. А.И.Герцена, Санкт-Петербург, Россия
Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А.Алмазова, Санкт-Петербург, Россия

[Сведения об авторах](#)

[Литература](#)

[Ссылка для цитирования](#)

Цель исследования: оценка соотношения клинических характеристик и отношения к болезни пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП). *Обследованная выборка:* 50 больных с ФП (24 мужчин и 26 женщин в возрасте от 40 до 69 лет; пациенты с пароксизмальной формой ФП – 80%, с постоянной формой ФП – 20%), впервые (68%) и повторно (32%) проходящих лечение методом радиочастотной катетерной абляции. *Методы:* метод беседы, анализа медицинских карт; стандартизированные опросники «Интегративный тест тревожности», «Шкала самооценки депрессии» Зунга, «Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни» (ТОБОЛ). *Результаты.* Пациенты характеризовались повышенной тревожностью и фрустрированностью ситуацией болезни. Выявлены взаимосвязи между клиническими характеристиками ФП и психологическими характеристиками пациентов. Больные с малосимптомной формой ФП менее тревожны, чем симптоматичные пациенты, однако менее информированы о заболевании, менее привержены лечению. Пациенты с четкой локализацией симптомов в области сердца более тревожны, чем пациенты с разнообразными специфическими и неспецифическими жалобами. У пациентов с постоянной формой ФП более выражены пессимистические тенденции в личностной реакции на заболевание и лечение, чем у пациентов с пароксизмальной формой ФП. При идиопатической форме ФП более выражены сенситивные, эгоцентрические и паранойяльные тенденции в отношении к болезни. Продолжительность заболевания положительно связана с информированностью о нем и приверженностью к лечению, но при этом также со склонностью к чрезмерной сосредоточенности на симптомах и необоснованному ограничению активности. У пациентов, имеющих опыт недостаточно эффективного лечения методом катетерной абляции, в отношении к болезни более выражены сенситивные тенденции. *Выводы.* Данные о взаимосвязях между клиническими и психологическими характеристиками пациентов с ФП могут быть использованы для разработки дифференцированных подходов к психологическому сопровождению лечебно-восстановительного процесса.

Ключевые слова: отношение к болезни, аритмия, фибрилляция предсердий, качество жизни, психическая адаптация к болезни, личность

Фибрилляция предсердий – одно из наиболее распространенных нарушений ритма сердца. Данный вид тахикардии проявляется беспорядочным, хаотичным возбуждением и сокращением отдельных групп мышечных волокон предсердий, связанных с их некоординированной электрической активностью, и опасен повышенным риском тромбоэмболических осложнений. Распространенность фибрилляции предсердий (ФП) составляет 0,4–1% среди населения в целом и увеличивается с возрастом [Кушаковский, 2007]. Основными клиническими проявлениями ФП являются

сердцебиение, одышка, головокружение, общая слабость, боли в области сердца, повышенная утомляемость, синкопальные состояния и пр. При этом характер жалоб больных весьма вариативен, в отдельных случаях отмечается практически бессимптомное течение заболевания.

Исследования свидетельствуют о выраженном снижении различных компонентов качества жизни при ФП [Яковенко и др., 2006; Thrall et al., 2006], обусловленном как особенностями течения болезни, так и эмоциональным состоянием пациентов [Ong et al., 2006]. В ряде работ показана связь данного нарушения ритма сердца и проявлений тревожно-депрессивного спектра, преимущественно нозогенного характера [Яковенко и др., 2006]. Сведения о специфике эмоциональных нарушений при разных формах ФП противоречивы, однако убедительно показано, что тревожные и депрессивные расстройства негативно сказываются на течении заболевания, ухудшают качество жизни пациентов и эффективность фармакологического лечения [Алехин и др., 2011].

Исследования свидетельствуют, что адекватное отношение к болезни, информированность о ней является важным условием психологической адаптации пациента к заболеванию [McCabe, 2010] и эффективности как лекарственной терапии, так и высокотехнологичного интервенционного лечения. Последнее осуществляется преимущественно методом радиочастотной катетерной абляции (РЧКА) левого предсердия для электрической изоляции легочных вен. Катетерная абляция является минимально инвазивной процедурой, заключающейся в разрушении патологического «очага» аритмии высокочастотным током с помощью катетера, вводимого в сердце через периферический сосуд. Необходимость такого лечения при ФП связана прежде всего с недостаточно высокой результативностью применения антиаритмических препаратов более чем у половины больных [Бокерия, Ревитшвили, 2009].

Как трудности лекарственного контроля ФП, так и ситуация госпитализации и ожидания предстоящего интервенционного лечения создают особые психотравмирующие условия для пациентов. Осложняющим обстоятельством является то, что лечение методом РЧКА, несмотря на относительно более высокую эффективность по сравнению с фармакотерапией, не исключает рецидивов нарушения ритма сердца. При этом существует проблема ухудшения результатов с течением времени [Оферкин и др., 2010]. Все это позволяет рассматривать больных с ФП, проходящих интервенционное лечение, как группу риска в отношении нарушения психической адаптации.

В отдельных исследованиях показано, что, несмотря на положительную динамику качества жизни пациентов в результате интервенционного лечения ФП методом РЧКА, у отдельных пациентов сохраняется повышенная тревожность, связанная с ожиданием рецидива либо фактическим возвращением аритмии и осложнениями при лечении [Лебедева, Лебедев, 2005]. Вместе с тем переживания и ожидания пациентов с ФП на этапе, предворяющем интервенционное лечение, а также факторы, влияющие на формирование их отношения к болезни и ситуации лечения, изучены недостаточно. Знание об особенностях реагирования на заболевание и лечение лиц разных клинических групп позволило бы обосновать дифференцированный подход в психологическом сопровождении лечения больных с ФП.

Это явилось основанием для планирования и проведения настоящего исследования с целью определения роли клинических факторов в формировании отношения к болезни у пациентов с ФП, проходящих интервенционное лечение (для обоснования дифференцированных подходов в психологическом сопровождении лечебно-восстановительного процесса).

Материалы и методы

Выборка

На базе отделения рентген-хирургии аритмий и электрокардиостимуляции N 1 и кардиологического отделения N 2 Федерального центра сердца, крови и эндокринологии им. В.А.Алмазова было обследовано 50 пациентов с фибрилляцией предсердий (24 мужчины и 26 женщин в возрасте от 40 до 69 лет, средний возраст $56,9 \pm 6,6$ лет), госпитализированных в связи с плановым лечением методом

радиочастотной катетерной абляции (РЧКА). Основные клинические характеристики обследованной группы представлены в табл. 1.

У большинства пациентов (36 чел. / 72%) диагноз был поставлен от 0,5 до 5 лет назад, у 6 пациентов (12%) – 6–10 лет назад, у 8 пациентов (16%) – более 10 лет назад. Средняя давность заболевания – $5,8 \pm 5,8$ лет.

У 43 пациентов (86%) ФП развилась на фоне сердечно-сосудистой патологии (гипертоническая болезнь различной степени – 23 чел., ишемическая болезнь сердца – 2 чел., сочетание гипертонической болезни и ишемической болезни сердца – 18 чел.), в остальных случаях (7 чел. / 14%) была диагностирована идиопатическая форма ФП. Различия между мужчинами и женщинами по клиническим характеристикам были выявлены только по доле малосимптомных пациентов ($p < 0,05$).

Таблица 1

Клинические характеристики обследованных больных

Клинические характеристики		Мужчины (чел.)	Женщины (чел.)
Количество симптомов	5 симптомов	4	2
	3–4 симптома	7	16
	1–2 симптома	10	8
	Малосимптомное течение	3	0
Качество симптомов	Сердечные симптомы	5	8
	Неспецифические (внесердечные) симптомы	1	2
	Сердечные и внесердечные симптомы	15	16
	Малосимптомное течение	1	0
Форма фибрилляции предсердий	Пароксизмальная	19	21
	Постоянная	5	5
Опыт лечения методом РЧКА	РЧКА в анамнезе	8	8
	Первичное лечение методом РЧКА	16	18

Исследование проводилось с информированного согласия пациентов в день госпитализации, до проведения процедуры РЧКА.

Методы психологического обследования

Клинико-психологический метод: анализ медицинских карт и беседа, направленная на оценку эмоционального статуса, общего самочувствия, переживаний, связанных с заболеванием, информированности о нем, приверженности лечению и образа жизни в целом. В настоящем исследовании при количественном анализе данных учитывались следующие характеристики, оцениваемые по результатам беседы:

- количество и качество (сердечные / внесердечные) симптомов по самоотчетам пациентов;
- информированность о заболевании – оценивалась по 3-балльной шкале на основании осведомленности пациента о диагнозе, сути заболевания и предстоящего лечения, принимаемых лекарственных препаратах и их действии;
- приверженность к лечению – оценивалась по 3-балльной шкале на основании самоотчетов пациентов с учетом мнения лечащих врачей.

В рамках обследования были использованы следующие *психодиагностические* методики.

«Интегративный тест тревожности» (ИТТ) [Бизюк и др., 2003]. Методика направлена на оценку

ситуационной и личностной тревожности, содержит две соответствующие шкалы, в составе которых – по пять субшкал, отражающих различные компоненты тревожности;

«Шкала самооценки депрессии» Зунга (Self-Rating Depression Scale – SDS). Методика разработана W.Zung [Zung, 1965] для дифференциальной диагностики депрессивных состояний и состояний, близких к депрессии, используется в психиатрической клинике и клинике соматических (психосоматических) заболеваний;

«Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни» (ТОБОЛ) [Вассерман и др., 2005]. Методика разработана в институте им. В.М.Бехтерева и предназначена для диагностики вариантов личностного реагирования на болезнь и значимых отношений личности, связанных с болезнью. Опросник позволяет диагностировать 12 типов отношения к болезни, а также смешанный и диффузный варианты реагирования на болезнь.

Методы анализа данных

Методы математико-статистического анализа данных: анализ описательных статистик (частота, среднее арифметическое, стандартное отклонение); метод оценки нормальности распределения (критерий Колмогорова–Смирнова); методы выявления различий (критерий U-Манна–Уитни, критерий хи-квадрат); методы выявления связей (коэффициент корреляции Спирмена). Данные обрабатывались с помощью пакета статистических программ SPSS Statistics 19.0.

Результаты

Качественный анализ результатов беседы позволил заключить, что, несмотря на высокую вариативность в ощущениях и переживаниях пациентов в связи с болезнью и предстоящим интервенционным лечением, выделяются относительно устойчивые формы личностного реагирования, которые могут рассматриваться как точки на континууме между полярными состояниями сверхвовлеченности в ситуацию болезни и компенсаторными контрафобическими реакциями.

Гипернозогностическое отношение к болезни

Типичным является переживание пациентом невозможности преодоления болезни или смирения с ней, состояние эмоциональной напряженности, тревожной бдительности либо раздражительной слабости, «усталости от болезни». Данный тип реагирования и качественно близкие к нему варианты выявлялись у подавляющего большинства пациентов (36 чел. / 72%). При использовании тест-опросника ТОБОЛ у больных выявлялись диффузный тип отношения к болезни (10 чел. / 20%), смешанные типы с сочетаниями тревожных, неврастенических, сенситивных тенденций (11 чел. / 22%), а также эргопатический, предполагающий в данном случае стремление «переломить» болезнь (14 чел. / 28%). У всех пациентов выявляется либо средний, либо повышенный уровень личностной и ситуационной тревожности (по методике ИТТ). Признаки субдепрессивного состояния были выявлены по результатам беседы и экспериментально-психологического исследования (шкала депрессии Зунга) у одного пациента.

Нарушение деятельности сердца воспринимается пациентами этой группы весьма болезненно, подчеркивается чуждость и непрогнозируемость симптоматики. Тема потери контроля над своим состоянием является доминирующей и касается не только собственно пароксизмов или постоянно нарушенного ритма сердца с ощущением диссоциации («сердце будто не мое»), но и возникающих на их фоне повышенной утомляемости, обессиленности («голова ясная, а тело не слушается», «понимаю, что надо, но не могу встать»). Начало болезни также в большинстве случаев запоминается как внезапное, без предвестников, нередко на фоне покоя, что усиливает впечатление неожиданности.

Больные предъявляют разнообразные жалобы, подробно описывают нарушение сердечной деятельности, используя в том числе метафоры («внутри все переворачивается», «сердце будто

повисло на сосудах», «машинка крутится в груди и что-то задевает»). Несмотря на усвоенное представление об отсутствии непосредственной угрозы для жизни в связи с ФП, для некоторых пациентов (10 чел. / 20%) остаются актуальными фобические переживания: осознаваемое тревожное ожидание приступа и страх смерти в результате неправильной работы сердца.

В концепции болезни пациентов отражены безуспешные попытки освоить способы контроля нарушенной деятельности сердца: больные сообщают о различных провокаторах приступов (физических, психологических), ни один из которых не является в достаточной степени надежным, об эпизодах самолечения, изменения дозы лекарственных препаратов и уровня физической активности, об опыте взаимодействия с разными специалистами. Большинство пациентов находят определенные приемы облегчения состояния во время приступа помимо лекарственных препаратов (положение лежа, ходьба, рассасывание конфет и т.п.), однако эти способы оказываются не в полной мере удовлетворительными. Во время приступа больные испытывают потребность остаться в одиночестве, становятся более раздражительными, нетерпеливыми, сосредотачиваются на симптомах, погружаются в процесс совладания с физическим дискомфортом.

Сбой в ритме сердца соотносится для пациентов со сбоем в ритме жизни: приступ нередко вызывает досаду как помеха, вмешательство в планы. Для больных трудоспособного возраста ситуацию осложняет невозможность полноценной профессиональной деятельности, вынужденный переход на менее напряженную работу. Фрустрированность снижением работоспособности сопровождается раздражением и ограничением активности либо попытками самопреодоления на пределе физических возможностей.

Примечательно, что, несмотря на обеспокоенность болезнью и немалый практический опыт борьбы с нею, пациенты не проявляют устойчивого интереса к медицинской информации, имеют фрагментарные представления о сути заболевания и предстоящего интервенционного лечения, при этом испытывают тревогу и смущение в связи с недостаточной осведомленностью. В данной группе 23 пациента (64%) испытывали затруднения в припоминании названий принимаемых препаратов и их назначения, неточно описывали суть предстоящей процедуры и диагностированной у них формы аритмии. Остальные больные (13 чел. / 36%) в целом были адекватно информированы о заболевании и лечении.

Предстоящая процедура РЧКА воспринимается пациентами как шанс освободиться от бремени болезни, однако при этом оптимистический настрой сочетается со страхом, надежда – с боязнью как самого вмешательства (страх смерти во время операции, страх не прийти в сознание после наркоза), так и его недостаточной результативности, осложнений, рецидивов. У 5 пациенток отмечалась выраженная предоперационная тревога с проявлениями дезорганизации поведения и психического регресса (чувство беспомощности и незащитности, слезливость, эмоциональная неустойчивость, потребность в бегстве).

В целом у пациентов преобладает пассивно-доверяющее отношение к врачам, склонность полностью полагаться на их знание и опыт при недостаточности конструктивного интереса собственно к процессу лечения, недооценке роли систематического выполнения медицинских рекомендаций относительно лекарственной терапии и образа жизни. В некоторых случаях (5 чел.) стремление к обретению контроля над ситуацией распространяется на сферу отношения к медицинской помощи и приобретает дезадаптивную форму оппозиционности, разработки собственных «концепций» и «методов», увлечения «альтернативными» подходами в лечении.

Гипонозогностическое отношение к болезни

Больные с таким типом реагирования (в настоящем исследовании – 6 чел. / 12%) не склонны предъявлять жалобы, скупое описывают симптомы болезни, в трех случаях – полностью отрицают наличие какого-либо физического дискомфорта в связи с нарушением ритма сердца, считают себя в целом здоровыми даже при наличии серьезных заболеваний и опыта хирургического лечения, склонны к «нормализации» своего состояния («в моем возрасте это нормально», «ничего страшного»), уклоняются от обсуждения темы болезни. Выявление заболевания, как правило, происходит случайно, на плановых обследованиях, в процессе лечения других соматических

нарушений. На госпитализацию и интервенционное лечение больные соглашаются преимущественно по настоянию родственников либо под влиянием авторитета врача. Пациенты тяготятся вынужденным ограничением активности в больничной обстановке, испытывают настойчивую потребность в скорейшем завершении лечения, фактически не осведомлены о заболевании и не мотивированы к поиску медицинской информации, как правило, не отдают себе отчета в том, что предстоящая процедура РЧКА, несмотря на минимальную инвазивность, может иметь осложнения.

На этапе амбулаторной подготовки к интервенционному лечению больные нередко пропускают необходимые обследования, в назначенный день госпитализации поступают без предписанного набора документов. В целом отмечается недостаточная интегрированность темы болезни в систему переживаний и отношений больных, что создает внутреннюю конфликтность: с одной стороны, больные стремятся сохранить образ Я как здорового, благополучного человека, с другой – наблюдают очевидные свидетельства серьезности ситуации (обеспокоенность со стороны окружающих, необходимость госпитализации, вмешательства на сердце и др.). Внутренний конфликт, создающий малоосознаваемое эмоциональное напряжение, определяет защитные реакции пациентов в форме бравады, шутовства, нарочитого скепсиса и др.

При использовании тест-опросника ТОБОЛ в данной группе больных выявлялись анозогностический (3 чел. / 6%) и эргопатический типы отношения к болезни (3 чел. / 28%) при пониженном уровне личностной и ситуативной тревожности.

Адекватный тип отношения к болезни

Адекватный тип отношения к болезни характеризуется прежде всего позицией сознательного и активно содействия успеху лечения, отсутствием генерализации тревожных переживаний в связи с болезнью на другие сферы жизнедеятельности, принятием факта недостаточной подконтрольности течения аритмии. Этот тип отношения отмечался у 8 пациентов (16%). По результатам методики ТОБОЛ, у пациентов данной группы выявлялся преимущественно гармоничный (6 чел. / 12%) и эргопатический (2 чел. / 4%) типы отношения к болезни при умеренной личностной и ситуативной тревожности. Большая часть пациентов адекватно информирована о заболевании и лечении (6 чел. / 75%).

Для уточнения роли клинических факторов в формировании отношения к болезни был проведен анализ субъективного плана переживания болезни у пациентов в зависимости от следующих характеристик:

- количество соматических жалоб в связи с ФП;
- характер соматических жалоб в связи с ФП: сердечные / внесердечные / сочетание сердечных и внесердечных;
- форма течения ФП: пароксизмальная / постоянная;
- этиологическая форма ФП: на фоне сердечно-сосудистой патологии / идиопатическая;
- давность постановки диагноза ФП;
- отсутствие / наличие опыта лечения методом РЧКА.

Отношение к болезни и клинические характеристики заболевания

Количество и качество симптомов. Было установлено, что пациенты с малосимптомной формой ФП более эмоционально стабильны и склонны к недооценке серьезности заболевания: по методике ИТТ у них отмечается существенно более низкий уровень ситуативной (средний ранг 8,3 vs. 27,0, $U = 23$, $p < 0,05$) и личностной (средний ранг 6,0 vs. 27,2, $U = 23$, $p < 0,01$) тревожности, чем у пациентов, предъявляющих хотя бы одну жалобу, меньше степень выраженности проявлений депрессивного спектра (средний ранг по шкале депрессии Зунга 3,6 vs. 27,4, $U = 4,5$, $p < 0,001$), более выражены анозогностические тенденции (средние ранги по шкале анозогностического отношения в методике ТОБОЛ составляют 24,3 vs. 39,5, $U = 36$, $p < 0,05$) и в целом меньше информированность о заболевании и лечении ($\chi^2 = 7,3$, $p < 0,05$).

Количество предъявляемых пациентом жалоб оказалось положительно связано с информированностью о заболевании ($r(s) = 0,47$ $p < 0,01$), а также на уровне тенденции – с выраженностью эгоцентрических тенденций в отношении к болезни ($r(s) = 0,25$ $p = 0,08$). Таким образом, пациенты, отмечающие больше проявлений физического дискомфорта вследствие заболевания, в целом более информированы о нем и в то же время более склонны использовать свой недуг для привлечения внимания окружающих.

Примечательно, что пациенты, при описании физического дискомфорта предъявлявшие исключительно сердечные жалобы (сердцебиение, сбой ритма, боль в области сердца и т.п.), даже при их меньшем количестве имеют более высокие показатели ситуативной тревожности, чем пациенты, описывавшие проявления болезни как через сердечные, так и через внесердечные жалобы (например, слабость, головокружение, одышка, внутренняя дрожь и т.п.) (средний ранг 31,4 vs. 19,6, $U = 98,5$, $p < 0,01$). Таким образом, качество симптомов выступает не менее значимым коррелятом эмоционального состояния, чем их количество: преобладание локализованного дискомфорта в области сердца сопряжено с более выраженной тревогой, нежели наличие разнообразных, относительно менее дифференцированных ощущений.

Форма течения ФП. Единственное выявленное различие между подгруппами пациентов с разными формами течения ФП состоит в большей выраженности меланхолического (депрессивного) компонента отношения к болезни у пациентов с постоянной формой по сравнению с пациентами с пароксизмальной формой ФП (средний ранг 23,5 vs. 33,4, $U = 121,5$, $p < 0,05$). Пациенты с постоянным нарушением ритма сердца более пессимистичны, в меньшей степени верят в успех лечения, более склонны испытывать чувство подавленности и беспомощности в связи с болезнью.

Этиологическая форма ФП. Данные о различиях в отношении к болезни пациентов с ФП, развившейся на фоне сердечно-сосудистой патологии и без объективно регистрируемых причин, представлены в табл. 2.

Как следует из табл. 2, у пациентов с идиопатической формой ФП более выражены тенденции реагирования, связанные с интерпсихической конфликтностью, в частности сенситивные, эгоцентрические, паранойяльные, а также на уровне тенденции – тревожные и дисфорические. Пациенты с идиопатической формой ФП более чувствительны к реакциям окружающих на их заболевание, чаще испытывают недоверие к врачам, настороженно относятся к назначаемым диагностическим процедурам и лечению, более требовательны и конфликтны, чаще тревожатся о возможных врачебных ошибках, нуждаются в особом внимании и поддержке со стороны окружающих в связи с «необычностью» протекания болезни и неопределенным характером ее причин.

Таблица 2

Отношение к болезни пациентов с фибрилляцией предсердий разной этиологии (по методике ТОБОЛ)

Группы	Типы отношения к болезни											
	Г	Р	З	Т	И	Н	М	А	С	Э	П	Д
ФП на фоне сердечно-сосудистой патологии (n = 43), средний ранг	25,2	25,5	26,8	24,1	24,1	25,5	24,42	25,3	23,8	23,9	23,6	24,0
Идиопатическая ФП (n = 7), средний ранг	27,1	25,2	17,3	34,3	34,0	25,4	32,1	26,9	36,2	35,6	37,0	34,5
критерий U-Манна–Уитни	139,0	148,5	93,0	89,0	91,0	150,0	104,0	140,5	75,5	80,0	70,0	87,5
p-уровень значимости различий	0,74	0,95	0,08	0,09	0,10	0,98	0,18	0,78	0,04	0,05	0,02	0,08

Примечания. Типы отношения к болезни по методике ТОБОЛ: Г – гармоничный; Р – эргопатический; З – анозогнозический; Т – тревожный; И – ипохондрический; Н – неврастенический; М – меланхолический; А – апатический; С – сенситивный; Э – эгоцентрический; П – паранойяльный; Д – дисфорический. Жирным шрифтом выделены различия при $p < 0,05$.

Давность постановки диагноза. По результатам корреляционного анализа было установлено, что чем

больше давность постановки диагноза ФП, тем более выражен ипохондрический компонент отношения к болезни ($r(s) = 0,29$, $p < 0,05$), тем большее количество жалоб предъявляют пациенты ($r(s) = 0,28$, $p < 0,05$), тем более они информированы о заболевании ($r(s) = 0,41$, $p < 0,01$) и привержены лечению ($r(s) = 0,32$, $p < 0,05$).

Опыт лечения методом РЧКА. По результатам сравнительного анализа было выявлено, что пациенты, повторно проходящие лечение методом РЧКА, имеют более выраженные сенситивные тенденции в отношении к болезни (средний ранг 22,6 vs. 31,8, $U = 172$, $p < 0,05$): более склонны скрывать факт болезни от окружающих, испытывают боязнь стать обузой для близких, более ранимы и чувствительны к замечаниям и оценкам окружающих, в особенности врачей, демонстрируют внешний «стоицизм» при множественности опасений и страхов.

Обсуждение

Настоящее исследование было направлено на выявление качественных особенностей переживания ситуации болезни пациентами с ФП, проходящими интервенционное лечение методом РЧКА, а также роли клинических характеристик в формировании их отношения к заболеванию и лечению.

В исследовании было установлено, что большинство пациентов испытывают трудности в психологической адаптации к заболеванию, что обусловлено невозможностью обретения контроля над его течением, опытом неэффективного совладания с недугом, семантикой диагноза (заболевание сердца) и характером симптомов. Эмоциональный дискомфорт проявляется у пациентов преимущественно тревогой, беспокойством, эмоциональным напряжением на фоне повышенной утомляемости и явлений раздражительной слабости.

В исследовании была установлена тесная взаимосвязь сенситивного (субъективные ощущения), эмоционального и интеллектуального компонентов отношения к болезни у обследованных пациентов. Было показано, что как количество, так и качество симптомов ФП сопряжено с особенностями эмоциональной реакции, представлений, суждений и оценок пациентов в связи с заболеванием.

Пациенты с малосимптомным течением заболевания, отрицающие наличие физического дискомфорта в связи с нарушением ритма сердца, имеют повышенный порог эмоционально-негативного реагирования, эмоционально стабильны, характеризуются повышенным фоном настроения, что, в частности, согласуется с выводами ряда авторов [Savelieva et al., 2001] о более высоком качестве жизни пациентов с «немой» формой ФП. Вместе с тем пациенты этой группы имеют низкий уровень информированности о заболевании, склонны игнорировать либо крайне избирательно выполнять медицинские рекомендации, что формирует риск неблагоприятного течения и осложнений болезни.

Наличие множественных проявлений физического дискомфорта в связи с ФП ассоциировано с повышенной тревожностью пациентов и одновременно склонностью к неосознанному использованию болезни для привлечения внимания, получения определенных эмоциональных и «материальных» привилегий, к эксплуатации темы болезни при решении внутри- и межличностных проблем. Данный результат представляет интерес в том числе в связи с результатами исследования [Sears et al., 2005], доказавшими, что количество предъявляемых пациентами жалоб в связи с ФП в большей мере связано с их актуальным эмоциональным состоянием, нежели с объективно регистрируемыми отклонениями в работе сердца.

Как показало исследование, при высокой симптомности болезни отмечается более высокий уровень информированности о заболевании и приверженности к лечению. Эти данные согласуются с когнитивно-поведенческой моделью комплаенса [Janz, Becker, 1984], в рамках которой неприятный симптом (в особенности болевой или несущий семантику угрозы для жизни) рассматривается как мощный стимул / предиктор соблюдения врачебных рекомендаций. С другой стороны, возможна и обратная интерпретация – в русле семиотической модели телесности, подчеркивающей влияние когнитивной модели заболевания (знания о нем) на характер интрацептивных ощущений и предъявляемых жалоб [Тхостов, 1993].

Анализ зависимости личностного реагирования на заболевания от качества симптомов позволил установить, что наибольшим психотравмирующим потенциалом обладает симптоматика, четко локализованная в области сердца. Пациенты, указывающие на сердечные симптомы как на единственные проявления болезни, более тревожны и эмоционально лабильны, а также испытывают больший страх перед предстоящим лечением, чем пациенты, описывающие физический дискомфорт через сердечные и внесердечные жалобы. Можно предположить, что больные, акцентирующие внимание на сердечных симптомах, столь тяжело переносят заболевание и столь охвачены тревогой по поводу нарушенной работы сердца, что игнорируют и не указывают остальные проявления болезни. Вместе с тем этот вопрос нуждается в дальнейшем изучении и указывает на значимость анализа содержания жалоб пациентов для оценки качества их жизни и прогноза психической адаптации.

В противоположность результатам целого ряда исследования [Алехин и др., 2011] в настоящей работе не было обнаружено существенных различий в эмоциональном статусе больных с различными формами течения ФП за исключением несколько большей выраженности пессимистических тенденций в отношении к болезни и лечению у пациентов с постоянной формой ФП по сравнению с пациентами с пароксизмальной формой ФП. Можно предположить, что указанные тенденции определяются развитием постоянной формы ФП вследствие длительных и безуспешных попыток лекарственного контроля заболевания на этапе его пароксизмального течения; отсутствием периодов нормальной работы сердца, создающим ощущение постоянного бремени; представлением пациента об объективно меньшей эффективности лечения постоянной формы ФП. Важно отметить, что в обследованной выборке пациенты с постоянной формой ФП по возрасту и продолжительности заболевания не отличались от пациентов с пароксизмальной ФП, что позволяет предположить самостоятельную роль характера течения заболевания в формировании личностной реакции на болезнь. Давность же постановки диагноза оказалась связана с изменением отношения к болезни в направлении большей информированности и приверженности к лечению, но при этом – на фоне большей сосредоточенности на симптомах, неоправданных самоограничений, чрезмерной вовлеченности в процесс лечения и принятия роли больного.

В качестве самостоятельных групп риска в отношении нарушений психической адаптации по результатам настоящего исследования могут рассматриваться пациенты, повторно проходящие лечение методом РЧКА (в связи с недостаточной эффективностью первой процедуры), а также пациенты с идиопатической формой ФП. В обоих случаях, по-видимому, важную роль в формировании отношения к болезни играет опыт получения врачебной помощи.

В случае с неудовлетворительным эффектом РЧКА неблагоприятный опыт лечения способствует закрытости пациентов, уклонению от обсуждения переживаний и опасений в связи с заболеванием и повторной процедурой КА, возможно, для избегания психологической ретравматизации. Больные чувствительны к реакциям окружающих на свою болезнь, внимательны к нюансам поведения врача, стремятся продемонстрировать спокойствие, испытывая при этом множественные опасения.

У больных с идиопатической формой ФП опыт лечения связан с фрустрацией потребности в авторитетном объяснении причин ощущаемого недомогания. Дефицит информации, отсутствие объективных, понятных больному предпосылок для развития заболевания способствует формированию у него недоверия к врачебным заключениям, стремление к поиску «виновных» на фоне общей обеспокоенности и сосредоточенности на симптомах болезни. Неожиданность и необъяснимость болезни становятся для пациентов источником не меньшей тревоги, чем собственно симптомы. Больные испытывают растерянность, эмоционально неустойчивы, чаще испытывают досаду и раздражение в связи с трудностями контроля ритма сердца, более остро переживают чуждость симптоматики и непрогнозируемость пароксизмов.

Таким образом, в исследовании были получены данные, свидетельствующие о взаимосвязи личностной реакции пациентов на заболевания с его клиническими характеристиками. Результаты исследования могут быть использованы для разработки дифференцированных подходов к взаимодействию медперсонала с соответствующими категориями больных, а также психологического сопровождения диагностического и лечебно-восстановительного процессов.

Выводы

1. Пациенты с фибрилляцией предсердий, проходящие интервенционное лечение методом радиочастотной катетерной аблации, характеризуются повышенной тревожностью и фрустрированностью ситуацией болезни.
2. Интенсивность и качество симптомов фибрилляции предсердий связаны с особенностями переживания пациентом ситуации болезни:
 - больные с малосимптомной формой фибрилляции предсердий более эмоционально стабильны, однако менее информированы о заболевании, недооценивают его серьезность, склонны нарушать медицинские рекомендации;
 - высокая симптомность фибрилляции предсердий сопряжена с адекватной информированностью больных о заболевании и одновременно со склонностью к использованию его для привлечения внимания окружающих;
 - пациенты с четкой локализацией неприятных ощущений при фибрилляции предсердий в области сердца более тревожны, чем пациенты с разнообразными специфическими и неспецифическими жалобами;
 - постоянный характер нарушения ритма сердца связан с пессимистическим настроением пациента в отношении лечения.
3. Отсутствие объективно регистрируемых причин фибрилляции предсердий (при идиопатической форме) способствует возникновению у пациентов опасений и настороженности в отношении диагностических процедур и лечения, недоверия к медперсоналу и потребности в повышенном внимании.
4. По мере увеличения продолжительности заболевания у пациентов повышается информированность о нем и приверженность к лечению, однако одновременно возрастает склонность к чрезмерной сосредоточенности на симптомах и необоснованному ограничению активности.
5. Наличие опыта недостаточно эффективного лечения методом радиочастотной катетерной аблации способствует формированию и заострению сенситивных тенденций в отношении к болезни: повышенной ранимости и чувствительности к реакциям окружающих на заболевание, склонности скрывать переживания в связи с болезнью и лечением, повышенной тревожности при внешнем «стоицизме».

Выражение признательности

Авторы приносят благодарность сотрудникам отделения рентген-хирургии аритмий и электрокардиостимуляции № 1 и кардиологического отделения № 2 Федерального центра сердца, крови и эндокринологии им. В.А.Алмазова, а также психологу Т.А.Самойловой за помощь и содействие в проведении исследования.

[Литература](#)

Алехин А.Н., Трифонова Е.А., Лебедев Д.С., Михайлов Е.Н. Психологические проблемы в аритмологии (на модели фибрилляции предсердий) // Вестник аритмологии. 2011. № 63. С. 45–54.

Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ). Методические рекомендации. СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М.Бехтерева, 2003.

Бокерия Л.А., Ревиншвили А.Ш. Фибрилляция предсердий: новые подходы к интервенционному лечению // Вестник Российской Академии медицинских наук. 2009. № 1. С. 4–9.

Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей. СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М.Бехтерева, 2005.

Кушаковский М.С. Аритмии сердца. Нарушение сердечного ритма и проводимости. М.: Фолиант, 2007.

Лебедева У.В., Лебедев Д.С. Психологические аспекты и качество жизни пациентов при хирургическом лечении аритмий // Вестник аритмологии. 2005. N 38. С. 23–28.

Оферкин А.И., Петин А.И., Шнилева М.П., Гуцин И.В. Увеличение объема повреждения повышает эффективность катетерной абляции пароксизмальной фибрилляции предсердий // Вестник аритмологии. 2010. N 62. С. 5–14.

Тхостов А.Ш. Болезнь как семиотическая система // Вестник Московского университета. Серия 14, Психология. 1993. N 1. С. 3–16.

Яковенко Т.В., Шубик Ю.В., Костюк Г.П., Крятова Т.В. Структура и динамика нозогенных психических реакций у больных с различными формами фибрилляции предсердий // Вестник аритмологии. 2006. N 44. С. 26–29.

Bhargava M., Di Biase L., Mohanty P., Prasad S., Martin D.O., Williams-Andrews M., Wazni O.M., Burkhardt J.D., Cummings J.E., Khaykin Y., Verma A., Hao S., Beheiry S., Hongo R., Rossillo A., Raviele A., Bonso A., Themistoclakis S., Stewart K., Saliba W.I., Schweikert R.A., Natale A. Impact of type of atrial fibrillation and repeat catheter ablation on long-term freedom from atrial fibrillation: results from a multicenter study // Heart Rhythm. 2009. Vol. 6(10). P. 1403–1412.

Janz N.K., Becker M.H. The Health Belief Model: A Decade Later // Health Education Quarterly. 1984. Vol. 11(1). P. 1–47.

McCabe P.J. Psychological distress in patients diagnosed with atrial fibrillation: the state of the science // J. Cardiovasc. Nurs. 2010. Vol. 25(1). P. 40–51.

Ong L., Cribbie R., Harris L., Dorian P., Newman D., Mangat I., Nolan R., Irvine J. Psychological correlates of quality of life in atrial fibrillation. Quality of Life Research. 2006. Vol. 15(8). P. 1323–1333.

Savelieva I., Paquette M., Dorian P., Lüderitz B., Camm A.J. Quality of life in patients with silent atrial fibrillation // Heart. 2001. Vol. 85(2). P. 216–217.

Sears S.F., Serber E.R., Alvarez L.G., Schwartzman D.S., Hoyt R.H., Ujhelyi M.R. Understanding atrial symptom reports: objective versus subjective predictors // Pacing Clin. Electrophysiol. 2005. Vol. 28(8). P. 801–807.

Thrall G., Lane D., Carroll D., Lip G.Y. Quality of life in patients with atrial fibrillation: a systematic review // Am. J. Med. 2006. Vol. 119(5). P. 448.e1–448.e19. doi:10.1016/j.amjmed.2005.10.057

Tully P.J., Bennetts J.S., Baker R.A., McGavigan A.D., Turnbull D.A., Winefield H.R. Anxiety, depression, and stress as risk factors for atrial fibrillation after cardiac surgery // Heart & Lung. 2010. Vol. 40(1). P. 4–11.

Zung W. A self-rating depression scale // Arch. Gen. Psychiatry. 1965. Vol. 12. P. 63–70.

Поступила в редакцию 9 июля 2011 г. Дата публикации: 31 октября 2011 г.

[Сведения об авторах](#)

Алехин Анатолий Николаевич. Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой клинической психологии, психолого-педагогический факультет, Российский государственный педагогический университет им. А.И.Герцена, наб. р. Мойки, д. 48, 191186 Санкт-Петербург, Россия. E-mail: termez59@mail.ru

Чумакова Ирина Олеговна. Аспирант (2010), кафедра клинической психологии, психолого-педагогический факультет, Российский государственный педагогический университет им. А.И.Герцена, наб. р. Мойки, д. 48, 191186 Санкт-Петербург, Россия.

E-mail: iretta88@gmail.com

Трифопова Елена Александровна. Кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии, психолого-педагогический факультет, Российский государственный педагогический университет им. А.И.Герцена, наб. р. Мойки, д. 48, 191186 Санкт-Петербург, Россия; научный сотрудник Лаборатории клинической психологии и психодиагностики Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, ул. Бехтерева, д. 3, 192019 Санкт-Петербург, Россия.

E-mail: trifonovahelen@yandex.ru

Лебедев Дмитрий Сергеевич. Доктор медицинских наук, профессор, руководитель научно-исследовательского отдела интервенционной аритмологии, Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А.Алмазова, ул. Аккуратова, д. 2, 197341 Санкт-Петербург, Россия.

E-mail: lebedevdmitry@mail.ru

Михайлов Евгений Николаевич. Кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник, научно-исследовательский отдел интервенционной аритмологии, Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А.Алмазова, ул. Аккуратова, д. 2, 197341 Санкт-Петербург, Россия.

E-mail: evgenymikhaylov@gmail.com

[Ссылка для цитирования](#)

Алехин А.Н., Чумакова И.О., Трифонова Е.А., Лебедев Д.С., Михайлов Е.Н. Клинические факторы формирования отношения к болезни у пациентов с фибрилляцией предсердий [Электронный ресурс] // Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2011. N 5(19). URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг). 0421100116/0051.

[Последние цифры – номер госрегистрации статьи в Реестре электронных научных изданий ФГУП НТЦ "Информрегистр". Описание соответствует ГОСТ Р 7.0.5-2008 "Библиографическая ссылка".

Дата обращения в формате "число-месяц-год = чч.мм.гггг" – дата, когда читатель обращался к документу и он был доступен.]

[К началу страницы >>](#)