

## ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ В ПЕРИОД ОЖИДАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ КЛАПАНОВ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

*И.Л. Гуреева, Е.Р. Исаева*

Приведены результаты психологического исследования психоэмоционального статуса пациентов кардиохирургического отделения перед операцией протезирования клапанов сердца. В основу работы легло предположение, что состояние ожидания и неопределенности исхода, в котором находится пациент перед операцией, может спровоцировать развитие невротических и тревожно-фобических расстройств, которые неблагоприятным образом могут повлиять на течение болезни. Выявлено, что у большинства пациентов в период ожидания хирургической операции повышенный уровень тревожности, депрессии и напряжения. Констатируется наличие экзистенциальных и духовных проблем, проявляющихся в низком осмыслении своей жизни и заниженной оценке своей личности. Установлено, что в условиях ожидания операции, пациенты чаще реагируют усилением таких защитных механизмов, как «отрицание», «регрессия», «реактивные образования». Раскрываются взаимосвязи между показателями личностных характеристик и психопатологической симптоматикой, а также между тревожностью и защитными механизмами пациентов. В заключение конкретизируются направления психологического сопровождения и коррекции психоэмоционального состояния пациентов в период ожидания операции протезирования клапанов сердца.

*Ключевые слова: психоэмоциональное состояние, хирургическая операция, протезирование клапанов сердца, тревожность, депрессия, механизмы психологической защиты, ценностно-смысловая сфера, психологическое сопровождение в предоперационном периоде.*

В современной научной литературе все большее внимание уделяется исследованию эмоционального состояния и переживаний больных, находящихся в условиях хирургической клиники [2, 3]. Особого внимания заслуживает изучение психоэмоционального статуса пациентов кардиохирургических отделений в предоперационном периоде. Сердечные заболевания и приобретенные пороки сердца, в частности, а также связанные с ними операции всегда воспринимаются людьми как серьезные и угрожающие.

Приобретенные пороки сердца – органические изменения клапанов или дефекты перегородок сердца, возникающие вследствие заболеваний или травм. Связанные с пороками сердца нарушения внутрисердечной гемодинамики формируют патологические состояния, характеризующиеся участием в поддержании насосной функции сердца и общей гемодинамики компенсаторных механизмов, при неэффективности которых развивается недостаточность кровообращения, инвалиди-

зирующая больного и нередко являющаяся причиной смерти. В 90 % случаев причиной формирования приобретенного порока сердца является ревматизм, реже – инфекционный эндокардит. Редкими причинами формирования приобретенных пороков сердца являются диффузные заболевания соединительной ткани (системная красная волчанка, системная склеродермия, ревматоидный артрит), атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, сифилис [2].

Ситуация хирургического лечения ставит пациента с приобретенным пороком сердца перед вопросом жизни и смерти, обладает особой смысловой значимостью и сопровождается интенсивными эмоциональными переживаниями. Состояние неопределенности, страха и беспомощности, которые испытывает пациент перед операцией, может спровоцировать развитие различных невротических или тревожно-фобических расстройств (в частности, кардиофобии или кардионевроза), при этом их симптомы способствуют расши-

рению клинических проявлений сердечной патологии, усиливая признаки существующих нарушений [4]. Именно для пациентов кардиологиче- ских характерны депрессивные и тревожные состояния, что может самым неблагоприятным образом повлиять на течение и исход болезни [2].

**Цель данной работы** – изучение психоэмоционального состояния больных перед операцией протезирования клапанов сердца в условиях искусственного кровообращения (ИК) для выявления мишеней психокоррекционного воздействия. В связи с целью исследования были поставлены следующие задачи:

- выявить уровень тревоги и депрессии, степень выраженности психопатологической симптоматики у обследуемых пациентов;
- изучить формы защитного поведения пациентов в тяжелой стрессовой ситуации, вызванной ожиданием операции;
- исследовать ценностно-смысловую сферу и личностные особенности пациентов;
- конкретизировать направления психологической коррекции.

### *Гипотезы исследования*

1. Перед операцией уровень тревоги и депрессии больных повышается, что отражает особенности эмоционального реагирования на тяжелую стрессовую ситуацию, в качестве которой в данном случае выступает операция протезирования клапанов сердца в условиях ИК.

2. Больные нуждаются в квалифицированной психотерапевтической поддержке во время нахождения в стационаре, особенно в предоперационный период.

3. Фрустрация ценностно-смысловой сферы личности может существенно влиять как на соматическое состояние пациента, так и на его приверженность лечению в отдаленном периоде.

**Объект исследования.** Исследование проводилось в кардиохирургическом отделении клиники госпитальной хирургии № 2 Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова<sup>1</sup>. Было обследовано 30 пациентов с приобретенным пороком клапана сердца, в том числе 14 мужчин и 16 женщин, средний возраст больных составил 58 лет.

<sup>1</sup> Исследование проводилось при активном участии старшего научного сотрудника отделения, д-ра мед. наук В.В. Давыденко.

**Методы.** Использовались следующие широко известные в медицинской психодиагностике [1] психодиагностические методики: опросник SCL-90-R (в адапт. Н.В. Тарабриной, 2001), интегративный тест тревожности (А.П. Бизюк, Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, 2001), тест смысложизненных ориентаций (в адаптации Д.А. Леонтьева, 1992), методика BIG 5 (в адаптации А.Г. Шмелева, 2002), индекс жизненного стиля (Л.И. Вассерман, О.Ф. Ерышев, Е.Б. Клубова, 1999), методика диагностики депрессивных состояний В. Зунга (в адаптации Т.И. Балашовой, 1985).

**Результаты исследования.** В процессе проведения исследования было выявлено, что у пациентов, находящихся в стационаре в ожидании хирургической операции, отмечаются выраженные изменения в эмоциональной сфере.

По показателям методики «интегративный тест тревожности» (ИТТ) были выявлены повышенные значения общей тревожности и эмоционального дискомфорта ( $M=6,4$ ), проявляющиеся в виде расстройства сна, быстрой утомляемости, вялости и пассивности. Пациенты испытывали чувство собственной беспомощности и бесполезности, ощущение надвигающейся катастрофы.

Данные по методике SCL-90 показывают, что у пациентов значительно выражены нарушения, классифицируемые в медицинской психологии как «соматизация тревоги» ( $M=1,8$ ): больные были фиксированы на проявлениях телесного дискомфорта, связанного с нарушениями в кардиологической, гастроэнтерологической, неврологической и других системах. Наиболее часто такие больные испытывали слабость, тошноту и головокружение, боли в сердце и в желудке. Пациенты в предоперационном периоде субъективно оценивали свое соматическое здоровье очень низко, несмотря на достаточно стабильные результаты объективных медицинских исследований, проводившихся в период подготовки к операции, и наблюдения врачей отделения. Наравне с соматизацией у пациентов обнаруживались обсессивно-компульсивные, депрессивные, тревожные и фобические симптомы ( $M=1,87$ ;  $M=1,72$ ;  $M=1,89$ ;  $M=1,63$  соответственно), выражающиеся нервозностью, беспричинным страхом, напряжением и мышечной дрожью, а также приступами паники, ощущением опасности и появлением иррациональных страхов, по своей выраженности достигавших невротического уровня (общий

уровень дистресса –  $M=1,53$ ). Пребывая в стационаре, они испытывали подавленное настроение и чувство одиночества.

Таким образом, у большинства пациентов в период ожидания кардиохирургической операции четко прослеживается тревожно-депрессивный настрой с навязчивыми негативными мыслями относительно своей личности, своего состояния и своего будущего.

При исследовании ценностно-смысловой сферы личности больных в период ожидания операции выявлено снижение показателей по всем шкалам методики «Смыслжизненные ориентации» (СЖО), прежде всего существенное снижение уровня осмысленности жизни ( $M=73$ ). Полученные данные позволяют говорить о том, что обследованные пациенты плохо представляют себе свое будущее, их цели довольно расплывчаты, а сами больные не могут четко увидеть те ориентиры, к которым нужно стремиться (шкала «Цели» –  $M=24$ ; «Процесс жизни» –  $M=19$ ; «Результат» –  $M=17$ ). Таким образом, больные недостаточно удовлетворены своим настоящим, не видят в своей жизни яркого интереса, смысла и эмоциональной насыщенности. Также нужно отметить, что такие пациенты испытывают чувство неудовлетворенности прожитым отрезком своей жизни. В условиях ожидания операции жизнь, лишённая четкой цели и установки, может представляться человеку бессмысленной и пустой. Низкий уровень осмысленности жизни, неверие в свои силы и возможности могут приводить к различным невротическим нарушениям, а также к развитию тревожных состояний. В исследовании были установлены отрицательные взаимосвязи между показателями смысловых ориентаций и проявлениями тревоги ( $p<0,01$ ), в частности, между показателями «процесс жизни», «общее осмысление жизни», «локус контроля – жизнь» методики СЖО и показателем «фобический компонент тревожности» (методика ИТТ). Другими словами, если у пациента нет ощущения, что его настоящая жизнь интересна и эмоционально насыщена, низкая осмысленность жизни, то его чаще беспокоят расстройства сна, усталость, вялость и пассивность. Кроме того, чем меньше человек осмысливает и осознает свое прошлое, настоящее и будущее и слабо верит в свои силы, чтобы контролировать события собственной жизни, тем сильнее у него возникает ощущение непонятной угрозы, снижается мотивация обнаружить в себе ресурсы для

формирования комфортной реальности, опираясь на свое прошлое и оптимистично заглядывая в будущее.

По результатам исследования по шкале депрессии В. Зунга у пациентов выявляется легкая степень депрессии ( $M=52$ ).

Интерпретация результатов исследования по методике BIG 5 свидетельствует, что у кардиохирургических пациентов с приобретенными пороками сердца в предоперационном периоде отмечается снижение уровня выраженности некоторых личностных характеристик, в частности:

- организованности ( $M=27$ ), что означает достаточно низкую осознанность своих чувств, мыслей и действий;
- эмоциональной стабильности ( $M=24$ ), что свидетельствует о наличии повышенной раздражительности, тревожности, обидчивости;
- личностных ресурсов ( $M=26$ ), отражающее заниженную оценку своих интеллектуальных и личностных качеств.

Установлено, что определенные личностные качества могут усиливать тревожное состояние у пациентов перед операцией. Была выявлена отрицательная взаимосвязь между личностными характеристиками (методика BIG 5) и психопатологической симптоматикой (SCL-90): чем ниже уровень самосознания личности и эмоциональной стабильности, тем сильнее в условиях ожидания операции проявлялись симптомы тревожности, навязчивых мыслей и враждебности ( $p<0,01$ ). Также выявлена отрицательная корреляция между личностной характеристикой «Самосознание» и показателем «личностной тревожности» по методике ИТТ ( $p<0,01$ ). В данном случае необходимо отметить, что чем более выражены в структуре личности пациентов организованность, целенаправленность и планомерность, тем реже проявляются напряжение и беспокойство в условиях ожидания операции.

Таким образом, полученные в нашем исследовании данные позволяют предполагать, что эмоциональная стабильность и высокий уровень самосознания и организованности формируют, наряду с другими качествами, личностный потенциал больного, который определяет его возможности по преодолению болезни и восстановлению после операции.

При исследовании особенностей защитного поведения в условиях ожидания операции установлено, что пациенты чаще реагировали на данную ситуацию усилением таких

защитных механизмов, как «отрицание» ( $M=66,5$ ), «регрессия» ( $M=63$ ) и «реактивное образование» ( $M=61,7$ ).

Результаты проведенного корреляционного анализа позволили выявить взаимосвязи между уровнем тревоги, выраженностью психопатологической симптоматики и уровнем напряженности психологических защит (при  $p<0,05$ ). Так, например, отмечаются прямые взаимосвязи показателей «фобического компонента тревожности» ( $p<0,01$ ) с психопатологической симптоматикой в виде соматизации, обсессивно-компульсивных расстройств и выраженностью общего уровня дистресса. В частности, чем меньше был выражен «фобический компонент тревожности», тем меньше отмечалось соматических проявлений, навязчивых страхов и опасений, тем продуктивнее было межличностное общение. Как следствие, если пациент, находясь в стационаре, ощущает нависание над собой непонятной угрозы, то зачастую это усиливает разнообразные соматические жалобы и психосоматические проявления; у него доминируют навязчивые мысли и действия, появляется дискомфорт в межличностном общении, напряженность, беспокойство и суетливость, он переживает состояние выраженного дистресса,

Установлена умеренная корреляционная связь между уровнем тревоги и напряженностью некоторых механизмов психологической защиты: чем выше тревожность пациента, тем сильнее актуализируются такие защиты, как «регрессия» ( $p<0,01$ ) и «реактивные образования» ( $p<0,05$ ). С другой стороны, можно предположить и обратную причинно-следственную связь: если в структуре личности преобладают механизмы бессознательно-избегания тревоги путем перехода на более ранние стадии развития либидо или путем преувеличенного развития противоположных стремлений, то у пациента в предоперационный период будут более выражены напряжение, тревога и обеспокоенность своим состоянием и исходом операции. Можно сделать вывод, что данные защиты в условиях стресса не способствуют редукции эмоционального напряжения и тревоги.

Вместе с тем, выявлена отрицательная взаимосвязь между показателями тревожности и напряженностью защитного механизма «компенсация» ( $p<0,01$ ): чем чаще человек использует психологическую защиту «компенсация», тем меньше он испытывает состояние тревоги, что способствует большей

возможности пациента справляться с тревогой и ощущением угрозы в условиях ожидания операции.

Отмечается положительная корреляция между показателем психологической защиты «отрицание» и общим показателем осмысленности жизни ( $p<0,01$ ). Как следствие, чем чаще личность использует такие бессознательные способы защиты как отрицание, игнорирование тревожащих проблем (в какой-то степени и отрицание проблем, связанных со здоровьем), тем более выражено у пациентов представление о том, что их жизнь интересна и наполнена смыслом.

Дисперсионный анализ выявил влияние имеющейся хронической сердечной недостаточности на выраженность враждебности, эмоциональной неуравновешенности, астении и депрессивного фона у кардиохирургических пациентов с приобретенными пороками сердца.

Очевидно, что любая хроническая болезнь независимо от того, какова ее биологическая природа, какой орган или функциональная система оказывается пораженными ею, ставит человека в психологически особые жизненные обстоятельства. Психика хронически больных людей приобретает особую специфику, жизненные ценности получают иные смысловые характеристики, эмоциональные реакции, отношения с окружающими людьми изменяются, самосознание становится другим [3].

В целом результаты выполненного нами исследования выявили у большинства пациентов в период ожидания хирургической операции повышенный уровень тревожности, депрессии и другой психопатологической симптоматики невротического уровня выраженности, проявляющиеся в наличии многочисленных соматических жалоб, обеспокоенности, повышенной раздражительности и напряжения. Обращает на себя внимание наличие у пациентов экзистенциальных и духовных проблем, проявляющихся в низком осмыслении своей жизни и заниженной оценке своей личности.

Как следствие, больные, находящиеся в стационаре, несомненно, нуждаются в квалифицированной психологической и психотерапевтической поддержке с целью корректировки их психоэмоционального реагирования на факт предстоящей операции, которая является серьезным стрессорным фактором. Проведенное исследование позволило конкретизировать направления психологического сопрово-

ждения и коррекции психоэмоционального состояния пациентов в период ожидания операции протезирования клапанов сердца в условиях ИК.

### Выводы

1. Факт предстоящей операции повышает уровень депрессии и тревоги, приводит к эмоциональным нарушениям и соматизации тревоги у пациентов кардиохирургических отделений. Пациенты с хронической сердечной недостаточностью демонстрируют выраженную астению и повышенное психоэмоциональное напряжение в предоперационный период нахождения в стационаре, что в значительной степени может ухудшать соматическое состояние больных.

2. Пациенты, находясь в стационаре в ожидании операции протезирования клапанов сердца, испытывают серьезный эмоциональный и духовный кризис, вызванный возможной угрозой для жизни, что вызывает фрустрацию всей ценностно-смысловой сферы личности и также может влиять на физическое самочувствие и на приверженность больных к лечению.

3. Необходимо формирование психотерапевтических бригад в кардиохирургических отделениях и применение различных стратегий психотерапевтического вмешательства, особенно в предоперационный период нахождения больного в стационаре.

4. Важным направлением при оказании психологической поддержки должно быть формирование дальнейших жизненных ори-

ентиров на послеоперационный период (жизнь после операции), мотивирование их на здоровый образ жизни и активизацию личностных ресурсов; работа с психологом должна быть направлена также на осмысление и гармонизацию значимых отношений пациента, формирование устойчивого мотива избавляться от привычек, мешающих полноценно жить.

Таким образом, изучение личностного потенциала больного человека, картины его переживаний в условиях нахождения в лечебном стационаре позволяет разработать конкретные стратегии и методы психологического сопровождения больных как в предоперационный период, так и на восстановительном этапе.

### Литература

1. Вассерман, Л.И. Медицинская психодиагностика. Теория, практика и обучение / Л.И. Вассерман, О.Ю. Щелкова. – М.: Изд-во «Академия», 2003. – 736 с.
2. Кроуфорд, М. Кардиология. Справочник / М. Кроуфорд, К. Шриватсон. – СПб., 2006. – С. 105–108, 120–122.
3. Погосова, И.А. Клинические особенности психических заболеваний с паническими расстройствами / И.А. Погосова // Человек и его здоровье: Курск. науч.-практ. вестн. – 2002. – № 5. – С. 45–52.
4. Тхостов, А.Ш. Психология телесности / А.Ш. Тхостов. – М.: Смысл, 2002. – 287 с.
5. Ялом, И. Экзистенциальная психотерапия / И. Ялом. – М., 2005.

Поступила в редакцию 26.11.2012 г.

**Ирина Лазаревна Гуреева.** Кандидат психологических наук, ассистент кафедры психиатрии и наркологии с курсом общей и медицинской психологии, Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова. E-mail: irin1974@yandex.ru

**Irina L. Gureeva.** Candidate of Psychological Sciences, Assistant of the Department of Psychiatry and Addiction with a course of general and medical psychology, St. Petersburg State I.P. Pavlov Medical University. E-mail: irin1974@yandex.ru.

**Елена Рудольфовна Исаева.** Доктор психологических наук, профессор кафедры психиатрии и наркологии с курсом общей и медицинской психологии, Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова. E-mail: isajeva@yandex.ru

**Elena R. Isajeva.** Doctor of psychological sciences, Professor of Psychiatry and Addiction with the course of general and medical psychology, St. Petersburg State I.P. Pavlov Medical University. E-mail: isajeva@yandex.ru