**Типы отношения к болезни у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.**

В.П.Цекин

Хорошо известно правило, что нужно лечить не болезнь, а больного, точнее – болезнь у данного больного. При этом имеется в виду, главным образом, индивидуализация лечения. Больной человек является не только объектом, но и субъектом врачебного действия, то есть участвует в лечебном процессе наравне с врачом.

Каждый пациент является, прежде всего, личностью, которая имеет свое собственное представление о медицине, о самом себе, о своей болезни и о степени ее серьезности. Врач может совершенно правильно поставить диагноз, используя самые современные возможности, правильно назначить лечение, но только от больного зависит его выполнение. На это указал еще Гиппократ, который видел необходимость контакта больного с доктором: «Должно также наблюдать за погрешностями больных, из которых многие часто обманывали в принятии прописанного им: именно, не выпивши неприятного пития или очистительных, или других лекарств, они изнемогали. Но они, конечно, не сознаются в этом, и вина сваливается на врача». Интересен тот факт, что частота случаев недостаточного сотрудничества больного с врачом имеет тенденцию к возрастанию параллельно прогрессу в области диагностики и лечения, в значительной степени нивелируя достижения последних. Эта проблема сотрудничества врача и больного очень важна для всех специальностей.

В условиях страховой медицины, жесткой конкуренции на рынке медицинских услуг, психологическая подготовка врача, его способность найти контакт с больным, становится одной из составляющих его успешной деятельности.

Целью нашего исследования было определить тип отношения к болезни у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и выявить возможные взаимосвязи между этими типами и различными характеристиками больных.

Исследование проводилось на базе отделений неотложной кардиологии ГКБ №№19, 33, 40, 50, 70, МСЧ №33. Были отобраны пациенты, удовлетворяющие следующим критериям. Критерии включения: Диагноз: ИБС: острый инфаркт миокарда (далее ОИМ); ИБС: нестабильная стенокардия напряжения. Возраст: 45-75. Критерии исключения: Наличие выраженного болевого синдрома, психического заболевания или энцефалопатии.

Всего было отобрано 95 человек. Соотношение мужчин и женщин – 55% на 45%. По диагнозам распределение было следующим – 50 пациентов с диагнозом ИБС: ОИМ и 45 с диагнозом ИБС: Нестабильная стенокардия. Средний возраст мужчин – 60,2+/- 6,7 лет, женщин – 65,8+/- 6,7 лет, группы – 65,2+/- 7,3 года.

Метод обследования: Личностный опросник Бехтеревского Института (1) и характерологический опросник Леонгарда - Шмишека (Leongard – Shmishek) (2).

Для оценки корреляции между признаками использовался метод построения четырёхпольных таблиц.

После проведения опроса пациентов и сведения всех полученных данных в таблицы мы приступили к поиску возможных взаимосвязей. Этот поиск проводился между типом отношения к болезни и такими характеристиками больных как пол, диагноз, акцентуация характера.

Пол – Тип отношения к болезни (мужчины).

У мужчин заметно превалирование паранойяльного типа отношения к болезни над всеми остальными (у 25-ти из 52-х пациентов) (+ 0,434).

Пол – Тип отношения к болезни (женщины).

У женщин преобладал тревожный тип отношения к болезни (+ 0,28).

Диагноз – Тип отношения к болезни (ИБС: Нестабильная стенокардия).

Превалирования какого-либо из типов отношения к болезни не найдено.

Диагноз – Тип отношения к болезни (ИБС: Острый инфаркт миокарда).

У пациентов этой группы значительно превалирует пранойяльный тип отношения к болезни (у 23-х из 50-ти пациентов) (+ 0,508).

После выявления двух крупных групп пациентов – мужчины с паранойяльным типом отношения к болезни (25 пациентов) и женщины с тревожным типом отношения к болезни (17 пациентов) – проверялось наличие акцентуаций характера в обеих группах. У 18-ти из 25-ти пациентов имеются эмотивный и застревающий типы акцентуации характера. У женщин картина схожая – у 15-ти из 17-ти пациенток встречаются эмотивный и застревающий типы акцентуации. Вообще же, во всей группе обследованных пациентов (n = 95) эмотивный и застревающий типы акцентуации встречались в 75% случаев.

Итак, были выявлены следующие корреляции:

между мужским полом и паранойяльным типом отношения к болезни.

между диагнозом ИБС: ОИМ и паранойяльным типом отношения к болезни.

между женским полом и тревожным типом отношения к болезни.

Для больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями характерны эмотивный и застревающий типы акцентуации характера.

между типом отношения к болезни и акцентуацией характера, возрастом и уровнем образования корреляции не выявлено.

Итак. проведённое исследование выявило формирование преимущественно паранойяльного типа отношения к болезни у мужчин и, в частности, у тех из них, что перенесли инфаркт миокарда. То есть мы можем говорить о преобладании паранойяльных установок в отношении врачей, лечения, близких у мужчин, перенесших инфаркт миокарда. Приведём определение паранойяльного типа отношения к болезни авторов ЛОБИ: «Уверенность, что болезнь – результат чьего-то злого умысла. Крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам. Стремление приписывать возможные осложнения лечения или побочные действия лекарств халатности или злому умыслу врачей и персонала. Обвинения и требования наказаний в связи с этим». В личной беседе с этими пациентами удалось выявить, что они сразу после приступа кардиалгий начинают думать о том, кто виноват в сложившемся состоянии вещей. На первое место чаще всего выходит жена, потом дети и начальство. На вопрос о том, что им не нравится в процессе лечения, говорили, что им дают «странные» «никому не нужные» таблетки, проводят над ними «какие-то опыты», высказывают предположения типа «кому-то это нужно», «кто-то на нас наживается» и т.д. По поводу судьбы их родственников пациенты практически ничего не говорили.

Иная картина наблюдалась у женщин. Здесь преобладал тревожный тип отношения к болезни. Вот его определение: «Непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни, вероятных осложнениях, методах лечения, непрерывный поиск «авторитетов». В отличие от ипохондрии более интересуют объективные данные о болезни (результат анализов, заключения специалистов), чем собственные ощущения. Поэтому предпочитают больше слушать высказывания других, чем без конца предъявлять свои жалобы. Настроение прежде всего тревожное, угнетенность – вследствие этой тревоги». Женщины в личной беседе волновались как по поводу своего здоровья, так и по поводу судьбы своих родственников. Часты были фразы типа «мне надо быстрее вылечиться и поднимать внуков» или «у меня дома муж один остался, волнуюсь за него», они в большинстве своём постоянно спрашивали о своём диагнозе, о том, как «побыстрее вылечиться».

Также интересно обратить внимание на тот факт, что у мужчин, в отличие от женщин, относительно часто встречалось такое сочетание типов отношения к болезни как анозогнозический + эйфорический, которые встречались всегда вместе (у женщин 1 раз, у мужчин – 9 раз). То есть можно говорить о том, что мужчины более склонны отрицать случившееся с ними.

Что касается типа акцентуации характера, то, разумеется, обращает на себя внимание явное преобладание эмотивного и застревающего типов у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (типы акцентуаций даны по Леонгарду). «Застревающий тип. Его характеризует умеренная общительность, занудливость, склонность к нравоучениям, неразговорчивость. Часто страдает от мнимой несправедливости по отношению к нему. В связи с этим проявляет настороженность и недоверчивость по отношению к людям, чувствителен к обидам и огорчениям, уязвим, подозрителен, отличается мстительностью, долго переживает происшедшее, не способен «легко отходить» от обид. Для него характерна заносчивость, часто выступает инициатором конфликтов. Самонадеянность, жесткость установок и взглядов, сильно развитое честолюбие часто приводят, к настойчивому утверждению своих интересов, которые он отстаивает с особой энергичностью. Стремится добиться высоких показателей в любом деле, за которое берется и проявляет большое упорство в достижении своих целей. Основной чертой является склонность к аффектам (правдолюбие, обидчивость, ревность, подозрительность), инертность в проявлении аффектов, в мышлении, в моторике». «Эмотивный тип. Этот тип родственен экзальтированному, но проявления его не столь бурны. Для них характерны эмоциональность, чувствительность, тревожность, болтливость, боязливость, глубокие реакции в области тонких чувств. Наиболее сильно выраженная черта — гуманность, сопереживание другим людям или животным, отзывчивость, мягкосердечность, сорадование чужим успехам. Они впечатлительны, слезливы, любые жизненные события воспринимают серьезнее, чем другие люди. Подростки остро реагируют на сцены из фильмов, где кому-либо угрожает опасность, сцена насилия может вызвать у них сильное потрясение, которое долго не забудется и может нарушить сон. Редко вступают в конфликты, обиды носят в себе, не «выплескиваются» наружу. Им свойственно обостренное чувство долга, исполнительность. Бережно относятся к природе, любят выращивать растения, ухаживать за животными» (3).

Показано, как эти типы коррелируют с гипертонической болезнью и сердечно-сосудистыми заболеваниями. По всей видимости, преморбидные особенности в виде акцентуации той или иной степени выраженности приводят наряду, разумеется, с другими факторами риска, к развитию сердечно-сосудистых заболеваний, а в результате заболевания складывается уже тип отношения к болезни, который имеет связь с типов акцентуации только опосредованную и определяется другими факторами.

**Список литературы**

Михайлов Б.В., Сердюк А.И., Федосеев Б.А. // Клиническое руководство (ред. Б.В.Михайлов) – Харьков, 2002

Манухина Н.М. // Журнал практической психологии и психоанализа, 2003, 3

Леонгард К. Акцентуированные личности – Киев, 1981