

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ПЕРВЫЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.П.ПАВЛОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра общей и клинической психологии

Зав. кафедрой общей
и клинической психологии
Исаева Е.Р. _____

Председатель ГАК
д.п.с.н., профессор
Соловьева С.Л. _____

Выпускная квалификационная работа на тему:

***Психологические особенности больных
ишемической болезнью сердца перед операцией коронарного
шунтирования в связи с задачами психокоррекции***

по специальности 37.05.01 – Клиническая психология

Выполнил:
Студент 6 курса
Факультета клинической психологии
Старунская Диана Андреевна
_____ (подпись)

Научный руководитель:
кандидат психологических наук, доцент
Великанов Арсений Апетович
_____ (подпись)

Санкт-Петербург

2017

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
ГЛАВА 1 ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.....	9
1.1 Ишемическая болезнь сердца (клинический аспект).....	9
1.2 Психосоматические концепции ИБС.....	11
1.2.1. Концепция личностного профиля.....	12
1.2.2. Проблема психосоматических соотношений.....	16
1.3 Эмоциональные состояния у больных ИБС.....	17
1.3.1. Тревога.....	19
1.3.2 Депрессия	21
1.3.3 Другие эмоциональные состояния (астения, агрессия, эмоциональная напряженность).....	24
1.4 Проблема комплаенса у больных ИБС	27
1.5 Психокоррекционные подходы в работе с ИБС.....	29
1.6 Проблема мотивации к лечению и реабилитации у больных ИБС.....	35
ГЛАВА 2 МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	40
2.1 Материал исследования.....	40
2.2 Психодиагностические методы.....	44
2.2.1 Клинико-психологический метод.....	44
2.2.2 Экспериментально-психологический метод.....	45
2.3. Психокоррекционные методы.....	51
2.3.1. Информирование	51
2.3.2. Индивидуализированная психокоррекционная беседа.....	52
2.4 Методы обработки данных.....	52
ГЛАВА 3 ОПИСАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ.....	54

3.1. Результаты исследования клинических, клинико-психологических характеристик.....	54
3.2 Результаты исследования психологических особенностей.....	58
3.2.1. Результаты исследования тревожности и психоэмоциональных особенностей.....	58
3.2.2. Результаты исследования копинг-стратегий.....	60
3.2.3. Результаты исследования личностных особенностей.....	61
3.3 Сравнительное исследование мужчин и женщин.....	61
3.4. Сравнительное исследование по возрасту.....	64
3.5 Сравнительное исследование участвующих и не участвующих в программе психокоррекции	65
3.6 Результаты исследования мотивации	68
3.7 Общие рекомендации относительно мишеней психокоррекции.....	71
ГЛАВА 4 ИНТЕРПРЕТАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ	74
ВЫВОДЫ.....	79
Список литературы.....	81
Приложение 1	92
Приложение 2	97
Приложение 3.....	104

Список сокращений и аббревиатур

ГБ – гипертоническая болезнь

ИБС – ишемическая болезнь сердца

ИМ – инфаркт миокарда

КШ — коронарное шунтирование

ЛТ – личностная тревожность

НС – нестабильная стенокардия

СТ – ситуативная тревожность

ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания

Введение

Известно, что сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) приводят к инвалидизации наиболее трудоспособной части населения, более того, показатели смертности в Российской Федерации вследствие данных патологий – одни из самых высоких в мире. За счет смертности населения наиболее трудоспособного возраста от инфаркта миокарда (ИМ), который является проявлением ишемической болезни сердца (ИБС) ежегодно теряется около 100–120 тыс. лет потенциальной активной жизни (1,5–2 тыс. человек) (Органов Р.Г., 2010). Развитие современной медицины позволяет добиться определенного прогресса в лечении ИБС с помощью кардиохирургии. (Агеев Ф.Т., и соавторы 2000)

Как известно, за последние годы операция АКШ стала одним из наиболее распространенных и эффективных методов лечения ИБС. Учитывая тот факт, что ишемическая болезнь, в принципе, не подлежит излечению, эта операция позволяет устранить основные клинические проявления заболевания, тем самым улучшить самочувствие пациентов, повысить продолжительность жизни. (Белов Ю.В., 1996, Князева Т.А. и соавт, 2002, Щегольков А. М., 2000, Ross R., 1997). Несмотря на реальные преимущества проведения операции, исследования показывают, что показатели качества жизни пациентов не улучшаются. Следствием проведения операции являются снижение социальной активности, трудности с возвращением к привычному ритму жизни.

Эксперты ВОЗ дают следующую характеристику больным сердечно-сосудистыми заболеваниями: больные инфарктом социально гипердаптированы, открыты и доступны контакту в поведении, но одновременно демонстрируют противоположную установку, прежде всего страхи, связанные с ригидностью поведения в целом. Согласно концепции

поведения типа А (ПТА), предложенной американскими кардиологами M.Friedman и R.H.Rosenman (Крылов А.А., 2001; Митрушина Н.А., 2006; Barefoot J.S., 2003) пациенты данного профиля отличаются амбициозностью, решимостью, поверхностностью контактов, стремлением к работе и активностью.

Не оставляет сомнение тот факт, что открытые операции на сердце являются стрессогенными и оказывают дезадаптивное влияние на психо-эмоциональное состояние пациентов как в предоперационный период, так и в послеоперационный. При отсутствии адекватного послеоперационного и последующего восстановительного лечения и терапии это приводит к тому, что большинство пациентов трудоспособного возраста, перенесших АКШ не могут своевременно возвратиться к полноценному труду, что, учитывая их личностные особенности является для них психотравмирующим фактором. До операции больные опасаются за свою жизнь, после нее беспокоятся относительно ее реальной эффективности. В этом случае, врачи кардиологи указывают на необходимость психологического сопровождения данной категории больных на протяжении всего периода лечения.

С учетом того, что в предоперационные период, на первый план выходят тревожные и фобические переживания, которые не находят своей разрядки в силу того, что у пациентов нет возможности проработать эти переживания со специалистом. Поэтому, при проведении психологического обследования с пациентами проводилась психокоррекционная беседа, целью которой было снятие эмоционального напряжения и просветительская работа. Последняя включала в себя информацию об особенностях образа жизни пациента с диагнозом ИБС (медицинский аспект), а также сведения о навыках саморегуляции и снятия эмоционального напряжения.

Аутогенные тренировки оказывают психотерапевтическое воздействие и являются эффективным методом работы в случае с психосоматическими расстройствами.

В связи с этим, есть основания ожидать, что использование приемов психокоррекции, направленных на формирование психологических установок на активное преодоление болезни, обучение приемам, улучшающим психологическую адаптацию, может оказаться эффективным для повышения уровня психологических резервов пациентов с ИБС.

Исследователями признается, что применение различных методов психокоррекции позволяет улучшать психологический статус пациентов. Вместе с тем, большинство исследований сфокусировано на диагностике тревоги и депрессии, что обуславливает разработку методов помощи только в этом узком направлении, и оставляет без внимания ту часть пациентов, у которых нарушение психологической адаптации обусловлено другими факторами.

Здесь актуальным представляется разработка методов повышения уровня психологических резервов больных ИБС с учетом индивидуальных особенностей пациентов. Между тем, известно, что индивидуальный подход при проведении психокоррекции позволяет существенно повысить эффективность реабилитационных программ.

Цель исследования: изучение психологических особенностей пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) в период стационарного лечения (перед операцией КШ) в связи с задачами психокоррекции.

Задачи исследования:

1. Изучение комплекса психологических характеристик у больных ИБС в период стационарного лечения перед операцией КШ

(психоэмоциональные особенности, копинг-стратегии, личностные особенности)

2. Сравнительное исследование психологических особенностей у больных ИБС в период стационарного лечения в зависимости от пола и возраста.
3. Изучение психологических особенностей больных ИБС в период стационарного лечения в зависимости от участия в психокоррекционной программе
4. Изучение мотивации пациентов на участие в лечебно-реабилитационных мероприятиях
5. Определение на основе полученных в результате исследования данных — мишеней психокоррекционной работы и формирование рекомендаций по психологической коррекции для больных ИБС в период стационарного лечения.

Объект исследования: больные ИБС (мужчины и женщины) в период стационарного лечения перед операцией КШ.

Предмет исследования: особенности психоэмоциональной сферы, копинг-стратегии, личностные особенности больных, мотивация пациентов к участию в лечебно-реабилитационным мероприятиям.

Гипотезы исследования:

- 1) У больных ИБС в период пребывания в стационаре перед операцией КШ проявляются определенные особенности психоэмоциональной сферы, степень выраженность которых зависит от половозрастных показателей
- 2) У больных ИБС, перед операцией КШ, прошедших индивидуальную психологическую коррекцию, выраженность ряда показателей (в частности, тревоги, тревожно- фобических переживаний) в структуре психоэмоциональной сферы – ниже, чем у пациентов, не участвующих в программе психокоррекции.

Глава 1 Обзор Литературы

1.1 Ишемическая болезнь сердца (клинический аспект)

Ишемическая болезнь сердца, по определению Всемирной организации здравоохранения, представляет собой острую или хроническую дисфункцию сердца, возникшую вследствие абсолютного или относительного уменьшения снабжения миокарда артериальной кровью.

Более чем в 90% случаев анатомической основой ишемической болезни сердца является поражение коронарных артерий сердца, приводящее к снижению коронарного кровотока и нарушению баланса между потребностью сердечной мышцы в кислороде и питательных веществах и возможностями кровоснабжения сердца. (Гуревич М.А., 2003)

В основе заболевания лежит недостаточное кровоснабжение миокарда, и как следствие – вызванные им изменения в тканях миокарда. Чаще всего ишемия сердца (миокарда) обусловлена сужением просвета артерий, пораженных атеросклерозом. Атеросклеротические бляшки на стенках сосудов (венечных артерий) растут постепенно, что приводит к повышению степени стенозирования просвета венечных артерий, определяющей в итоге тяжесть течения заболевания. (Беленков Ю.Н., 2002, Фомин И.В. и соавт., 2006).

Факторы риска ИБС и атеросклероза сходны, поскольку последние, по сути, являются основными звеньями в развитии ишемии сердца. В целом их можно разделить на несколько групп:

1. Биологические
2. Анатомические
3. Поведенческие (психологические)

К биологическим факторам относятся пожилой возраст, мужской пол и генетические факторы. К анатомическим – сахарный диабет и ожирение,

дислипидемия и артериальная гипертензия. Поведенческие факторы во многом определяют риски возникновения первых двух категорий, к ним можно отнести уже упомянутое ожирение, пищевые привычки, курение и употребление алкоголя, недостаточную двигательную активность или наоборот – чрезмерные нагрузки. (Чазов Е.И. и соавт., 2004; Беленков Ю.Н. и соавт., 2003; 2006)

Также существует и другое подразделение факторов риска ИБС на две основные категории:

1. Факторы, снижающие кровоснабжение миокарда с уменьшением транспорта кислорода к миокарду

2. Факторы, повышающие потребности миокарда в кислороде

К первым можно отнести: атеросклероз коронарных артерий, расстройства микроциркуляции, повышение вязкости крови, гипотония, брадикардия и другие вегетативные симптомы. Ко второй группе факторов относятся: активация симпатoadреналовой системы, в частности стресс, неадекватные физические напряжения, АГ, тахикардия, тахиритмии, инфекции и другое. (Гуревич М.А., 2003)

Большую часть проявлений ИБС занимает инфаркт миокарда- это такая форма ИБС, которая обусловлена острой недостаточностью кровоснабжения самого миокарда, вследствие этого в нем образуется очаг некроза. Главной причиной развития инфаркта миокарда является полное или практически полное закупоривание артерий тромбом либо набухшей атеросклеротической бляшкой. В процессе полной закупорки артерии образуется крупноочаговый инфаркт миокарда. (Гасилин В. С., 1981.)

Основой лечения ИБС являются ликвидация устранимых факторов риска и комплексная медикаментозная терапия. Первое подразумевает следование определенному образу жизни (полный отказ от курения,

нормализация питания, оптимизация физических нагрузок и тд). Второе предусматривает осуществление антитромботической терапии, приём препаратов, влияющих на гемодинамику, в- блокаторы, нитраты, антогонисты кальция.

К немедикаментозным методам лечения относят хирургическую реваскуляризацию миокарда: коронарное шунтирование и баллонную ангиопластику со стентированием коронарных артерий. Операция КШ, на сегодняшний день, является самым эффективным методом лечения ИБС и позволяет пациентам вернуться к нормальной активной жизни. Однако это тяжелое хирургическое вмешательство, которое требует длительного восстановительного лечения. Больные, которым необходима данная операция, нуждаются в психологическом сопровождении на протяжении всего периода лечения. Кроме этого, важно осуществлять комплексную реабилитационную программу (следование рекомендациям врача, физическая реабилитация, психологическое сопровождение) для восстановления пациентов и возвращения их к работе.

Углубление знаний о патогенетических закономерностях формирования и течения ИБС позволит оптимизировать методы патогенетической коррекции, построения прогноза и принятия научно обоснованных решений, как в лечебной практике, так и в системе управления здравоохранения.

1.2 Психосоматические концепции ИБС

Большинство психологически ориентированных концепций, в том числе психоаналитических, отражают психоцентрическое направление - постулируют психогенез в виде линейной модели формирования психосоматических болезней. Здесь следует упомянуть о концепции

вегетативного невроза, предложенной Александером, построенной на взаимосвязи манифестации психосоматических расстройств с актуализацией бессознательных конфликтов (Александер, 2002). Соответствующего мнения придерживался Шура в своей концепции де-ре соматизации. (Браун Дж.,1999)

Также существует и альтернативные клинические исследования, которые ориентированы на данные, свидетельствующие о первичной роли в генезе психосоматических заболеваний непосредственно соматической патологии. (Смулевич А.Б., 2005)

При тщательном анализе патогенеза ИБС с трудом можно указать психосоматическую природу данного заболевания. Существуют абсолютно четкие соматические изменения в организме, которые могут спровоцировать развитие ИБС. Но, вместе с этим, выделяют отличительную психосоматическую особенность развития ИБС. Речь идёт о реализации соматической патологии (манифестации) при посредстве психического психогенного воздействия как на ранних стадиях ее развития (латентный этап), так и уже при сформировавшемся клиническом синдроме. (Смулевич А.Б., 2005)

Современные психосоматические концепции рассматривают патогенез сердечно-сосудистых заболеваний в трех плоскостях: биологической, психологической и социальной. Это побуждает к поиску и исследованию психологических, социальных причин возникновения ССЗ: изучению личности, условий психогенеза расстройств, структуры внутриличностного конфликта, социально обусловленных стрессовых ситуаций и их влияния на психофизиологическое состояние человека. (Елисеев Ю.Ю., 2003)

1.2.1. Концепция личностного профиля

Ишемическая болезнь сердца является мультифакториальным заболеванием. Множество исследований, проводимых в последние

десятилетия во всем мире, показали обусловленность работы патогенетических механизмов развития ИБС множеством факторов. (Алексеев В.П. и др., 2001).

Изучение поведенческих типов у больных ИБС является актуальным при работе с такими пациентами, поскольку позволяет решить психосоматические проблемы, которые напрямую влияют на становление и течение заболевания. Шхвацабая И.К., 1978).

Наибольшее распространение и подтверждение получила концепция поведения типа А (ПТА), предложенная американскими кардиологами M.Friedman и R.H.Rosenman (Крылов А.А., 2001; Гоштаутас А., 2004; Митрушина Н.А., 2006; Новикова И.А., 2007; Moller J. Et al., 1999; Barefoot J.S., 2003). У лиц с таким поведенческим типом в перспективных наблюдениях независимо от соматических факторов риска через 8,5 лет обнаруживали в 2,37 раза больше случаев инфаркта миокарда, чем у тех, кто не проявлял такого поведения. (Бройтигам В., Кристиан П., Рад М 1999)

Личность человека с ПТА отличается особой жизненной энергией и активностью. Таким лицам свойственна вербальная агрессия, настойчивость, решительность, амбициозность, готовность к постоянной борьбе, агрессивность, нетерпеливость (Воронов М.А, 2002).

Люди, ведущие образ жизни, соответствующий вышеперечисленным моментам, становятся уязвимыми по отношению к следующим синдромам: сверхкомпенсации и крушения. Первый характеризуется как перманентная вынужденная необходимость в реактивном усилении приспособления, следствием которой является хроническая опасность превышения приспособительных возможностей. Второй же означает труднообратимые последствия «надлома жизненной линии», которые могут приводить к страданию предрасположенной к этому личности. Агрессивное поведение

продолжается, но человек уже проявляет свой стереотип гиперактивного агрессора, при этом такое поведение становится поверхностным, то есть оно маскирует механизм неудачной и неполной когнитивной переработки тяжелых жизненных событий. Тот, кто реагирует на превышение способностей приспособления механизмами защитной компенсации, тот теряет внутриспихический механизм контроля (чувство меры) над вызванными стрессором функциональными процессами, такой «пациент риска» демонстрирует эмоциональную сдержанность и социальную приспособленность. Однако его эмоциональное состояние перед развитием инфаркта миокарда определяется как истощение и депрессия. (Положенцев С.Д., Руднев Д.А.1990)

Поведенческая модель типа АБ (ПТАБ) характеризуется активной и целенаправленной деловитостью, разносторонними интересами, эмоциональной стабильностью. Такие люди значительно адекватнее оценивают свои способности и ориентируются на ситуацию (Jenkins С.Д., 1983; Friedman M., Rosenman R.H., 1996)

Следует отметить, что в экспериментах с дефицитом времени удалось установить, что именно у людей с поведенческим типом А появляются более выраженные учащение пульса и повышение систолического давления.

Наряду с этим возрастает интерес к описанию личностного типа Д, который также является фактором, предрасполагающим к формированию психосоматических заболеваний. Отличительной особенностью людей с данным типом поведения является сочетание повышенного уровня негативных эмоций и с выраженной тенденцией подавлять их выражение в социальных контактах и в межличностном взаимодействии.

Исследуя механизмы формирования психосоматических реакций, сопровождающих ишемию миокарда. А.Б Смулевич(2004) показал, что у

части больных с ИБС они могут развиваться по принципу «ключевого переживания».(Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробижев А.А., 2004). А в других- по механизмы «конверсии». Полученные данные свидетельствуют о тесной взаимосвязи между характером течения заболевания и личностными особенностями больных, что подчеркивает большую вариабельность психосоматических реакций. Так, у первой группы больных до развития этих реакций заболевание протекает с минимальными клиническими проявлениями. Здесь преобладают личности с ПТА, которые позиционируют себя как активных, способных переносить большие нагрузки, целеустремленных людей. К психологическим чертам, представляющим преморбид при психосоматических реакциях этого типа, относятся тревожность, аффективная ригидность, уязвимость к внешним попыткам изменения устойчивых представлений или поведенческих стереотипов в системе значимых социальных отношений.(Положенцев С.Д., Руднев Д.А., 1990)

У больных со вторым типом психосоматических реакции напротив, манифестация заболевания сопровождается ярко выраженной клинической картиной, отмечается стенокардия более высокий функциональных классов, а дебют заболевания часто связан с прогрессированием стенокардии или инфарктом миокарда. В данной группе при формировании психосоматических реакции по механизму «конверсии» отмечаются и более выраженные атерогенные изменения липидного обмена. К психологическим свойствам, сопровождающим течение заболевания относят повышенную тревожность, активизирующуюся в новой обстановке, отмечается тенденция к формированию фобических, депрессивных и диссоциативных (истероидных) реакций, приводящих к избегающему или зависимому поведению (Ильяшевич И.Г., и соавт. 2008)

1.2.2. Проблема психосоматических соотношений

Психосоматические взаимоотношения – это подход позволяющий ответить на ряд взаимосвязанных вопросов: почему у данного пациента с его индивидуальными психологическими особенностями и психодинамическими проблемами в данный момент времени, на фоне специфических психотравмирующих моментов, развивается конкретный вид психосоматического расстройства (Лурия А.Р. 1997).

Ю.М. Губачев, Е.М. Стабровский (1981) выделяют ряд вариантов развития психосоматических заболеваний, из которых следует особо выделить следующие.

1. *Ситуационный (первично-психогенный) вариант* - на первом плане среди этиологических факторов находится столь длительное воздействие психологически неблагоприятных жизненных условий, что даже развитые возможности защитного резерва (личностного и биологического) не ограждают от формирования органической патологии со стороны различных соматических систем.

2. *Личностный вариант* - главным условием формирования патологии выступает психологически деформированная личность, которая обуславливает затяжной, гипертрофированный и извращенный тип психологического реагирования, становление хронизированного эмоционального напряжения (Губачев Ю.М., Старбовский Е.М., 1981).

К последнему варианту можно отнести и развитие болезни через определенные патологические привычки (переедание, алкоголизм и др.), имеющие личностную обусловленность.

В исследовании Великанова А.А. (2005г.) определены группы (типы) больных ИБС в зависимости от специфики психосоматических

соотношений:1) пациенты с выраженными возрастными патологическими изменениями психики;2) с выраженными характеристиками агрессивности и психопатологической симптоматики;3) с наиболее выраженными характеристиками тревожности;4) с проявлением фактора невротичности и наличием депрессивных состояний к моменту выписки из стационара;5) с наиболее высокими показателями психопатологической симптоматики и депрессивности после лечения в стационаре: 6)с наиболее низкими показателями факторов невротичности, агрессивности и возрастных патологических изменений психики (Великанов А.А., 2005).

В целом, следует отметить, что термин «психогенный» нельзя однозначно применять к психосоматическим заболеваниям. При психосоматических заболеваниях психогенный фактор имеет место, но в сложном сочетании с физиологическими факторами. Только сочетание личностных особенностей с определенными свойствами соматических систем (конституция, наследственность, возраст, пол, характер предшествующих заболеваний и определенная дефектность регуляторных и исполнительных механизмов организма) делают реальным становление той или иной болезненной структуры, которую мы называем психосоматическим заболеванием.

1.3 Эмоциональные состояния

Эмоциональное состояние – это особое психическое состояние, которое возникает в процессе жизнедеятельности субъекта и определяет не только уровень информационно-энергетического обмена, но и направленность поведения.

Рассматривая проблему негативных эмоциональных состояний, С. Л. Соловьёва (2006) отмечает следующие виды данных состояний, характеризующих людей в трудных жизненных ситуациях: тревога, депрессия, астения, враждебность.

Важную роль в рассмотрении проблемы эмоциональных состояний играют следующие теоретические положения, разработанные Н.Д. Левитовым (1964): 1) Необходимость отличать чувства как временные переживания или состояния от чувств как устойчивых черт направленности личности. 2) Во всех чувствах или эмоциях выражается отношение человека к окружающей действительности или к самому себе. 3) Все эмоции или чувства являются специфическими переживаниями. 4) Чувства не только субъективны, но и объективны; детерминированы внешними условиями. 5) Эмоции или чувства имеют яркое внешнее выражение; это выражение не является однозначным. 6) Не существует вполне адекватной задачи методики изучения чувств. Рассматривая проблему эмоциональных состояний автор выделяет настроение; эмоции; аффекты; влечение, страсть. (Левитов Н.Д., 1964).

Эмоциональные состояния отражаются в функционировании нашего организма, включая работу психических процессов и физиологической деятельности. В свою очередь, изменение психической деятельности и физиологических процессов ведет к изменению эмоционального состояния. (Соловьёва С.Л., 2006)

Соответственно, выявление и коррекция эмоциональных состояний у больных ИБС имеет большое значение для клинической практики.

1.3.1. Тревога

1. Тревожность — индивидуальная психологическая особенность, проявляющаяся в склонности человека к частым и интенсивным переживаниям состояния тревоги, а также в низком пороге его возникновения. Рассматривается как личностное образование и/или как свойство темперамента, обусловленное слабостью нервных процессов. (Большой психологический словарь Под ред. Б.Г. Мещерякова, В.П. Зинченко)

Ю. Л. Ханин отмечает, что тревога как состояние – это реакция на различные (чаще всего социально-психологические) стрессоры, которая характеризуется различной интенсивностью, изменчивостью во времени, наличием осознаваемых неприятных переживаний напряженности, озабоченности, беспокойства и сопровождается выраженной активизацией вегетативной нервной системы (Ханин Ю.Л., 1978). Состояние тревоги может варьировать по интенсивности и изменяться во времени как функция уровня стресса, которому подвергается индивид, но переживание тревоги свойственно любому человеку в адекватных ситуациях.

Традиционно выделяют тревожность как состояние и тревожность как свойство личности. Г.Айзенк так разграничивал эти два понятия: « Под тревожностью как чертой характера подразумевается относительно постоянное состояние сильного возбуждения симпатической нервной системы, страха и повышенной эмоциональности, в то время как состояние тревожности представляет собой состояние человека в конкретный момент, независимое от уровня эмоциональности, обычного для данного человека». (Айзенк Г.Ю., 2009).

В 1970 г. Ч.Спилбергер с коллегами опубликовал опросник, который может быть использован для эмпирического исследования различия между тревожностью как чертой характера и тревожностью как состоянием.

Обращаясь к представителям психоаналитического направления, можно подчеркнуть следующие положения относительно описываемого понятия. З. Фрейд определял тревожность как неприятное переживание, выступающее сигналом предвосхищаемой опасности. Содержание тревожности - чувства неопределенности и беспомощности. Тревожность характеризуется тремя основными признаками — специфическим чувством неприятного; соответствующими соматическими реакциями (прежде всего усилением сердцебиения); осознанием этого переживания. (Фрейд З., 1991). Первоначально Фрейд допускал и существование бессознательной тревожности, в дальнейшем она стала рассматриваться в русле исследований психологической защиты (А. Фрейд и др.)

Бихевиористы рассматривали тревожность как результат научения. В этом случае, такой процесс представлялся в виде заученной реакцией на угрожающие ситуации, которая, при ее укоренении, переносится на другие обстоятельства.

Кроме этого, существуют различные подходы к разграничению тревоги и страха. Тревожные переживания неконкретны, они ощущаются вне связи со стимулом, в то время как страх всегда связан с конкретным объектом (Jaspers K., 1948). Тревога может быть и определенной и неопределенной четким, осознанным объектом (Poldinger W., 1970). Страх провоцирует угроза физического существования, в то время как тревога возникает в случае угрозы целостности личности (Noyes A. P., Kolb L.C., 1966). Определены различия и в особенностях структуры и степени сложности, например, тревога – как

взаимодействие страха с другими аффектами (Izard K., 1980). Также уделяется вниманию разности количественного характера между тревогой и страхом (Symonds P.M., 1946).

На сегодняшний день, устоявшимся является мнение о том, что тревожность может быть физиологической (нормальной) или патологической (Клиническая психология. Словарь под ред. Н.Д. Твороговой, 2007). В первом случае, она представляет собой адаптивный механизм, посредством которого происходит мобилизация организма в незнакомой ситуации для быстрого достижения адаптации. В другом случае, мы имеем дело с ситуацией, которая порождает чрезмерно интенсивную тревогу, которая дестабилизирует человека и работу его организма.

Теряя свое адаптивное значение, она становится единым радикалом, на основе которого строятся отличные друг от друга патологические системы. По мнению Е.В.Вербицкого (2003 г.), когда «опасность не осознаваема, когда она представлена в виде безобъектной угрозы, тогда и возрастает способность реагирования тревогой, т.е. формируется тревожность». Н.В.Инадворская (2006 г.) полагает, что у патологической тревоги, как у чувства неопределенной опасности, есть важнейшая функция – стремление к определенности, конкретизации, что ведет к снижению уровня тревоги. В результате реализации данного механизма формируются те или иные варианты тревожных расстройств.

1.3.2. Депрессия

Психологическое определение понятия депрессии сталкивается с рядом трудностей. Начиная с Крепелина, симптомы депрессивных расстройств относят к различным сферам, объединяя феноменологически разнородные

проявления: пониженное настроение; умственно-речевое торможение и моторную заторможенность. (Крепелин Э., 2007).

В психологическом словаре под общей научной редакцией П.С. Гуревича (2006) – депрессия рассматривается как психическое расстройство, основным признаком которого является подавленное, угнетенное, тоскливое настроение, сочетающееся с ухудшением способностей к творческой, активной деятельности, нарушением моторных и вегетативных функций.

При депрессии страдают практически все сферы — эмоциональная, интеллектуальная, волевая и обязательно мотивационная, что проявляется как субъективно в жалобах пациента, так и объективно — в изменении поведения. Стойкое снижение настроения при депрессии сочетается с утратой интереса к тому, что раньше воспринималось больным как привлекательное, приносящее удовлетворение или радость — различные формы досуга, общение, чтение книг, хобби, профессиональная деятельность и пр. При всех типах депрессивного состояния страдают также и первичные биологические мотивации — нарушается сон, аппетит, сексуальная функция. Степень этих расстройств зависит, как правило, от тяжести депрессивного состояния.

До настоящего времени среди психологических концепций депрессии сохраняют актуальность 3 основные теоретические модели, к которым в той или иной степени тяготеет большинство эмпирических исследований: психоаналитическая, бихевиористская и когнитивная.

Для нас наиболее актуальной и практически приемлемой является когнитивная теория. Основу данного подхода составляет предположение о доминирующем влиянии когнитивных процессов на структуру самосознания человека. По мнению А.Бека , депрессивные симптомы являются следствием своеобразных ложных “бессознательных умозаключений”. (Бек. А.,2003)

1. аффективные — печаль, подавленный гнев, дисфория, плаксивость, чувство вины, чувство стыда;

1. мотивационные — потеря положительной мотивации, нарастание избегающих тенденций, возрастание зависимости;

1. поведенческие — пассивность, избегающее поведение, инертность, нарастание дефицитарности социальных навыков;

1. физиологические — расстройство сна, нарушение аппетита, снижение влечений;

1. когнитивные — нерешительность, сомнения в правильности принятого решения, или неспособность принять какое-либо решение из-за того, что каждое из них содержит нежелательные последствия и не является идеальным, представление любой проблемы как грандиозной и непреодолимой, постоянная самокритика, нереалистичные самообвинения, пораженческие мысли, абсолютистское мышление (по принципу “все или ничего”).

Когнитивная триада основных паттернов депрессивного самосознания:

- негативный образ себя — (“из-за дефекта я ничтожен”);
- негативный опыт — (“мир предъявляет ко мне непомерные требования, выдвигает непреодолимые препятствия”; любые взаимодействия интерпретируются в терминах победы - поражения);
- негативный образ будущего — (“мои страдания будут длиться вечно”).

Когнитивная депрессивная триада определяет направленность желаний, мыслей и поведения депрессивного больного. Любому принятию решений, по

А. Векс , предшествует “взвешивание” внутренних альтернатив и способов действия в форме внутреннего диалога.

Таким образом, депрессия зачастую может проявиться, как реакция на стресс (операция на сердце) и усугубить состояние пациента. В этом случае, необходима работа, направленная на профилактику депрессивных состояний у больных ИБС перед операцией АКШ.

1.3.3 Другие эмоциональные состояния (астения, агрессия, эмоциональная напряженность)

Нестабильное эмоциональное состояние пациента в предоперационном периоде также может включать в себя астенические проявления, эмоциональную напряженность, агрессию.

В частности, астения рассматривается как одно из эмоционально – негативных состояний, которое характеризуется слабостью, повышенной утомляемостью, эмоциональной лабильностью, гиперестезией, нарушениями сна. (Соловьёва С.Л., 2006)

В Большом психологическом словаре под ред. Б.Г. Мещерякова и В.П. Зинченко (2005), дана характеристика астенического синдрома: общая слабость, истощаемость, раздражительность; нарушения внимания, расстройства памяти. Такие проявления могут образовывать целый симптомокомплекс, который представляет собой астенический синдром. В руководстве по психиатрии под ред. А.В. Снежневского (1983), данный синдром рассматривается как состояние раздражительной слабости, повышенной чувствительности, возбудимости и истощаемости. Отмечается, что проявление астенического синдрома – весьма разнообразны (Снежневский А.В. – ред., 1983).

Описывая проявления астении, следует отметить концепцию Бамдас. Автор описывает структуру астенического синдрома, выделив 4 формы астенических состояний: 1) гиперстения (раздражительность, повышенная возбудимость, гневливость, несдержанность, нетерпеливость), 2) синдром раздражительной слабости (сочетание повышенной раздражительности, возбудимости с утомляемостью, слабостью, истощаемостью), 3) гипостенический синдром (слабость, истощаемость, быстро наступающее утомление), 4) астено-вегетативный и астено-ипохондрический синдромы. Бамдас подчеркивает, что первые три из них в ряде случаев могут рассматриваться как последовательные стадии единого процесса нарастающей нервно – психической слабости. (Бамдас Б.С., 1961).

Отдельным эмоциональным состоянием, которое может наблюдаться у данных пациентов является состояние психической напряженности. В психологическом словаре под редакцией Ю.Л. Неймера (2003) напряжённость рассматривается как психическое состояние, обусловленное предвосхищением неблагоприятного развития событий. Психическое напряжение связано с различными эмоциональными состояниями и входит составной частью в сложный комплекс адаптации как приспособительной реакции человека к новым условиям жизни. При этом, нервно-психическое напряжение является звеном адаптационного процесса. В умеренной степени выраженности она является важным этапом, при необходимости изменения жизненного уклада. Важно обращать внимание на то, чтобы требования, которые предъявляется ситуация не превышали возможности адаптационной системы человека. В случае, когда человек находится в ожидании открытой операции на сердце, нервно-психическое напряжение необходимо максимально снизить.

Как указывает Т.А. Немчин (1983), состояние нервно – психического напряжения является сложным феноменом, представляющим собой одно из

основных звеньев в общем адаптационном процессе. В своей теории, автор выделяет 3 степени выраженности напряжения: 1) отсутствие значительных сдвигов; 2) повышение продуктивности деятельности (умеренное напряжение); 3) дезорганизация, ощущение дискомфорта (чрезмерное напряжение). Среди особенностей нервно-психического напряжения исследователь выделяет следующие категории: 1) направленность изменений (отсутствие сдвигов, снижение или повышение продуктивности деятельности); 2) особенности психического состояния; 3) особенности соматического состояния; 4) общая оценка состояния (ощущения психического или физического комфорта/дискомфорта). Автор делает вывод о том, что границы нормального диапазона напряжения определяются не только абсолютной величиной предъявляемых требований, а, в большей степени соотношением этих требований с возможностями адаптационной системы, с возможностями её психических компонентов (Немчин Т.А., 1983).

При описании психосоматических соотношений при ИБС – особенно подчеркивается роль агрессии и враждебности. Friedman M., Rosenman R. (1966), описывая характеристики лиц, предрасположенных к заболеванию ИБС, отмечали способность энергичного продвижения по службе, требовательность, неумение и нежелание отдыхать, агрессивность. Последнее можно охарактеризовать как «индивидуальную предрасположенность к агрессивному поведению, готовность совершить агрессивный акт».(Пошивалов В.П. 1986).

С.Л. Соловьева (2006), отмечает, что в большинстве случаев, в качестве характерных психологических особенностей больных ИБС – исследователями описывается чрезмерная стеничность их эмоциональных реакций, тенденция к доминированию и враждебности.

Следует отметить, что имеются данные, согласно которым, опыт выражения или блокирования агрессии изменяет состояние медиаторных систем головного мозга. Как следствие изменений в характере нейрофизиологической регуляции, возникают изменения в соматическом состоянии. Автор также отмечает, что состояние гнева сопровождается активацией симпатико-адреналовой системы, в частности, гиперсекрецией катехоламинов и кортизола, что является важным фактором патогенеза сердечно – сосудистых заболеваний (Винокур В.А., 2006).

Таким образом, в целом, в рамках психосоматического направления – важным является целостный, комплексный подход к исследованию заболевания, с учетом его клинико – биологических, личностных и эмоциональных факторов.

1.4 Проблема комплаенса у больных ИБС.

Комплаентным называют поведение пациента, совпадающее с рекомендованным лечением (Лапин И.П.,2012). Лечение, в данном случае, подразумевает не только прием лекарственных средств, но и изменение образа жизни (отказ от вредных привычек, правильное питание, физическая активность, соблюдение режима труда и отдыха и др.). Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет приверженность больных к лечению как «степень, в которой поведение пациента относительно приема препаратов соответствует ранее согласованным с ним рекомендациям врача».

Проблема комплаенса стоит очень остро: по данным отечественных и зарубежных источников, комплаентное поведение при различных заболеваниях составляет от 20 до 57%. (Мищенко М.А., Кононова С.В. 2014). По данным этих же авторов известно, что 70% пациентов с низкой

комплаентностью прекращают прием лекарств при сердечно-сосудистых заболеваниях.

Измерение комплаенса представляет проблему и в самой медицине. Н. В. Богатырев указывает на четыре способа определения комплаенса. (Богатырев Н.В., 2009)

Первый заключается в оценке комплаенса на основе беседы врача с пациентом. Данный способ не может считаться точным, так как ответы больного могут быть недостоверны. Второй способ заключается в самоотчете пациента о принятии лекарств и выполнении рекомендаций, несомненно, что данные такого самоотчета требуют дополнительного подтверждения. Широкое распространение получил тест Мориски – Грина, позволяющий оценить уровень комплаентности. (Мартынов А.А., и соавт., 2012). Третий и четвертый способы основываются на объективных показателях – учет лекарственных средств и проведенных манипуляций, а также биохимический анализ.

В настоящее время дискуссионным остается вопрос описания комплаенса. Первый подход – качественный, он заключается в описании комплаенса в виде бинарной характеристики «комплаенс – нонкомплаенс». Приверженцы второго подхода рассматривают необходимость количественного описания комплаенса от 0 до 100%. (Данилов Д.С., 2014). При определении уровня комплаенса также есть расхождения во мнениях: так, С. В. Смирнов с соавторами предлагают ориентироваться на следующие показатели: высокий уровень – выполняется более 80% рекомендаций, средний уровень – 20–80%, низкий – менее 20% (Смирнов С. В. и соавтр., 2012).

Важную роль играет психологическая сторона вопроса. Ситуация болезни является стрессогенной и оказывает влияние на привычный уклад

жизни человека. Напряжение, которое вступает в борьбу с адаптационными ресурсами человека, требует выработки новых моделей совладающего поведения. В результате у человека формируется внутренняя картина болезни, которая определяет его поведение, относительно его нынешних возможностей. Особенности когнитивной переработки и эмоциональные переживания определяются индивидуально-типологическими особенностями личности. Размышляя о своем заболевании, опираясь на имеющуюся информацию, человек оценивает собственную жизненную перспективу и качество жизни в условии болезни. Особая позиция по отношению к своему заболеванию детерминирует определенный тип поведения.

Таким образом, комплаенс необходимо рассматривать как сложный динамический клинико-психологический феномен, включающий в себя сенсорно-эмоциональный, логический и поведенческий компоненты (Шестопалова Л. Ф., Лесная Н. Н., 2011).

1.5 Психокоррекционные подходы в работе с больными ИБС

В качестве способа оптимизации оказания помощи больным ИБС можно предложить координацию совместных усилий врачей и психологов в профилактических и реабилитационных мероприятиях. Считается, что абсолютное большинство больных кардиологического профиля нуждается в психокоррекционных и психотерапевтических воздействиях.

Психологическое сопровождение больных ИБС имеет место на протяжении всего течения заболевания. К числу основных задач можно отнести как профилактику развития ИБС, так и работу с пациентами в до и послеоперационный периоды. Согласно Российским рекомендациям по диагностике и лечению стабильной стенокардии (2004), основными целями

лечения ИБС являются – достижение улучшения прогноза заболевания и повышение качества жизни.

Под психологической коррекцией понимается деятельность психолога по исправлению (корректировке) тех психологических особенностей, которые отклоняются от общепринятой нормы (Гриншпун И.Б.,2004). Идеология коррекции имеет свои преимущества перед другими видами деятельности психолога: коррекция опирается на личностные достижения, которые реально есть у человека, и оно находится в логике его развития; в процессе коррекции психолог побуждает личность к нахождению самостоятельных решений, помогает принять на себя ответственность за собственную жизнь; психологическая коррекция не ставит своей целью активное направленное воздействие на те социальные условия, в которых личность живет, развивается и трудится.

Методы психокоррекции разнообразны и, по большей части, опираются на различные теоретические концепции в психологии. Так, в рамках психоаналитического подхода общая направленность терапии - помочь пациентку выявить неосознаваемые причины тягостных переживаний и болезненных проявлений; за счет их проработки (в различных формах) предполагается возможность контроля и по крайней мере частичного овладения поведением. (Фрейд З., 1917). Психоаналитические концепции при работе с пациентами кардиохирургического направления малоэффективны в условия кратких сроков госпитального лечения. С учетом современной тенденции сокращения сроков пребывания больного в стационаре целесообразным является применение когнитивно – поведенческих методов (Великанов А.А., 2009).

Очень важным моментом является восстановление психологического состояния пациента в послеоперационном периоде, в связи с высоким развитием депрессивных расстройств. Пациент сталкивается с трудностями в

адаптации к привычному ритму жизни. Отмечается, что качество жизни больных, перенесших инфаркт миокарда, снижается под влиянием таких факторов, как постинфарктное ремоделирование сердца, невротизация, выраженность сердечной и коронарной недостаточности (Калюжин В.В. и соавт. 2001).

Связь депрессии с развитием ССЗ, прежде всего ИБС, активно изучается последние годы. При этом депрессия изучается в двух аспектах: непсихическое расстройство, вызванное наличием соматической патологии, но как предиктор самого заболевания и смертности от него, а так же как фактор патогенеза и следствия заболевания. Шинкарева (2002) отмечает, что частота развития новых случаев ИБС в течение 5 лет достоверно выше среди лиц с симптомами депрессии. Более того, отмечено, что особенно возрастает частота депрессии после перенесения ИМ и АКШ. При этом, в подавляющем большинстве случаев депрессия у пациентов с ССЗ своевременно не диагностируется и соответственно, пациенты не получают адекватного лечения. Представляется очень важным и то, что депрессия существенно снижает комплаенс больных – приверженность к соблюдению врачебных назначений и к выполнению различных рекомендаций по лечению, питанию, образу жизни и др. У больных с ИБС распространенность «больших депрессий», установленных по критериям МКБ-10 достигает 20 %, т.е. они появляются у каждого пятого (Погосова Н.В., 2004). Указанные факты обосновывают актуальность психокоррекционных мероприятий для больных ИБС.

Специалисты признают действенность универсальной профилактической модели теоретико-практических представлений, цель которой - максимальное раскрытие системы потенциалов личности больного. Эта система взаимосвязанных элементов, включающих в себя потенциал

разума (интеллектуальный аспект здоровья), потенциал воли (личностных аспект), потенциал чувств (эмоциональный аспект, потенциал тела (физический аспект), общественный потенциал (социальный аспект), креативный потенциал(творческий аспект), духовный потенциал (духовный аспект) (Ананьев В.А.,1998).

Важным этапом в работе с такими пациентами является работа с мотивацией. Здесь взаимодействие с пациентом может осуществляться в техниках психосинтеза через отождествление или разтождествления, или с применением психодрамы, гештальт-терапии. Возможно, эффективной будет работа с ценностями, конструировании новых смыслов с помощью техник рационально – эмотивной терапии Русина Н.А. Предложен и обоснован комплексный метод активной музыкальной психотерапии для кардиологических больных, включающий пение, движение, игру на музыкальных инструментах в сопровождении фортепиано.(Евдокимова Е.А.,2007)

Возвращаясь к специфике наших пациентов, а именно к необходимости осуществления хирургического вмешательства, важно отметить следующие особенности. Большинство таких пациентов находятся во власти тревожных переживаний, напряжения, депрессивных тенденций. Исследования показывают, что отношения кардиохирургических пациентов к оперативному вмешательству связано с его исходом. Выделяются четыре варианта такого отношения: пессимистичный, индифферентный, оптимистичный нереалистичный и оптимистичный реалистичный(Бокерия Л.А. и соавт. 2013).

В послеоперационном периоде важно уделять внимание формированию адекватного отношения больного к здоровью, снятию психоэмоционального напряжения и стресса, связанного с хирургическим вмешательством, а также

формирование оптимистических социальных установок по возвращению к полноценной жизни (Белан И.А., и соавт., 2014). Кроме этого, необходимо осуществлять работу, направленную на формирование дальнейших ориентиров к здоровому образу жизни и следованию предписаниям врачей.

Результаты исследований показывают, что тревожные и депрессивные состояния при СС патологии способствуют повышению частоты СС осложнений. Пациенты с тревожными и депрессивными состояниями имеют сниженную приверженность лечению и выполнению врачебных рекомендаций (Погосова Г.В.,2006).

Негативные эмоциональные состояния больных связаны с более тяжёлым соматическим состоянием и худшим прогнозом заболевания. В связи с этим, по мнению Н.Ю. Кувшиновой психологическая работа с больными ИБС должна быть направлена на снижение уровня тревоги, депрессии, гармонизацию внутренней картины болезни, коррекцию пессимистического объяснительного стиля, являющегося фактором, поддерживающим депрессивное состояние, коррекцию межличностных отношений с формированием возможности построения отношений, основанных на доверии и взаимопонимании (Лазарева Е.Ю., Николаев Е.Л. 2013). При проведении психокоррекционных мероприятий следует учитывать «резистентность» к психокоррекции у лиц с выраженной доминантностью. Для снижения тревожных состояний в настоящее время применяются различные немедикаментозные методы, такие как когнитивно-поведенческая, рациональная психотерапия, релаксационные методики: аутогенная тренировка, дыхательно-релаксационный тренинг, прогрессивная мышечная релаксация, релаксационная методика с использованием биологической обратной связи (Погосова Г.В.,2006).

При планировании психокоррекции у больных ИБС пожилого возраста с тяжестью соматического состояния, сопутствующими психопатологическими проявлениями и выраженностью астении следует исключить применение сложных методик, направленных на изменение установок, убеждений, оценки информации. Целесообразны: эмоциональная поддержка, эмпатия, снижение психологического дискомфорта. В ходе применения психокоррекции для пациентов, перенёсших «внезапное коронарное событие» на фоне неблагоприятных социальных и психологических факторов, целесообразно использование когнитивно-поведенческих методик, направленных на изменение оценки информации, связанной с психотравмирующими факторами в целях снижения их патогенного влияния. Для лечения больных ИБС с выраженными показателями тревожности в комплекс психокоррекционных мероприятий должны быть включены когнитивно-поведенческие методы коррекции тревоги. У больных ИБС с наличием депрессивных состояний, пациентов с сопутствующими проявлениями психопатологической симптоматики целесообразно применение элементов когнитивной психокоррекции и элементов поведенческой терапии (релаксационные методики). Для больных ИБС с наименее выраженными эмоционально-негативными состояниями психологические мероприятия должны включать эмоциональную поддержку, предоставление возможности выразить чувства, связанные с ситуацией болезни и госпитализации; профилактику формирования эмоционально-негативных состояний в дальнейшем (Великанов А.А. и соавт 2014).

При психокоррекционных мероприятиях для больных ИБС важен учёт клинической формы заболевания и сопутствующих особенностей психоэмоциональной сферы, в частности проявлений стеничности (агрессии,

напряжения) у больных с инфарктом миокарда, или тревожно-депрессивных проявлений у больных с нестабильной стенокардией.

Дополнение краткосрочной стратегической терапией основного лечения у больных с инфарктом миокарда с высоким уровнем воспринимаемого стресса благоприятно влияет на течение заболевания (Раковская Я.М., 2015).

Таким образом, основное направление психокоррекционных мероприятий, при работе с больными ИБС, ориентировано на снижение уровня тревоги, депрессии, гармонизацию внутренней картины болезни, коррекцию пессимистического объяснительного стиля, являющегося фактором, поддерживающим депрессивное состояние, коррекцию межличностных отношений с формированием возможности построения отношений, основанных на доверии и взаимопонимании. Наиболее проблемные стороны КЖ требуют подробного анализа и разъяснения возможностей решения.

1.6 Проблема мотивации к лечению и реабилитации у больных ИБС

Впервые термин «мотивация» употребил А.Шопенгауэр в статье «Четыре принципа достаточной причины», после чего это широкое понятие стало предметом изучения многих представителей психологической науки. (Ильин Е.П., 2011) Многие отечественные и зарубежные авторы по-своему описывают эту важную составляющую личностного функционирования. Так, С.Л.Рубинштейн понимал под мотивацией опосредованную процессом ее отражения субъективную детерминацию поведения человека миром. (Рубинштейн С.Л., 2002). Через мотивацию человек включен в контекст действительности, она имеет активное, стимулирующее значение в процессе деятельности. Другой отечественный психолог - Е.П.Ильин делает акцент на

том, что мотивация является динамическим процессом, который является основанием поступка. (Ильин Е.П., 2011)

Большинство специалистов сходятся во мнении, что мотивация представляет собой систему устойчивых мотивов, определяющих поведение, а также избирательность отношений данного человека к другим людям и различным проблемам (Леонтьев А.Н., 1990, Хекхаузен Х.,1986).

Большой вклад в развитие учения о мотивации внес психолог Абрахам Маслоу. Базис мотивации по Маслоу составляет пять базовых потребностей, которые удовлетворяются индивидом в иерархическом порядке: 1) физиологические потребности, 2) потребности в безопасности, 3) социальные потребности, 4) потребность в уважении, признании, 5) потребность в самореализации личностном росте. Маслоу сделал такой вывод, что потребности более низкого уровня действуют у всех людей в равной степени, а более высокие в различной мере. По этой причине как раз высшие потребности в большей степени дифференцируют индивидов. В это же время, чем более высокий уровень потребностей, тем более важна роль самого индивида в их сознательном образовании. Индивид движимый потребностями, в свою очередь создает их содержание. Актуальность всех нужд осуществляется циклически (Маслоу А., 1970).

Мотивация – это широкое понятие, которое определяется не ситуационным проявлениями, а устойчивыми тенденциям деятельности и общения. Мотивы могут быть осознанными, связанными с выдвиганием сознательных целей, и неосознанными - в виде готовности к определенной деятельности, к определенным поступкам. Мотивация - это не только направленность поведения в плане достижения цели, но и его интенсивность (объем усилий, инвестируемых в поведение) и персистентность (упорство и настойчивость) в достижении цели. (Eysenk M.W.,2000).

В современной психологии регуляция рассматривается как сознательное управление собственными психическими процессами и поведением, при этом подчеркивается ее интегрирующая роль в организации психической деятельности. Мотивация занимает ведущее место в структуре личности и является одним из ключевых понятий, используемых для объяснения движущих сил поведения и деятельности (Леонтьев Д.А., 2004).

Применительно к системе здравоохранения проблема мотивации рассматривается в двух основных направлениях: мотивация пациентов к лечению (Колпаков Я.В., 2010, Лебедева Н.О., 2006) и трудовая мотивация медицинских работников (Асеев В.Г., 1976, Тайц А.Б., 2014. Татарников М.А., 2007). Мотивация к лечению - это сознательное стремление пациента к выздоровлению, готовность следовать врачебным рекомендациям, выполнять необходимые лечебно-профилактические действия, соблюдать режим терапии для улучшения самочувствия.

Как уже указывалось выше, мотивация является элементом личностной структуры и связана с ценностными ориентациями личности. В ситуации заболевания у пациента формируется так называемая внутренняя картина болезни, которая определяет установки больного на начало и продолжение лечения. Это вся сумма ощущений, переживаний, представлений, связанных с заболеванием. В структуре внутренней картины болезни Лурия выделяет 4 компонента: сенситивный, отражающий локальные боли и расстройства; эмоциональный (переживания по поводу заболевания); рациональный (представления о болезни) и мотивационный, или волевой, связанный с сознательными целенаправленными действиями по преодолению болезни (Карвасарский Б.Д., 2004). В случае, когда пациенты убеждены в том, соблюдать назначенное

врачом лечение в их собственных интересах, можно с уверенностью сказать, что их мотивация к лечению будет высока (Штрахова А.В., 2011)

У людей с хроническими соматическими заболеваниями происходят изменения в мотивационно-поведенческой сфере. Заболевание приносит физические и душевные страдания, содержит угрозу благополучию человека (Burns T., 2007). Возникают новые мотивы деятельности, однако болезнь препятствует достижению многих целей, существовавших ранее и определявших поведение личности, в связи с этим происходит замена старых целей на более оптимальные (McDonald H.P., Garg A.X.,2002).

При реализации психокоррекционных мероприятий, мотивы стоит рассматривать с опорой на ведущую деятельность и содержание мотивов ее составляющих, а так же ценностно-смысловые образования личности в ситуации болезни (Николаева В.В.,1987). С точки зрения определения содержания и «мишеней» психологических интервенций сама мотивация рассматривается как детерминирующее средство достижения податливости к лечению посредством стратегий изменения восприятия больным его заболевания, формирования адекватных для ситуации болезни убеждений и поведения, что в целом можно рассматривать как работу по формированию адекватной мотивации к лечению (Николаева В.В.,1987).

Считается, что низкая мотивация к лечению является главной причиной уменьшения выраженности терапевтического эффекта, существенно повышает вероятность развития осложнений основного заболевания, ведет к снижению качества жизни больных и увеличению затрат на лечение (Мамленкова Е.А.,2010).

Таким образом, мотивационная сфера является сложным динамическим образованием, которое меняется в течение жизни, и является важным показателем сложившейся личности, способным влиять на поведение

человека, в том числе в ситуации изменяющегося образа жизни при соматических заболеваниях. Успех лечения во многом связан с мотивацией пациента. Учет мотивационных факторов позволяет оптимизировать процесс лечения, создать модель партнерства между врачом и пациентом, оказывает положительное влияние на продолжение лечения. Проблема мотивации к лечению требует дальнейшего изучения и разработки диагностического инструментария для возможности ее измерения с целью поиска способов изменения стратегии поведения пациентов в условиях болезни.

Глава 2. Материал и методы исследования

2.1. Материал исследования

Всего было обследовано 45 пациентов (мужчины и женщины) с ИБС в период стационарного лечения перед операцией КШ. Средний возраст обследованных больных составил $62,49 \pm 8,89$ года.

В ходе исследования, были сформированы группы сравнения в зависимости от пола, а также в зависимости от участия в психокоррекционной программе. Кроме того, было выполнено дополнительное исследование мотивации к участию в лечебно- реабилитационных мероприятиях. В зависимости от пола выделены 2 группы сравнения (группа №1 м=36 (75,5 %) , №2 ж=9 (24,5 %). Средний возраст обследуемых 1ой группы – 61,61 года; 2ой группы – 66 лет.

Данные об уровне образования и о семейном положении представлены в таблице 1:

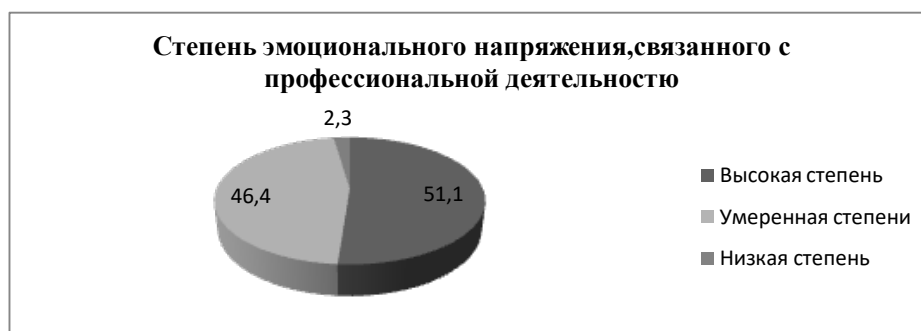
Таблица 1

Уровень образования и семейное положения	1 группа N= 36		2 группа N= 9		В целом по группам N=45	
	N	%	N	%	N	%
Образование среднее	10	27,8%	0	0 %	10	22,2
Образование среднее специальное	8	22,2%	4	44,4%	12	26,6
Образование высшее	18	50 %	5	55,6%	23	51,1

Семейное положение: состоит в браке	30	83,3%	3	33,4%	33	73,3
Семейное положение: в браке не состоит	6	16,7 %	6	66,6%	12	26,7

Степень эмоционального напряжения, связанного с характером профессиональной деятельности (если не работает, то на последнем месте работы) у 21 (46,6 %) человека умеренная степень, у 23 человек (51,1 %) – высокая степень, у 1 человека (2,3 %) – низкая степень. (рис.1)

Рисунок 1



При этом, характер труда у 53,3 % обследуемых – физическая работа, у 33,3 % - интеллектуальная работа, общение с людьми – 15,5 % в целом по обеим группам.

Согласно клиническим данным в анамнезе у 66,6 % пациентов в анамнезе присутствует инфаркт миокарда. Процент пациентов с диагнозом ИБС, стабильная стенокардия составил 37,7 % (17 пациентов), у 13 пациентов (28,9%) поставлен диагноз ИБС, нестабильная стенокардия.

Получены следующие данные по наличию сопутствующей патологии в обследованных группах. Данные указаны в таблице 2.

Таблица 2.

Сопутствующая патология у больных с ИБС.

Сопутствующая патология	В целом по группе N=45	
	N	%
Ожирение	5	11
Диабет	10	22
Онкология	0	0
Гипертоническая болезнь	25	55

Как показано в таблице 2, наиболее часто встречающаяся сопутствующая патология у пациентов с ИБС – ГБ (55 %).

Также, было выполнено сравнительное исследование в зависимости от участия в психокоррекции. Здесь также было выделено 2 группы: 1 группа – экспериментальная (15 человек) - пациенты с диагнозом ИБС перед операцией АКШ, с которыми была проведена психологическая коррекция; 2 группа - контрольная (30 человек) – пациенты с диагнозом ИБС в дооперационном периоде, с которыми не проводилась психокоррекция. Работа с каждым пациентом из 1ой группы осуществлялась в течение трёх встреч. На первой встрече устанавливался контакт с больным, проводилась беседа в рамках клинико-психологического метода исследования, с целью выявления актуальных эмоциональных переживаний, предоставлялась информационная брошюра. На второй встрече осуществлялась психокоррекционная работа: с использованием когнитивных методов прорабатывались острые эмоциональные переживания, выявлялся уровень усвоения информационной брошюры. На третьей встрече проводилось экспериментально-психологическое обследование.

Кроме этого, было дополнительно выполнено пилотажное (экспресс-исследование мотивации) в котором приняло участие 124 человека с диагнозом ИБС. В этом исследовании приняли участие не только пациенты, ожидающие операцию КШ, но и те, кто уже перенес хирургическое вмешательство, или кто ожидает его. Средний возраст пациентов составил 56,8 лет (от 37 до 70). В группе обследуемых 25 % женщины (31 человек) и 75 % мужчин (93 человека).

Из 124-х пациентов, 75 представили свои контактные данные. Однако, в последующем, когда с ними связались специалисты, лишь 6 человек (из 75 согласившихся и 124-х опрошенных) подтвердили согласие.

Для проведения настоящего исследования нами был разработан психодиагностический инструмент — анкета, включающая 4 блока: 1- общий уровень мотивации, 2- общий уровень осведомленности, 3- негативная мотивация («мотивация отказа» от участия в программе), 4 — мотивирующие факторы. Каждый блок состоит из 7 вопросов, ответы на которые можно выбрать из четырех представленных вариантов. В конце анкеты пациентам предлагается оставить контактные данные для участия в дистанционной консультативной программе амбулаторной кардиореабилитации и вторичной профилактики ИБС. Этот вопрос, на который пациентам предлагалось ответить согласием или несогласием, являлся основой для разделения пациентов, принимающих участие в исследовании на две группы: (1-я группа – согласившиеся (75 человек) и 2-я - отказавшиеся, соответственно (49 человек).

Исследование проведено в соответствии с Европейской конвенцией об участии в исследованиях и действующим законодательством РФ.

2.2 Психодиагностические методы

2.2.1 Клинико – психологический метод

В ходе проведения исследования применялся клинико-психологический метод, который включал в себя метод наблюдения и беседу. Такой метод позволяет изучать не только болезнь, но и самого больного. Беседа предшествовала инструментальному обследованию, и одной из основных задач её применения являлось формирование у обследуемого адекватного отношения к психодиагностической процедуре. Кроме того, такой метод был направлен на получение сведений информационно-познавательного характера. В ходе проведения беседы уточнялись данные, необходимые для получения информации, как о настоящем пациента, так и о его прошлом.

С целью повышения информативности данного метода была разработана анкета, которая включала в себя следующие блоки: социально-демографические параметры, клинические данные, психологические сведения.

По итогам беседы регистрировались общие сведения о больном, а также клинические и психологические данные. В ходе общения с пациентом задавались вопросы, целью которых было изучение особенностей личности (до заболевания и на настоящий момент), оценка происходящих изменений, оценка самочувствия, работоспособности. Уточнялись какие-либо жалобы в настоящий момент, как на физическое самочувствие, так и на психологическое. Собирались сведения, касаемые социальной ситуации в жизни пациента (взаимодействие с окружающими, с родственниками, друзьями, коллегами).

Общие данные включали вопросы о возрасте, образовании, семейном положении, профессиональной деятельности. При этом уточнялась степень удовлетворенности различными сторонами жизни. Большое значение имела

информация, полученная о длительности заболевания, его тяжести и отношении больного к своей болезни.

Психологические данные включали информацию о личностных особенностях пациента, особенностях эмоционального состояния в настоящее время и на протяжении заболевания. Также выяснялось отношение пациента к своему заболеванию, к предстоящей операции.

После сбора анамнестических данных с пациентов проводилась коррекционная беседа, целью которой являлось снятие эмоционального напряжения у пациента, просветительская работа относительно аутогенных тренировок, особенностей образа жизни больных ИБС (питание, режима труда и отдыха, физические нагрузки). По результатам такой беседы пациентам предоставлялась памятка для самостоятельного изучения вышеперечисленных категорий.

Клинико-психологический метод интегрирует всю доступную информацию, относящуюся к генезу личности больного и патологических явлений (Вассерман Л. И., 2011).

2.2.2 Экспериментально-психологический метод

Опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL – 90 – R.

Шкала SCL – 90 – R содержит 90 пунктов, и предназначена для оценки паттернов психологических признаков у психиатрических пациентов и здоровых лиц. Первоначальная версия шкалы, предложенная Дерогатисом и его коллегами (Derogatis, Lipman and Covi, 1973) на основании клинической практики и психометрического анализа, затем была модифицирована и валидизирована в настоящем варианте (Derogatis, Rickels and Rock, 1976). Каждый из 90 вопросов, включённых в данную методику, оценивается по пятибальной шкале (от 0 до 4), где 0 – соответствует позиция «совсем нет», а

4 – «очень сильно». Ответы на 90 пунктов подсчитываются и интерпретируются по 9 основным шкалам симптоматических расстройств и по 3 обобщённым шкалам второго порядка. Основные шкалы симптоматических расстройств: соматизации – Somatization (SOM), обсессивности-компульсивности – Obsessive-Compulsive (O-C), межличностной сенситивности – Interpersonal sensitivity (INT), депрессии – Depression (DEP), тревожности – Anxiety (ANX), враждебности – Hostility (HOS), фобической тревожности – Phobic Anxiety (PHOB), паранойяльных тенденций – Paranoid Ideation (PAR), психотизма – Psychoticism (PSY). Шкалы второго порядка: общий индекс тяжести симптомов (GSI), индекс наличного симптоматического дистресса (PTSD), общее число утвердительных ответов (PST). Индексы второго порядка предложены для того, чтобы более гибко оценивать психопатологический статус пациента. В методику также включена шкала дополнительных вопросов, выявляющих признаки, которые не попадают ни под одно определение симптоматических расстройств, но являются клинически важными (Тарабрина Н.В., 2001).

Интегративный тест тревожности.

Интегративный тест тревожности (ИТТ) является оригинальным опросником для психологической диагностики эмоционально – личностных свойств испытуемых и оценкой их степени выраженности на основе психометрических характеристик.

Полученные в результате контент – анализа и экспертных оценок содержательные характеристики тревожности переформулировались таким образом, чтобы их можно было использовать в качестве стимульного материала – пунктов опросника: они задаются от первого лица и звучат максимально кратко. В соответствии с теоретической и эмпирической

целесообразностью рассматривать тревогу как состояние и как личностно – типологическое свойство, испытуемому предлагаются два варианта инструкции к шкалам ИТТ: первый ориентирует его на оценку своего состояния на текущий момент, второй – на оценку своего состояния на протяжении относительно длительного времени. В первом случае – варианты ответов ориентированы на степень выраженности признака («Совсем нет», «Слабо выражено», «Выражено», «Очень выражено»), во втором случае на частоту встречаемости («Почти никогда», «Редко», «Часто», «Почти всё время»). Таким образом, представлено две шкалы методики: «Ситуативная тревожность» и «Личностная тревожность». В структуре 15 признаков, входящих в каждую шкалу, было выделено 5 факторов, интерпретируемых в качестве вспомогательных шкал: «эмоциональный дискомфорт» (ЭД) – снижение эмоционального фона, неудовлетворённость жизненной ситуацией, эмоциональная напряжённость; «астенический компонент тревожности» (АСТ) – усталость, вялость, пассивность, утомляемость; «фобический компонент» (ФОБ) – ощущения непонятной угрозы, неуверенности в себе; «тревожная оценка перспективы» (ОП) – проекция страхов не на текущее положение дел, а в перспективу; «социальная защита» (СЗ) – основные проявления тревожности в сфере социальных контактов. Показатели вспомогательных шкал и показатели общей тревожности – переводятся в станайны (Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., 1997).

Опросник «Способы совладающего поведения» (ССП).

С. Фолкман (S. Folkman), Р. Лазарус (R. Lazarus). Адаптация Л. И. Вассермана, Е. А. Трифионовой. Концептуальная основа опросника определяется трансактной моделью адаптации к стрессу R. Lazarus. Опросник включает 50 наиболее информативных пунктов, каждый из которых отражает

определенный способ поведения в трудной или проблемной ситуации. Утверждения оцениваются испытуемым по 4-балльной шкале в зависимости от частоты использования описываемой стратегии («никогда», «редко», «иногда», «часто») поведения и объединены в 8 шкал, соответствующих след. способам преодоления стресса: 1) Конфронтация. Разрешение проблемы за счет не всегда целенаправленной поведенческой активности, осуществления конкретных действий. Часто стратегия конфронтации рассматривается как неадаптивная, однако при умеренном использовании она обеспечивает способность личности к сопротивлению трудностям, энергичность и предприимчивость при разрешении проблемных ситуаций, умение отстаивать собственные интересы; 2) Дистанцирование. Преодоление негативных переживаний в связи с проблемой за счет субъективного снижения ее значимости и степени эмоциональной вовлеченности в нее. Характерно использование интеллектуальных приемов рационализации, переключения внимания, отстранения, юмора, обесценивания и т. П.; 3) Самоконтроль. Преодоление негативных переживаний в связи с проблемой за счет целенаправленного подавления и сдерживания эмоций, минимизации их влияния на восприятие ситуации и выбор стратегии поведения, высокий контроль поведения, стремление к самообладанию; 4) Поиск социальной поддержки. Разрешение проблемы за счет привлечения внешних (социальных) ресурсов, поиска информационной, эмоциональной и действенной поддержки. Характерны ориентированность на взаимодействие с др. людьми, ожидание поддержки, внимания, совета, сочувствия, конкретной действенной помощи; 5) Принятие ответственности. Признание субъектом своей роли в возникновении проблемы и ответственности за ее решение, в ряде случаев с отчетливым компонентом самокритики и самообвинения. Выраженность данной стратегии в поведении может приводить к

неоправданной самокритике и самобичеванию, переживанию чувства вины и хронической неудовлетворенности собой; 6) Бегство-избегание. Преодоление личностью негативных переживаний в связи с трудностями за счет реагирования по типу уклонения: отрицания проблемы, фантазирования, неоправданных ожиданий, отвлечения и т. П. При отчетливом предпочтении стратегии избегания могут наблюдаться инфантильные формы поведения в стрессовых ситуациях; 7) Планирование решения проблемы. Преодоление проблемы за счет целенаправленного анализа ситуации и возможных вариантов поведения, выработки стратегии разрешения проблемы, планирования собственных действий с учетом объективных условий, прошлого опыта и имеющихся ресурсов; 8) Положительная переоценка. Преодоление негативных переживаний в связи с проблемой за счет ее положительного переосмысления, рассмотрения ее как стимула для личностного роста. Характерна ориентированность на надличностное, философское осмысление проблемной ситуации, включение ее в более широкий контекст работы личности над саморазвитием. Адаптация и стандартизация опросника «Способы совладающего поведения» на российской выборке была проведена в лаборатории клинической психологии ин-та им. В. М. Бехтерева. Разработаны алгоритмы перевода «сырых» показателей в стандартные Т-баллы отдельно для мужчин и женщин в возрастных группах до 20 лет, 21-30 лет, 31-45 лет и 46-60 лет. Степень предпочтительности для респондента стратегии совладания со стрессом определяется как: а) редкое использование соответствующей стратегии; б) умеренное использование; в) выраженное предпочтение соответствующей стратегии. В целом методика доказала высокую эффективность как адекватный инструмент исследования особенностей поведения личности в проблемных и трудных ситуации, выявления характерных способов

преодоления стрессогенных ситуаций у разных контингентов испытуемых (здоровых и больных), в т. Ч. В связи с задачами выявления факторов риска психической дезадаптации в стрессовых условиях. (Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А., 2010)

Тест-опросник «Большая пятерка»

Тест-опросник «Большая пятерка» (BIG V) направлен на выявление индивидуально-психологических особенностей и структуры личности. Теоретической основой его разработки послужила «пятифакторная модель личности» Л. Голдберга, который на основе анализа кросскультуральных исследований пришел к выводу о существовании пяти глобальных (универсальных и высоко обобщенных) факторов, отражающих личностные и поведенческие характеристики людей, а также о существовании в различных культурах слов (лексики) для их обозначения. В своей работе «Исследование универсальных личностных черт» Л. Голдберг впервые ввел термин «Большая пятерка» (Big Five), при этом слово Большая указывает на то, что каждый из пяти факторов включает большое количество отдельных черт личности (Первин Л., Джон О., 2000). Разработанная методика BIG V направлена на выявление выделенных пяти глобальных факторов личности, и, соответственно, включает пять биполярных шкал (названия шкал соответствуют полюсу высоких значений).

1. Шкала «Экстраверсия» измеряет широту и интенсивность межличностных контактов, уровень активности, оптимизма, потребность во внешней стимуляции, эмоциональную откликаемость.

2. Шкала «Самосознание» измеряет степень организованности, дисциплинированности, целеустремленности, требовательности к себе, аккуратности, а также – настойчивости и честности.

3. Шкала «Сотрудничество» отражает качество межличностных контактов, характер отношения человека к другим людям в континууме от готовности к сотрудничеству, доброжелательности, открытости, доверия, теплоты до враждебности, циничности, манипулятивности.

4. Шкала «Эмоциональная стабильность» измеряет степень эмоциональной возбудимости, неустойчивости, фрустрационной толерантности (подверженности внешним и внутренним «сбивающим факторам»), тревожности (нейротизма) а также степень уверенности в себе.

5. Шкала «Личностные ресурсы» отражает наличие (отсутствие) стремления к самосовершенствованию, поиску нового опыта, широту интересов, оригинальность подходов к решению обычных жизненных задач, богатство воображения, т.е. в широком смысле – креативность личности.

Тест-опросник BIG V адаптирован (с получением нормативных значений на отечественной выборке) Д.П. Яничевым (2006); автором также обозначены диапазоны значений шкальных оценок (низкое, ниже среднего, среднее и т.д.). Это позволило в настоящем исследовании сравнивать результаты женщин, обратившихся за косметологической помощью, с нормативными данными и делать заключение о преобладающих особенностях в структуре их личности (на основании анализа «профиля» личности). (Первин Л., Джон О., 2001)

2.3. Психокоррекционные методы

2.3.1. Информирование

С целью информирования пациентов была создана памятка, которая включала в себя информацию относительно медицинских рекомендаций (особенности питания, физической нагрузки) пациентам с ИБС, а также блок по психологическому просвещению по способам снятия эмоционального напряжения. В частности, пациентам предлагалось изучить и попробовать на

практике метод аутогенной тренировки (по Шульцу), релаксацию по Джекобсону, а также способы регуляции состояния эмоционального напряжения посредством самонаблюдения и самоинструктирования. (Прохоров А.О., 2004)

2.3.2. Индивидуализированная психокоррекционная беседа

В работе с экспериментальной группой всего проводилось 3 встречи. С каждым больным этой группы была проведена коррекционная беседа с использованием когнитивных методов работы, для выявления и коррекция дезадаптивных убеждений (Бек А. и соавт., 2002) . На первой встрече осуществлялось знакомство с больным и применялся клинико-психологический метод (беседа) с целью выявления актуальных эмоциональных переживаний. После чего пациентами предоставлялась информационная брошюра, изучение которой включало как совместную работу психолога и пациента, так и самостоятельного изучение самого больного. На второй встрече непосредственно проводилась психокоррекционная работа: выявление уровня усвоения информационного материала, осуществление коррекции психоэмоциональных состояний. На третьей встрече проводилось экспериментально - психологическое обследование.

2.4 Методы обработки данных

Учитывая то, что исследование проводилось в условия краткосрочного стационарного пребывания пациентов, ожидающих операцию АКШ, на первом этапе посредством клинико-психологического метода (беседы) выявлялись актуальные эмоциональные переживания больных. Далее были подобраны методики для выявления психоэмоциональных особенностей, тревоги, копинг-стратегий, личностных особенностей.

С учетом значимости принципа личностного подхода в психологии (Мясищев В.Н., 1960; Рубинштейн С.Л., 1989), изучались также личностные характеристики.

Для обработки данных исследования использовались методы математической статистики: анализ описательных статистик, частотный анализ, выявление достоверности различий, корреляционный и кластерный анализ.

Определение статистическое достоверности различий в характере распределения признаков осуществлялся с помощью непараметрического U-критерия Манна-Уитни. Выявление взаимосвязи между показателями, полученными в ходе психодиагностического исследования проводилось с помощью расчета коэффициента ранговой корреляции Спирмена. С целью выделения групп пациентов был применен кластерный анализ. На этапе обработки результатов исследования был использован пакет прикладных программ статистической обработки данных «SAS» (Наследов А.Д., 2011)

Глава 3. Описание результатов

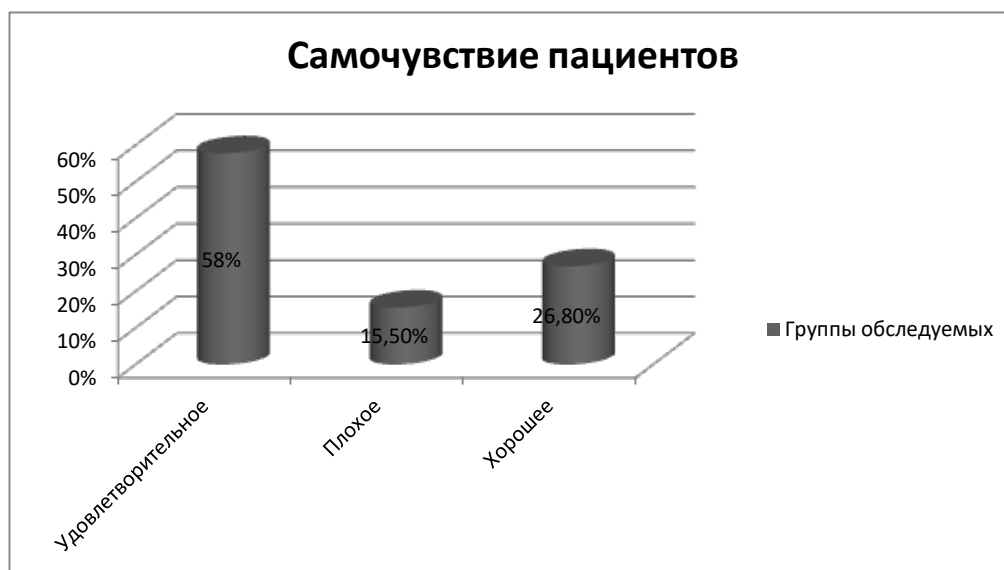
3.1 Результаты исследования клинико- психологических характеристик

В ходе исследования был проанализирован ряд клинико-психологических характеристик у всей группы больных (N=45).

В частности, учитывался такой показатель, как специфика отношения больного к обследованию. Так, в целом по группа обследуемых, у 66,6 % обследуемых наблюдалось положительное отношение к обследованию. В 33,4 % случаев обследуемые, продемонстрировали формальное отношение к обследованию, в сочетании с настороженностью к процедуре.

Свое самочувствие обследуемые оценивают как удовлетворительное (57,7 %), плохое (15,5 %), хорошее (26,8 %). (рис.2)

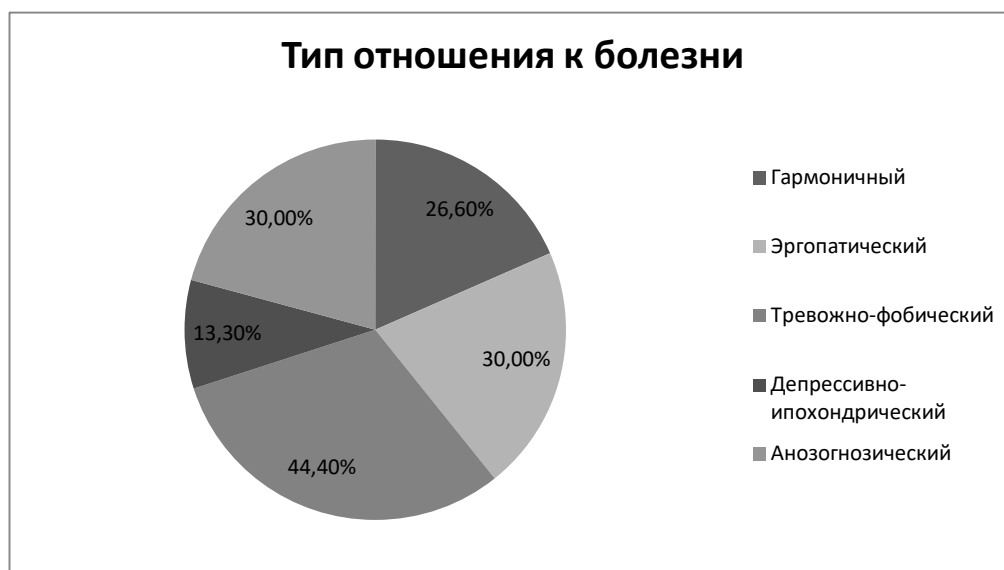
Рисунок 2



При анализе частоты встречаемости различных типов отношения к болезни, получены следующие данные.

В целом по группе обследуемых у 44,4 % выявлены тревожно-фобические реакции. У таких больных наблюдается повышенный уровень тревоги, связанный с текущим заболеванием и предстоящей операцией. Почти у половины обследуемых встречается анозогнозический тип 30 %. У 26,6 % обследуемых выявлен гармоничный тип отношения к болезни, который выражается в активном содействии лечебному и реабилитационному процессу, в адекватном отношении к своему состоянию, без преувеличения или недооценки болезни. У 30 % выявлены черты, свойственные эргопатического типу отношения к болезни. Реже встречаются реакции депрессивно - ипохондрического характера – 13,3 %(рис.3)

Рисунок 3



Таким образом, ведущими типами в отношении к болезни, как в целом по группам, так и по каждой в отдельности выявлены тревожно-фобический эргопатический и анозогнозический типы. Первый, вероятно, связан с

актуальными переживания по поводу предстоящей открытой операции на сердце. Проявления такого типа являются мишенями коррекционной работы с данными пациентами. Эргопатический тип, возможно, связан с наличием более активной социальной позиции; стремлением к активной профессиональной деятельности и «уходу от болезни в работу». Такое поведение приводит к стеничности эмоционального реагирования, что требует проведения психокоррекционной работы. Анозогностические реакции наблюдаются в сочетании с другими и свидетельствуют также о необходимости проведения психокоррекционной работы с такими пациентами.

В структуре клинико-психологического исследование также изучалась частота встречаемости психотравмирующих ситуаций, а также специфика психотравмирующих ситуаций у обследованных больных. Данные о частоте встречаемости психотравмирующих факторов в обследованных группах представлены в таблице 3.

Таблица 3.
Частота встречаемости психотравмирующих ситуаций у больных с ИБС.

Специфика психотравмы	В целом по группам N=45	
	N	%
Актуальная психотравма: острый стресс	15	33,3
Актуальная психотравма: Затяжная патогенная ситуация	4	8,8
Отсутствие актуальной психотравмы	3	6,6
Предшествовал первым проявлениям болезни – острый стресс	8	18,1

Предшествовала первым проявлениям болезни – затяжная патогенная ситуация	12	26,6
Отрицание предшествовавшей психотравмирующей ситуации	3	6,6

Таким образом, как представлено в таблице 3, чаще всего встречается наличие актуальных психотравмирующих обстоятельств. Как правило, пациенты говорят о том, что необходимость проведения операции является для них неожиданным и тревожным фактором. Следующим по частоте параметром является предшествовавшая первым симптомам заболевания затяжная психогенная ситуация, при этом, обследуемые связывали такие ситуации с работой, указывали на хроническое состояние внутренней напряженности.

В ходе анализа клинико-психологических данных были изучены особенности мотивации к лечению. Наиболее часто встречающимися мотивами являются мотивы избавления от физического дискомфорта (46,7 %), «по рекомендации врачей» (33,3%) , а также сохранения активности в семейной и профессиональной сферах (20 %).

По результатам исследования были также проанализированы данные о степени комплаентности пациентов. В данном случае, изучались: регулярность приема лекарств, следование рекомендациям врачей и приверженность лечению в целом. Данные представлены на рисунке 4.



Таким образом, мы видим, что в целом по группе чаще встречаются те, кто демонстрирует высокий уровень комплаентности. Возможно, это связано с тем, что пациенты стремятся произвести лучшее впечатление при работе с психологом.

3.2 Результаты исследования психологических особенностей

3.2.1. Результаты исследования тревожности и психоэмоциональных особенностей

В целом по группе выявлены средние значения по шкалам тревожности опросника ИТТ. Таким образом, средние показатели у всех обследованных пациентов по данному тесту лежат в диапазоне значений от 4 до 7. Тем не менее, выявлены статистически достоверные различия при разделении по половому признаку, а также в зависимости от участия в психокоррекционной программе. Данные различия представлены в следующих соответствующих пунктах.

При исследовании выраженности психопатологической симптоматики по методике SCL – 90 – R у больных ИБС были полученные следующие результаты, представленные в таблице 4.

Таблица 4

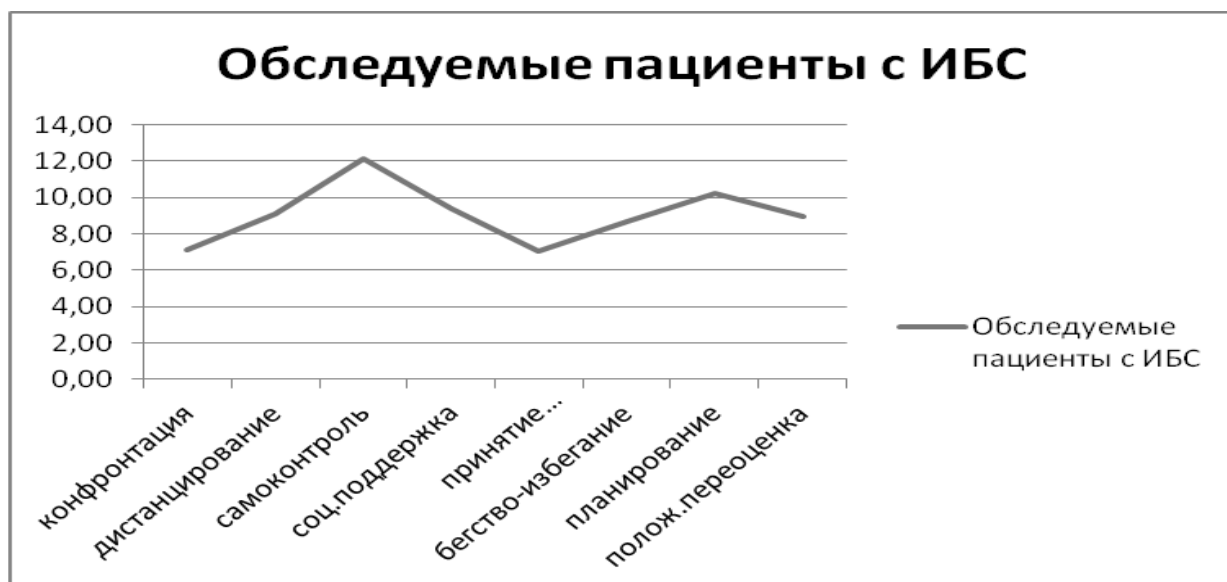
Шкалы (SCL – 90 – R)	В целом по группе N=45
Соматизация	1,13± 0,76
Обсессивность, компульсивность	0,96±0,72
Межличностная сенситивность	0,84±0,66
Депрессивность	0,86±0,76
Тревожность	0,87±0,65
Враждебность	0,65±0,57
Фобические переживания	0,87±0,84
Паранойяльность	0,70±0,76
Психотизм	0,58±0,57

В целом по группе выявлены высокие значения по шкалам соматизации (M=1,13± 0,76), депрессивности (M=0,86±0,76, тревожности M= 0,87±0,65 и фобических переживаний M=0,87±0,84).

3.2.2. Результаты исследования копинг-стратегий

Для выявления ведущих копинг-стратегий в целом по группе был использован копинг-тест. Полученные результаты представлены на рисунке 5.

Рисунок № 5

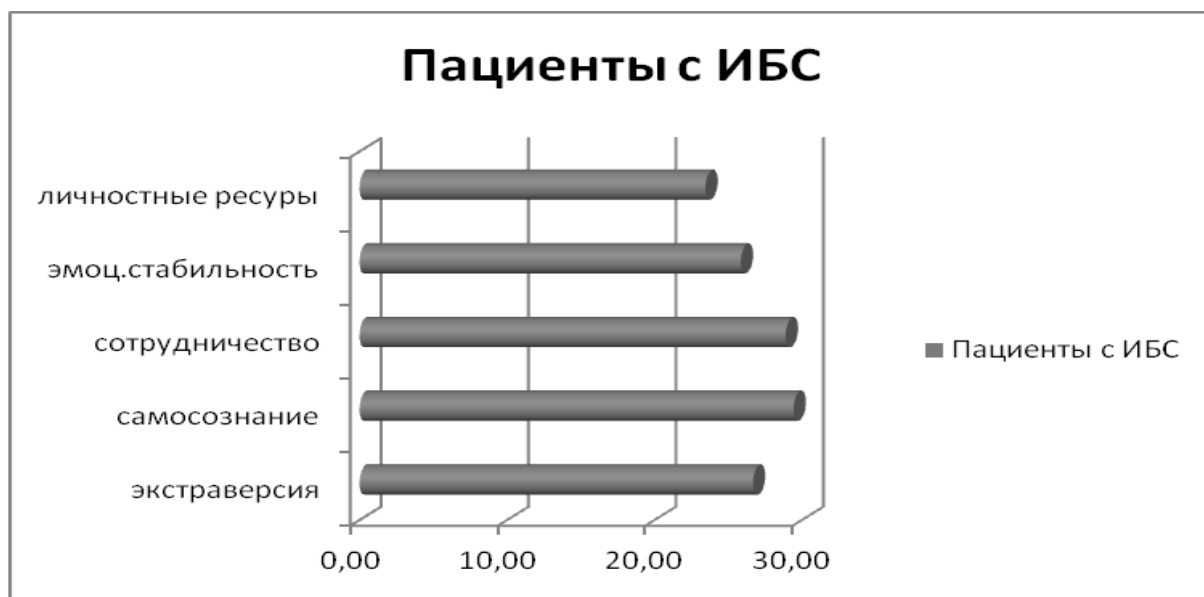


В целом по группе можно выделить ведущие копинг-стратегии: самоконтроль ($M=12,13\pm 3,24$), планирование решения проблемы ($M=10,2\pm 3,96$). Такой выбор способ совпадающего поведения может быть связан с присутствующим поведенческим типом А, который характерен для больных ИБС. Таким пациентам свойственен быстрый ритм жизни, активная жизненная позиция, постоянное стремление развиваться, интернальный локус контроля, высокий уровень самоконтроля. Более того, что настоящей группы испытуемых характерно также планирование в решении проблем, что также подтверждает преобладание рационального подхода к проблемным ситуациям.

3.2.3. Результаты исследования личностных особенностей

Личностные особенности изучались посредством опросника BIG 5. Данные представлены на рисунке 6.

Рисунок № 6



В целом, у обследуемых выделены наиболее выраженные особенности в структуре личности: самосознание ($M=29,4\pm 5,02$), сотрудничество ($M=28,91\pm 5,21$), экстраверсия ($M=26,69\pm 4,40$).

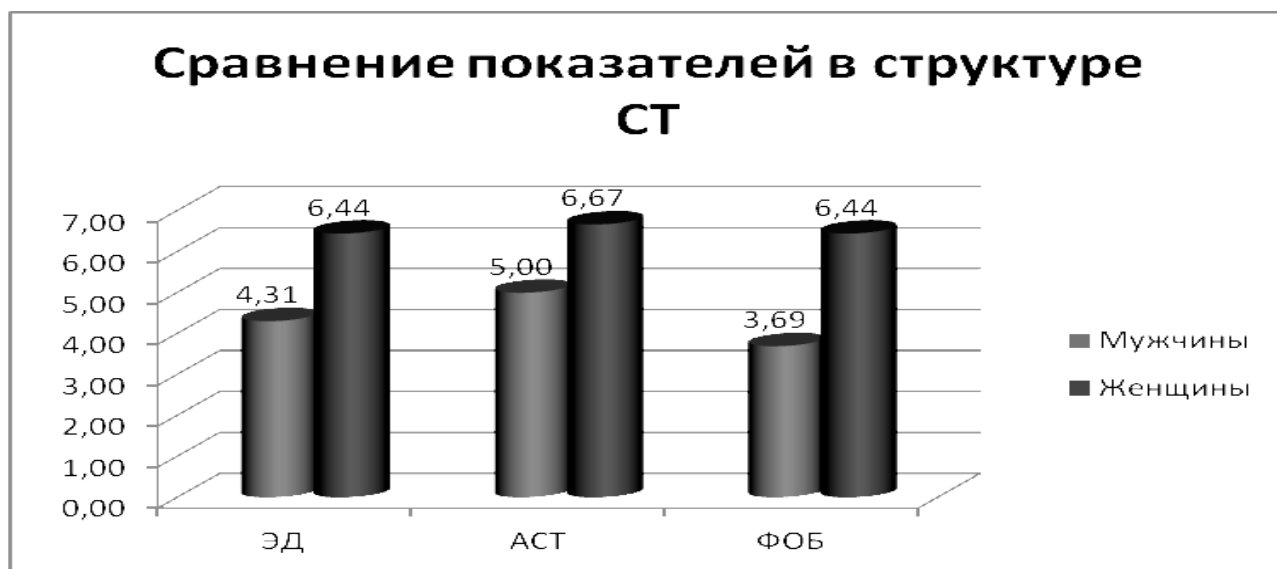
3.3 Сравнительное исследование мужчин и женщин, больных ИБС (в дооперационном периоде)

В структуре клинико-психологических характеристик у женщин в сравнении с мужчинами чаще встречаются депрессивно - ипохондрические реакции на болезнь (44,4 % у женщин, 5,56 % у мужчин), а также тревожно-фобические реакции (77,78% - среди женщин) (36,11% - среди мужчин). Кроме этого, достоверные различия получены по показателю динамики эмоционального фона (колебание настроения): больше выражено у женщин (44,4%), чем у мужчин (13,89%). Среди мужчин (47,22%) чаще встречается

анозогнозические тенденции в отношении заболевания в сравнении с женщинами (11,1%).

В сравнительном исследовании показателей в структуре ситуативной тревожности у мужчин и женщин были выявлены следующие достоверные различия (рисунок 7)

Рисунок № 7



В структуре СТ у 2 группы отмечено повышение всех шкал относительно шкал в 1 группе. Статистически достоверные различия выявлены по шкалам эмоциональный дискомфорт ($M=4,31 \pm 2,24$, $M= 6,44 \pm 1,78$, $p=0,02$), фобический компонент ($M= 3,69 \pm 2,98$, $M= 6,44 \pm 2,03$, $p=0,00$), астенический компонент тревожности ($M=5,00 \pm 1,03$, $M=6,67 \pm 1,96$, $p= 0,04$).

Общий показатель ЛТ у женщины выше, чем у мужчин ($M=4,14 \pm 1,03$, $M=5,78 \pm 1,96$, $p= 0,04$). В структуре ЛТ статистически достоверные различия

выявлены по шкалам: фобические переживания ($M=3,42\pm 1,67$, $M=5,89\pm 1,07$, $p=0,02$), социальная защита ($M=3,89\pm 1,25$, $M=6,00\pm 1,01$, $p=0,03$).

При сравнительном исследовании выраженности психопатологической симптоматики по методике SCL – 90 – R у больных ИБС были получены следующие результаты, представленные в таблице 5.

Таблица № 5

Шкалы (SCL – 90 – R)	1 группа N=36	1 Группа N=9	P=
Соматизация	0,99±2,1	1,72±1,87	0,02
Обсессивность,компульсивность	0,82±1,4	1,52±2,6	0,02
Межличностная сенситивность	0,72±0,2	1,30±1,74	0,02
Депрессивность	0,68±1,2	1,57±2,1	0,00
Тревожность	0,80±1,6	1,13±1,3	0,37
Враждебность	0,52±1,4	1,18±1,06	0,01
Фобической тревожности	0,77±2,1	1,29±1,07	0,10
Паранойяльность	0,69±2,2	0,78±3,2	0,65
Психотизм	0,48±2,1	0,99±2,7	0,09

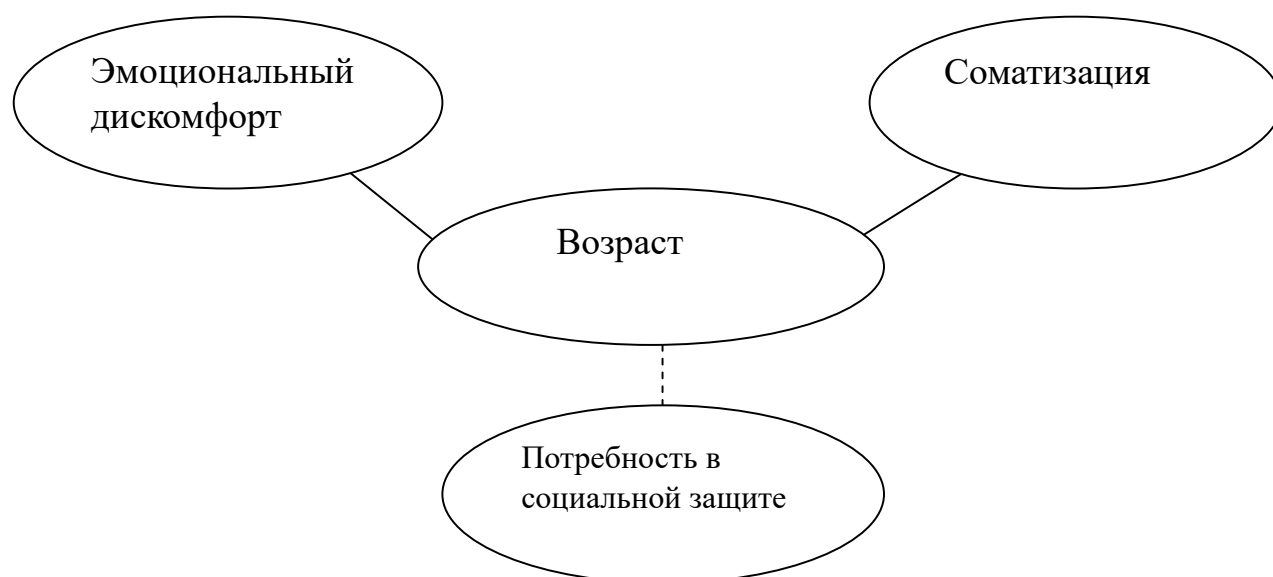
Таким образом, статистически достоверные различия получены по шкалам: соматизация, обсессивность-компульсивность, межличностная сенситивность, депрессивность. По всем вышеперечисленным шкалам у женщин показатели больше, чем у мужчин.

При сравнительном анализе копинг-стратегий среди мужчин и женщин статистически достоверных различий не выявлено.

3.4 Сравнительное исследование по возрасту

В нашем исследовании были проанализированы данные, которые могут быть связаны с возрастными особенностями обследуемых. Выявлены корреляционные связи возраста со значением шкал различных методик. Так, возраст имеет прямые корреляционные связи со значением следующих шкал: эмоциональный дискомфорт в структуре ситуативной тревожности ($r= 0,41$, $p<0,05$), соматизация ($r=0,31$, $p<0,05$). Отрицательная корреляционная связь выявлена со значением шкалы «социальная защита» в структуре личностной тревожности ($r=-0,29$, $p<0,05$). (рис.8)

Рисунок 8

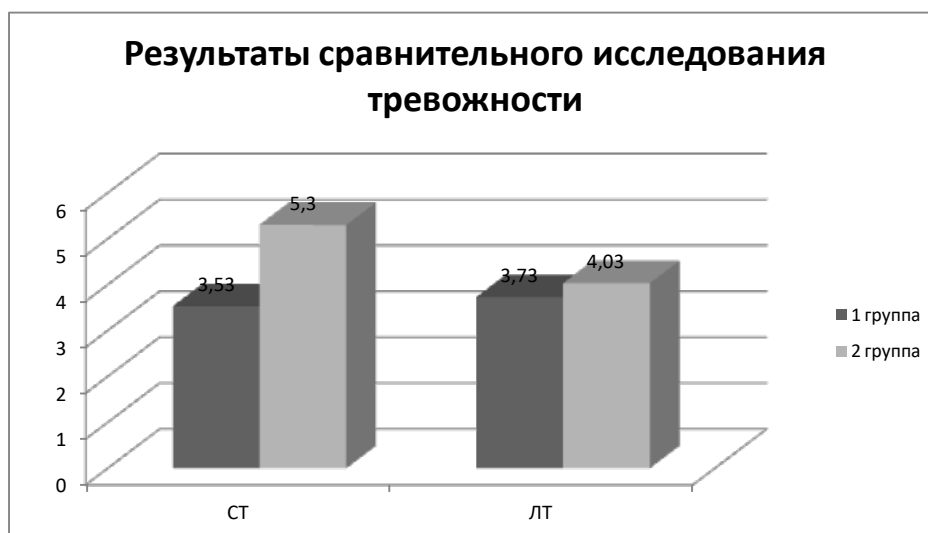


3.5. Сравнительное исследование участвующих и не участвующих в программе психокоррекции

По результатам сравнительного психологического исследования пациентов участвовавших (группа №1) и не участвовавших в психокоррекции (группа №2) были получены следующие данные.

В частности, между 1-й и 2-й группой выявлены статистически достоверные различия по ряду шкал ситуативной (СТ). У пациентов 2 группы (не участвующие в психокоррекции) отмечены более высокие показатели по общему показателю СТ ($M=3,53 \pm 2,27$, $M=5,3 \pm 1,54$). (рис.9).

Рисунок 9



В структуре СТ у 2 группы отмечено повышение всех шкал относительно шкал в 1 группе (участвующие в психокоррекционной

программе). Статистически достоверные различия получены по шкалам эмоциональный дискомфорт ($M=3,33 \pm 2,04$, $M= 5,43 \pm 1,78$), фобический компонент ($M= 2,67 \pm 2,75$, $M= 5,03 \pm 2,03$), (табл.6)

Таблица 6

Шкалы СТ	1 группа N = 15	2 группа N= 30	P
<u>ЭД</u>	<u>3,33± 2,04</u>	<u>5,43 ± 1,78</u>	<u>p<0,01</u>
<u>ФОБ</u>	<u>2,67±2,75</u>	<u>5,03±2,03</u>	<u>p<0,01</u>

При сравнении показателей по другим шкалам достоверных различий между группами обследуемых не выявлено.

При сравнительном исследовании выраженности психопатологической симптоматики по методике SCL – 90 – R у больных ИБС были полученные результаты представленные в таблице 7

Таблица 7

Шкалы (SCL – 90 – R)	1 группа N=15	2 группа N=15
Соматизация	0,9± 0,78	1,52±0,46
Обсессивность,компульсивность	0,37±0,5	1,26±0,32*
Межличностная сенситивность	0,32±0,53	1,23±0,59
Депрессивность	0,36±0,5	1,18±0,6
Тревожность	0,5±0,34	1,06±0,5
Враждебность	0,26±0,5	0,94±0,41
Фобической тревожности	0,26±0,7	1,18±0,54*
Паранойяльность	0,19±0,15	0,95±0,73
Психотизм	0,15±0,4	0,93±0,53

* $p < 0,5$

Таким образом, при анализе результатов 1 группы и 2 группы выявлено, что у больных 1 группы показатели по шкалам меньше, чем у больных 2 группы. Наибольшие различия получены по шкалам обсессивность-компульсивность ($M = 0,37 \pm 0,5$, $M = 1,26 \pm 0,32$), фобическая тревожность ($M = 0,26 \pm 0,7$, $M = 1,18 \pm 0,54$).

В ходе проведения кластерного анализа, среди обследуемых были выделены 2 группы пациентов (два «кластера»).

1) Первый кластер составила группа больных, перенесших ИМ. Характерными особенностями для этой группы являются: стабильная стенокардия, предшествующая болезни психотравмирующая ситуация, умеренная степень напряжения на работе, характер труда – физический труд, сниженное настроение на момент обследования, отягощенная

наследственность, удовлетворительное самочувствие на момент обследования, хорошие отношения в семье, наличие хобби, положительное отношение к обследованию. Также, пациенты в этой группе состоят в браке и работают.

2) Второй кластер составили пациенты, в анамнезе которых не было ИМ. Для них характерно: наличие нестабильной стенокардии, плохое самочувствие, нейтральные отношения в семье, актуальная психотравмирующая ситуация, формальное отношение к обследованию, наличие вредных привычек (табакокурение, алкоголь), нарушение сна, депрессивно - ипохондрические реакции, анозогнозия.

3.6 Результаты исследования мотивации

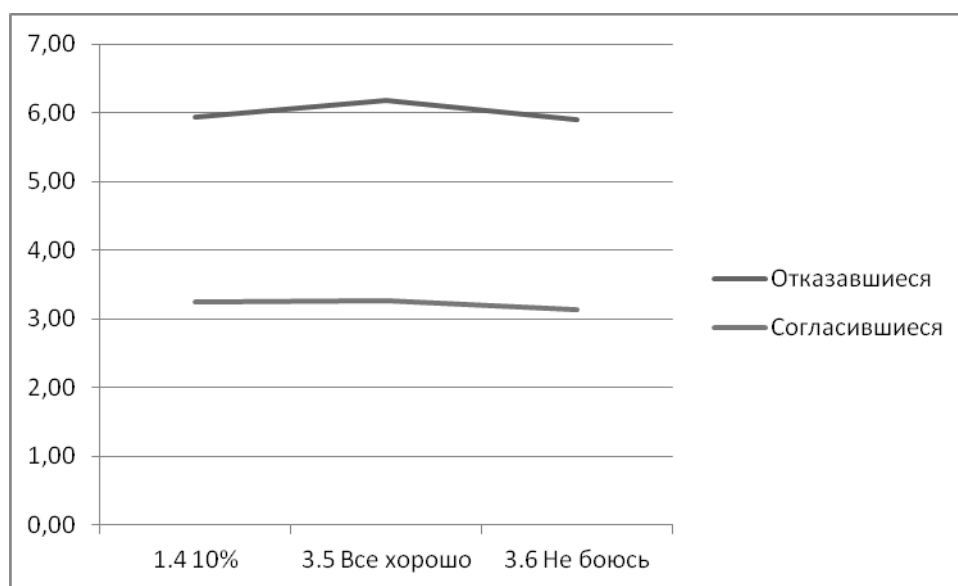
Согласно полученным данным, 37% обследуемых пациентов отвечали несогласием на предложение поучаствовать в программе реабилитации. При этом, большинство из числа согласившихся (63 %) в итоге не приняли участие в программе, либо не прошли ее до конца. Таким образом, в целом, по результатам этого исследования выявлен низкий уровень мотивации пациентов к участию в лечебно- реабилитационных мероприятиях.

В ходе проведенного исследования были выявлены различия между группами (согласившихся и отказавшихся) по ответам на некоторые вопросы следующих шкал: «общий уровень мотивации», «негативная мотивация», «мотивирующие факторы».

Так, в первом блоке «общий уровень мотивации» выявлено статистически достоверное различие в ответе на вопрос: «Приемлем ли для Вас 10-ти процентный риск умереть «от сердца» в течение ближайших 5 лет, чтобы ничего не делать для его снижения?». У пациентов 1-й группы показатель ответа оказался выше (более выраженная неприемлемость риска),

чем у второй ($M=3,24\pm 1,00$; $M=2,70\pm 1,38$; $P < 0,01$). По второму блоку анкеты статистически достоверных различий не выявлено. В третьем блоке достоверные различия получены по ответам на следующие вопросы-утверждения: «Состояние здоровья устраивает; не вижу смысла в дополнительных усилиях» и «Я живу, как мне нравится; возможные последствия меня не пугают». В первой группе показатели ответов - выше, чем во второй ($M=3,27\pm 0,74$; $M=2,91\pm 1,10$; $P < 0,05$); ($M=3,13\pm 0,86$; $M=2,77\pm 1,07$; $P < 0,05$), что свидетельствует о большей готовности к позитивным изменениям для улучшения здоровья. (рис.10)

Рисунок № 10

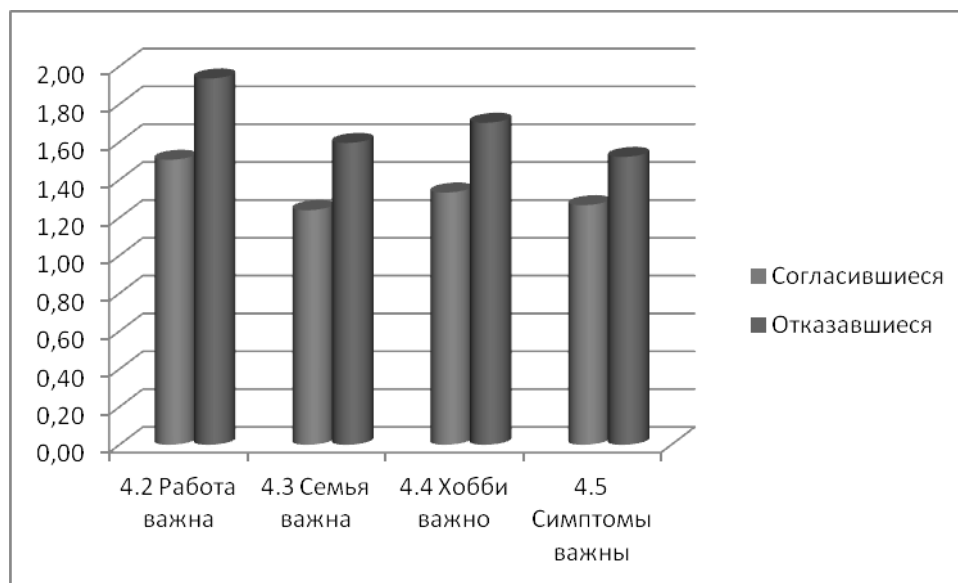


Следует отметить, что наибольшее количество различий выявлено в четвертом блоке анкеты. Здесь, при ответах на вопросы-утверждения «желание сохранить профессиональную активность» ($M=1,51\pm 0,84$; $M=1,94\pm 1,24$; $P < 0,05$), «желание сохранить активность в семейной жизни» ($M=1,24\pm 0,46$; $M=1,60\pm 1,01$; $P < 0,01$), желание сохранить активность в сфере досуга» ($M=1,33\pm 0,58$; $M=1,70\pm 0,06$; $P < 0,01$), «желание избавиться от

симптомов, которые меня беспокоят» ($M=1,27\pm0,50$; $M=1,52\pm0,91$; $P< 0,05$) у 1-й группы показатели ответов меньше, чем у 2-й группы пациентов.(рис.11).

Рисунок № 11

Степень отрицания конкретных мотивирующих факторов



Данный факт свидетельствует о большей выраженности некоторых мотивирующих факторов на участие в реабилитационной программе у пациентов 1-й группы.

Кроме того, использование математического анализа позволило нам вывести уравнение логистической регрессии: $\text{Logit} = -0,42 + (\text{вопрос } 1,4 * (-0,4)) + (\text{вопрос } 4,2 * (0,25)) + (\text{вопрос } 4,3 * (0,52))$, где коэффициент несогласия составил 12,05. Таким образом, общий процент верных прогнозов составляет 68 %. Это свидетельствует о том, что те пациенты, которые дают отрицательные ответы на вопрос 1,4 (Приемлем ли для Вас 10-ти процентный риск умереть «от сердца» в течение ближайших 5 лет, чтобы ничего не делать для его снижения?) и положительные на вопросы 4,2 (Желание сохранить профессиональную активность) и 4,3 (Желание сохранить активность в

семейной жизни) с большей степенью вероятности ответят согласием на предложение о принятии участия в программе реабилитации.

Согласно результатам настоящего исследования, можно сделать вывод о том, что у пациентов, которые отказались принимать участие в реабилитационной программе уровень мотивации к лечению ниже, чем у группы пациентов, согласившихся принять участие в данной программе.

3.7 Общие рекомендации по психокоррекции для пациентов с ИБС в период пребывания в стационаре, перед операцией КШ

При оказании психологической помощи пациентам важно создать комплексную программу, которая будет включать в себя психообразовательную часть, психокоррекционную, а также психореабилитационную. По результатам настоящего исследования, психологическая работа с больными ИБС должна осуществляться с целью снижения тревожно-фобических переживаний, преодоления анозогнозических реакций на болезнь, формирование гармоничного отношения к болезни.

Для женщин актуальными являются депрессивно-ипохондрические, тревожно-фобические переживания, нестабильный эмоциональный фон. Для проработки этих состояний время применяются различные немедикаментозные методы, такие как когнитивно-поведенческая, рациональная психотерапия, релаксационные методики: аутогенная тренировка, дыхательно-релаксационный тренинг, прогрессивная мышечная релаксация, релаксационная методика с использованием биологической обратной связи.

При работе с мужчинами особенно важно уделить внимание формированию адекватной внутренней картины болезни, преодоления анозогнозических установок, повышение комплаентности.

При работе с пациентами более старшего возраста следует исключить применение сложных методик, направленных на изменение установок, убеждений, оценки информации. Целесообразно осуществлять эмоциональную поддержку, эмпатию, стараться снизить психологический дискомфорт и чувство отчужденности.

Определённые перспективы при оказании психологической помощи больным ССЗ имеет обращение к психологическим ресурсам личности. Как показано в нашем исследовании, у обследованных высокий уровень готовности к сотрудничеству. Однако при дополнительном исследовании мотивации к участию в лечебно – реабилитационных мероприятиях, мы столкнулись с нежеланием пациентов участвовать в таких программах. Здесь необходимо провести дополнительное исследование, направленное на выявление причин низкой мотивации к реабилитации.

Согласно результатам нашего исследования, существуют определенные различия среди пациентов, перенесших ИМ и имеющих нестабильную стенокардию и теми, у кого стабильная стенокардия и в анамнезе не было ИМ. Так, при работе с последней группой пациентов следует уделить внимание формированию адекватной внутренней картины болезни: преодоление анозогнозических установок, проработку актуальных депрессивных переживаний, повышению мотивации к лечению, искоренению вредных привычек. В то время как с пациентами, которые перенесли ИМ, важно прорабатывать тревожно-фобические переживания.

Как показало наше исследование, в работе с пациентами целесообразно осуществлять комплексный подход в осуществлении психокоррекционной

работы. Необходимо использовать техники, которые направлены на снятие эмоционального напряжения. К таким, прежде всего, относятся элементы когнитивной психокоррекции и элементов поведенческой терапии (релаксационные методики). Важно осуществляться также и просветительскую работу, направленную на психообразование пациентов, обучение саморелаксационным техникам. Кроме этого, проводя работу по формированию адекватной картины болезни и повышения комплаенса важно осуществлять коррекцию дезадаптивных убеждений. Особое внимание следует уделить работе с мотивацией пациентов на лечение и реабилитацию.

При осуществлении психокоррекционной работы необходимо ориентироваться на пациентно - центрированном фокусе, учитывающем половые и возрастные особенности пациента. Наиболее эффективен интегрированный биопсихосоциальный подход, применяемый по отношению к каждому больному, непрерывно.

Глава 4 Интерпретация результатов

При изучении психологических особенностей больных ИБС важную роль играет комплексный подход к изучению личности. Большое внимание уделяется исследованию личностных особенностей, копинг-стратегий, специфики психо-эмоциональных состояний пациентов.

В настоящей работе, в связи с задачами психологической коррекционной работы, было проведено исследование, направленное на выявление и сравнение особенностей психоэмоциональных состояний у пациентов с диагнозом ИБС (мужчин и женщин), а также тех, кто участвовал в психокоррекционной программе, и у тех, кто в этой программе участия не принимал. Кроме этого было проведено пилотажное исследования пациентов с таким диагнозом на предмет мотивации к участию в лечебно-реабилитационных мероприятиях.

Наше исследования основано на био-психо-социальном подходе (Холмогорова А.Б., 1998; Карвасарский Б.Д., 2006) и направлено на изучение как клинико-биологических так и клинико-психологических параметров.

Согласно проведенным исследованиям известно, что определенные психические состояния – могут негативно влиять на соматическое состояние. Так, выявлены корреляционные связи тревожных нарушений у больных ИБС с развитием инфаркта миокарда. Установлено, что сердечно-сосудистые события зависят от интенсивности тревожно-депрессивных расстройств. (Козлова С.Н., и соавт., Голубев А.В., Крылова Ю.С., Шляхто Е.В., Незнанов Н.Г., Хромова Н.В. 2012).

По результатам нашего клинико-психологического обследования установлено, что в целом обследуемые характеризуют свое текущее самочувствие (на момент обследования) как удовлетворительное. При этом, пациенты высказывают тревожные мысли и опасения по поводу предстоящей

операции и своего здоровья в целом. Как правило, большинство из обследуемых перенесли инфаркт миокарда, что привело к возникновению тревожно-фобических реакций и ожидания внезапного ухудшения состояния.

При этом, жалобы на наличие тревожных переживаний и наличие фобических тенденций чаще высказывают женщины, чем мужчины. Эти наблюдения подтверждены данными экспериментально- психологического обследования. Так, согласно полученным данным методики SCL- 90, в группе женщин показатели соматизации, обсессивности – компульсивности, межличностной сенситивности и депрессивности выше, чем у мужчин. А по результатам теста ИТТ у женщин показатели фобического компонента, эмоционального дискомфорта и астенического компонента выше, чем в группе мужчин. То есть, можно предположить, что женщины чаще испытывают тревожно-фобические переживания, соответственно они нуждаются в психологическом сопровождении уже с первых дней госпитализации и на протяжении всего периода лечения. В то же время, у мужчин чаще встречаются анозогностические установки, которые также требуют скорейшей модификации.

Кроме этого, после проведения психокоррекционной беседы с пациентами выраженность тревожно-фобических реакция была ниже, чем у пациентов той группы, с которой не проводились коррекционные мероприятия. Эти наблюдения подтверждены данными экспериментально - психологического обследования. Так, согласно полученным данным методики SCL- 90, во 2 группе показатели по шкалам «фобическая тревожность» и «обсессивность-компульсивность». А по результатам теста ИТТ у 1 группы показатели СТ ниже, чем у пациентов 2 группы. То есть, можно предположить, что в результате беседы с психологом, проработки актуальных

эмоциональных переживаний и концентрации внимания на памятке, которая была разработана для пациентов, уровень тревоги снижался.

В структуре ситуативной тревожности у пациентов, которые не принимали участие в программе психокоррекции, выявлены повышения по шкалам эмоционального дискомфорта, фобического компонента. С учетом того, что пациенты находились в ожидании предстоящей операции, такие проявления вполне оправданы. Однако сильные эмоциональные переживания могут оказать негативное влияние на здоровье пациента. Поэтому, как показало наше исследование, в случае, когда с пациентами была проведена психокоррекционная беседа, степень выраженности тревожных переживаний была меньше, чем тогда, когда пациенты не участвовали в психокоррекционных мероприятиях.

При анализе копинг-стратегий выявлены ведущие способы совпадающего поведения. Таковыми являются стратегии самоконтроля и планирования решения. Здесь, на наш взгляд, существует риск развития эргопатического типа отношения к болезни, с учетом личностной predisposition в виде поведенческого типа А.

Большое внимание уделяется исследованию личностных особенностей больных ИБС. Так, например, как подчеркивает в своем исследовании Зайцев В.П. и соавт. (1997г.) при направлении больных на хирургическое лечение ИБС, терапевтам следует учитывать личностные особенности пациентов и привлекать соответствующих специалистов (медицинских психологов и психотерапевтов) для коррекции психических изменений и формирования адекватных установок на проведение АКШ.

Согласно результатам нашего исследования в структуре личностных особенностей у обследуемых обеих групп получены наиболее высокие показатели по шкалам самосознание, экстраверсия и сотрудничество.

При проведении кластерного анализа удалось выяснить, что пациенты, которые перенесли ИМ характерны тревожно-фобические переживания и у них отмечалось положительное отношение к обследованию в сравнении с теми пациентами, у которых в анамнезе не было ИМ. Для них характерны анозогнозические представления, субъективно они характеризуют свое самочувствие как «плохое», у них отмечаются вредные привычки и нарушения сна.

В свою очередь нами отмечено, что для пациентов более старшего возраста характерно усиление симптоматики по типу соматизации, а в структуре тревожности нарастает эмоциональный дискомфорт. При этом, у таких пациентов наблюдается тенденция к социальной изоляции.

Согласно исследованию мотивации, можно сделать вывод о том, что в целом по группе обследуемых выявлен низкий уровень мотивации. Большинство пациентов либо сразу отвечали отказом на предложение об участии в программе, либо соглашались, но в итоге не участвовали.. На данном этапе можно сделать лишь некоторые предположения.

Возможно, это связано с наличием некоторых психологических особенностей «мужского стереотипа поведения». Так как среди обследованных больных преобладают мужчины, эти особенности могут негативно влиять на отношение больного к болезни и лечению (когда болезнь, например, расценивается как проявление «слабости», а обращение к «теме» дополнительных лечебно-реабилитационных мероприятий, «подчеркивают» эту слабость).

Возможно, имеют место какие-либо психологические феномены, такие, как, например, дезадаптивные механизмы психологической защиты, в силу которых, пациенту — проще отказаться от участия в реабилитационной программе, чем принять необходимость дополнительных усилий, чтобы с

полной ответственностью взять на себя роль активного участника в «партнёрстве с врачом» в борьбе за своё здоровье. Вероятно, в основе отказа — лежит также инфантильное, незрелое мышление, в соответствии с которым, пациент возлагает полную ответственность за своё выздоровление, на врача игнорируя значение собственной роли.

Можно с уверенностью сказать о том, что эта область нуждается в более точном ответе о причинах такого феномена, поэтому необходимы дальнейшие более объёмные и широкомасштабные исследования.

Выводы

1. В целом, в структуре комплекса психологических характеристик у больных ИБС в дооперационном периоде (в период стационарного лечения) отмечается выраженность таких проявлений как: тревожно-фобические переживания, анозогнозический и эргопатический типы отношения к болезни; наиболее выраженные копинг-стратегии – самоконтроль и планирование решения проблемы. В числе выраженных личностных характеристик выявлены: самосознание, сотрудничество и экстраверсия.

2. Выявлен ряд различий по психологическим особенностям мужчин и женщин больных ИБС. Так, у женщин, в сравнении с мужчинами, чаще встречаются депрессивно - ипохондрические и тревожно-фобические реакции на болезнь, а также более высокие показатели психоэмоциональных особенностей психастенического круга (тревожность, межличностная сенситивность, обсессивность - компульсивность). У мужчин чаще отмечалось анозогнозическое отношение к болезни. Выявлена прямая взаимосвязь возраста и соматизации, эмоционального дискомфорта и обратная связь с потребностью в социальной защите.

3. Установлено значение индивидуальной психокоррекционной работы для больных ИБС перед КШ. Так, у пациентов, с которыми проведена психокоррекционная беседа, отмечены более низкие показатели ситуативной тревожности; у пациентов, которые не принимали участие в программе больше выражены переживания фобической тревожности и явления обсессивности-компульсивности.

4. В целом, выявлен низкий уровень мотивации к участию в лечебно-реабилитационных мероприятиях. При этом, у согласившихся пациентов отмечена выраженность таких проявлений как: готовностью к изменению

образа жизни, сформированность конкретных мотивов к лечению и восстановлению.

5. Психокоррекционные мероприятия должны планироваться с учетом половозрастных, клинических, психологических особенностей. Важными мишенями в работе являются тревожно-фобические переживания, анозогнозия, формирование адекватной внутренней картины болезни, повышение мотивации к лечению.

Список использованной литературы:

1. Агеев Ф.Т., Скворцов А.А., Мареев В.Ю., Беленков Ю.Н. Сердечная недостаточность на фоне ишемической болезни сердца: некоторые вопросы эпидемиологии, патогенеза и лечения. РМЖ. 2000. -№ 8.-с. 15-16.
2. Айзенк Г.Ю., Парадоксы психологии. – Москва : Эксмо, 2009. – 352 с.
3. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. – М.: Эксмо, 2002.- 392 с.
4. Алексеев П.В., Панин А.В. Философия: Учебник. — 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Изд-во Проспект, 2003. — 608 с
5. Амиянц В.Ю., Джатдоева Л.М., Верес А.А. Минеральные углекислые ванны на курортном этапе реабилитации больных ишемической болезнью сердца после аортокоронарного шунтирования: Информ. письмо. Пятигорск, 1995. - 9 с.
6. Ананьев В.А. Психологическая адаптация и компенсация при заболеваниях внутренних органов: дис. ... д-ра психол. наук. СПб., 1998. 394 с
7. Асеев В.Г. Мотивация поведения и формирование личности. М.: Мысль, 1976. 157 с.
8. Бамдас Б.С. Астенические состояния. – М.: Медгиз, 1961. – 202с
9. Банщиков Ф.Р. Комплаенс в психиатрии: реальность и перспективы // Обозрение психиатрии и медицинской психологии В.М. Бехтерева. - 2006. -№4.- С. 9-11
10. Бауман У., Перре М., Клиническая психология – СПб, 2003.- 994 с.
11. Бек А., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. — СПб. : Питер, 2002
12. Белан И.А., Ложникова Л.Е., Барбухатти К.О. Психогенные реакции у кардиохирургических больных. Актуальность проблемы // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика. 2014. № 4(6)

13. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т., Даниелян М.О. Первые результаты национального эпидемиологического исследования — ЭПОХА-О-ХСН // Сердечная недостаточность, 2002. - Т. 4, № 3. -С.116-120.
14. Белов Ю.В., Баяндин Н.Л., Косенков А.Н., Султанян Т.Л. Одномоментные реконструкции коронарных и брахиоцефальных артерий при сочетанном поражении // Аналы НЦХ РАМН.- 1996.-Выпуск №5.- С.28-35
15. Богатырев Н. В. Понятие комплаенса и проблема измерения комплаенса // Изв. Рос. гос. пед. ун-та им. А. И. Герцена. 2009. № 116. С. 260–265
16. Большой психологический словарь. / Под ред. Б.Г. Мещерякова, В.П. Зинченко. – М.: ОЛМА-ПРЕСС. – 2005. – 666с.
17. Браун Дж . Психосоматический подход. // Психосоматика: Взаимосвязь психики и здоровья. Хрестоматия. /К.В. – Минск, 1999. С. 42–63
18. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М., Психосоматическая медицина, 1999. – 376 с
19. Васильева Н.Л. Психоаналитический подход в системе психологического сопровождения развития детей и подростков. // Автореф. дисс. ...д. психол. наук. - СПб., 2007. – 45 с.
20. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Усовершенствованный вариант опросника для психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ). – СПб.: Изд-во научно-исследовательского психоневрологического инст-та им. В.М. Бехтерева, 2001.– 33 с.
21. Вассерман Л.И., Громов С.А., Михайлов В.А., Лынный С.Д., Флерова И.Л. Концепции реабилитации и качества жизни: преемственность и различия в современных подходах 2012., С. 147-149

22. Великанов А.А. Структура и динамика эмоциональных состояний у больных ишемической болезнью сердца в период лечения в стационаре. Диссертация на соискание ученой степени канд.психол.н., СПб., 2009. - 190 с.
23. Великанов А.А., Левашкевич Ю.Л., Матина Ю.А., Зеленская И.А., Софронова М.Г., Демченко Е.А. Скрининг как способ оптимизации психолого-психотерапевтической помощи пациентам кардиологического стационара до и после кардиохирургического вмешательства // Трансляционная медицина. 2014. № 1. С. 67–72.
24. Вербицкий Е.В., Психофизиология тревожности. Ростов-на-Дону: Изд-во Рост. ун-та, 2003. - 192 с
25. Винокур В.А. Личностные типы С и D: психосоматическое значение. // сб. тез. I международного конгресса «Психосоматическая медицина – 2006». – СПб.: ООО «Медлайн – Медиа», 2006. - С.55 – 56
26. Воронов М. Психосоматика: Практическое руководство. – К.: Ника-Центр, 2002. – 256 с.
27. Ганзен В.А. Системные описания в психологии. – Л.: изд-во ЛГУ. – 1984, 176 с.
28. Гасилин В. С., Сидоренко Б. А. Стенокардия. — М.: Медицина, 1981
29. Гриншпун И.Б. Введение в психологию. – М.: Международная педагогическая академия, 1994.
30. Губачев Ю.М., Старбовский Е.М., Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений – Ленинград : Медицина, 1981. – 216 с.
31. Гуревич М.А. Хроническая ишемическая (коронарная) болезнь сердца./ Руководство для врачей. 2-е издание (переработанное и дополненное). - М.: ООО «компания ДинаЛ», 2003. – 192 с.

32. Данилов Д.С. Комплаенс в медицине и методы его оптимизации (клинические, психологические и психотерапевтические аспекты) // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2008. - №1. - С. 44-49.
33. Демченко Е.А., Великанов А.А. Организационные аспекты психологической реабилитации кардиологических больных. «Психосоматическая медицина – 2008». Материалы III Международного конгресса. Санкт–Петербург, 5–6 июня, 2008. – С. 42 - 45
34. Евдокимова Е.А. Музыкальная психотерапия в комплексном лечении больных кардиологического профиля: дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2007. 188 с.
35. Елисеев Ю.Ю., Психосоматические заболевания. Полный справочник. Москва. «Эксмо», 2003.,- 560 с
36. Зайцев В.П., Айвазян Т.А., Погосова Г.В., Акчурин Р.С., Грачева Н.И., Значение Психологических особенностей больных ИБС при направлении на операцию АКШ // Кардиология. –1997. -№ 8. –С. 29-30.
37. Замотаев Ю.Н., Кремнев Ю.А., Мандрыкин Ю.В., Косов В.А. Оптимизация системы реабилитации больных ишемической болезнью сердца, перенесших операцию аортокоронарного шунтирования. // Клиническая медицина. – 2000. – Т.78. - №3. - С.57 – 59.
38. Зимин Ю.В. Некоторые социальные и психологические факторы этиологии ишемической болезни сердца // Кардиология. – 1974. – Т. XIV. – № 8. – С. 133-143.
39. Ибатов, А., Сыркин А., Вейн А.,// Тревога и ишемическая болезнь сердца – 2003. – № 9. – С. 8-11
40. Ильин Е.П. Мотивация и мотивы. СПб.: Питер, 2011. 512 с.
41. Ильяшевич И.Г., Гриневич В.Б., Винокур В.А. Психосоматические расстройства в практике врачей., Спецлит, 2008., - 336 с

42. Инадворская Н.В. Изучение адаптационных поведенческих и когнитивных механизмов к тревоге, формирующейся при психических расстройствах различного уровня - 2006
43. Калюжин В.В., Тепляков А.Т., Камаев Д.Ю. Факторы, влияющие на качество жизни больных, перенесших инфаркт миокарда. // Кардиология. – 2001. – Т.41. - №4. – С. 58
44. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология. - СПб.: Питер, 2004. - 450 с.
45. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология: учебник для студентов медицинских ВУЗов и факультетов клинической психологии. /Под ред. Заслуженного деятеля науки РФ, проф. Б.Д. Карвасарского. – 2-е изд. - СПб.: Питер, 2006. – 959 с.
46. Клиническая психология. Словарь / подред. Н.Д. Твороговой.- Мск: ПЕР СЭ,2007.- 416 с.
47. Клячкин Л.М. Медицинская реабилитация больных с заболеваниями внутренних органов/ Л.М.Клячкин, А.М.Щегольников. М.: Медицина, 2000. - 328 с.
48. Колпаков Я. В. Структура и уровень мотивации на лечение у женщин, зависимых от алкоголя: автореф. дис. ... канд. психол. наук. М.: МГУ, 2010. 26 с.
49. Крепелин Э., Введение в психиатрическую клинику, и-о "Лаборатория Базовых Знаний", 2007. - 493 с
50. Крылов А.А., Крылова Г.С. Психосоматические особенности у больных гипертонической болезнью // Клиническая медицина. – 2001. – Т79. - №6. - С. 56 – 57
51. Крылов А.А., Маничев С.А./ Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии под ред. Крылова А.А., Маничева С.А.- СПб, 2000., - 298

52. Кувшинова Н.Ю. Психологические факторы, влияющие на удовлетворенность качеством жизни больных ишемической болезнью сердца // Мир психологии. – №3 (63), 2010. – С.221-231
53. Лазарева Е.Ю., Николаев Е.Л. Личностные адаптационные ресурсы при кардиальной патологии // Вестник Чувашского государственного педагогического университета имени И.Я. Яковлева. 2013. № 4(80), ч. 1. С. 92–96
54. Лапин И.П. Отношение пациента к эффектам лекарства как причина отказа от фармакотерапии // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2012. № 3.С. 112-115.
55. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных. СПб: «Речь», (2004г. – 1-е изд., 2011г.
56. Лебедева Н.О., Сухова Е. В. Формирование мотивации к лечению у больных туберкулезом легких // Пробл. туб. и бол. легких. 2006. №12. С. 13-16
57. Левитов Н.Д., О психических состояниях человека. - М.: Просвещение, 1964. – 343 с.
58. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. 1990
59. Леонтьев Д.А. Общее представление о мотивации поведения человека // Психология в вузе. 2004. №1. С.51-65.
60. Лурия А.Р. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания.- М.: Медицина, 1977.- С.37-68
61. Мамленкова Е.А. Исследование и оценка комплаентности пациентов с аллергическим ринитом. Роль медицинской сестры в повышении приверженности к лечению // Медсестра. 2010. №7. С.51-54

62. Мартынов А. А., Спиридонова Е. В., Бутарева М. М. Повышение приверженности пациентов стационаров и амбулаторно-поликлинических подразделений к лечебно-реабилитационным программам и факторы, оказывающие влияние на комплаентность // Вестн. дерматологии и венерологии. 2012. № 1. С. 21–27.
63. Маслоу А.Х., Мотивация и личность.- СПб., 1970
64. Митрушина Н.А., Урванцев Л.П. Выраженность защитных механизмов у школьников с поведенческими типами А и Б // Ярославский психологический вестник. М.-Ярославль: Российское психологическое общество.-2006.-Вып. 12.- С. 107- 110.
65. Мищенко М.А., Кононова С.В. Анализ факторов, влияющих на приверженность к гиполипидемической терапии. Медицинский альманах 2014;1(31):март:95–98
66. Немчин Т.А. Состояния нервно – психического напряжения. – Л.: Изд-во ЛГУ, 1983. - 167 с
67. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М.: МГУ, 1987. 198 с.
68. Погосова Г.В. Тревожные состояния у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями: диагностические и терапевтические аспекты // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2006. Т. 5, № 5. С. 75–80
69. Погосова Н.В., Байчоров И.Х., Юферева Ю.М., Колтунов И.Е. Качество жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями: современное состояние проблемы // Обзорная информация. Серия терапия. Вып.1. — М., 2002., - С. 23-25
70. Положенцев С.Д., Руднев Д.А. Поведенческий фактор риска ишемической болезни сердца (тип А). Ленинград: Наука, 1990. - 171 с.

71. Пошивалов В.П. Экспериментальная психофармакология агрессивного поведения. – Л.: Наука, 1986. - 175 с.
72. Практикум по психологии состояний: Учебное пособие / Под ред. проф. А. О. Прохорова. – СПб: Речь, 2004. – 480 с
73. Психологический словарь / под ред. Ю.Л. Неймера. – Ростов-на-Дону: Феникс. – 2003. – 640 с.
74. Психотерапевтические мишени в работе с пациентом психосоматической клиники) // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. 2011. Т. 1, № 7. С. 20–23.] – Где про русинова рац-эмоц.
75. Ротенберг В.С., Аршавский В.В., От молекулы до организма – М.,: Наука -1984.- 193 с.
76. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. АПН СССР. – М.: Педагогика, 1989 Т.П. – 322 с.
77. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. СПб.: Питер, 2002. 720 с.
78. Руководство по психиатрии в 2 – х томах / Под ред. А.В. Снежневского. - М.: Медицина. – 1983, Т.1. – 480 с.
79. Оганов Р.Г. Сердечно-сосудистые заболевания в начале XXI века: медицинские, социальные, демографические аспекты и пути профилактики. Медицина труда, восстановительная и профилактическая медицина 2010;11:257—264.
80. Смирнов С. В., Морозов С. Л., Шуленин К. С., Ярославцев М. Ю. Социальный тип личности пациента и эффективность гипертензивной терапии // Фундаментальные исследования. 2012. № 2. С. 131–134.
81. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробижев А.А. и др. Психосоматические реакции, коморбидные ишемической болезни сердца: психогенно

провоцированные инфаркты и ишемии миокарда// Журнал неврологии и психиатрии,.2004:.— №3. — С. 1-3-20

82. Соловьева С.Л. Медицинская психология: новейший справочник практического психолога /– М.: АСТ; СПб.: Сова, 2006. – 575с.

83. Тайц А.Б., Косенко А.А. Трудовая мотивация врачей поликлиники // Современ. пробл. науки и образов. 2014. №4

84. Татарников М.А. Трудовая мотивация медицинских работников // Главврач. 2007. №5. С.88-95

85. Федорец В.Н., Радченко В.Г., Скоромец А.А. Психосоматические аспекты лечения больных ИБС с поведенческим типом «А». // Клиническая медицина. – 2004. – Т.82. - №5, С.54 – 56.

86. Фомин И.В., Беленков, Ю.Н, Мареев В.Ю.5 и др. Распространенность хронической сердечной* недостаточности в Европейской части Российской Федерации-данные ЭПОХА-ХСН // Журнал Сердечная-Недостаточность. 2006. - Т. 7, №3. - С. 112-115

87. Фрейд З. Психоанализ и детские неврозы //Фрейд З. Психоаналитические этюды.-Минск, 1991.- 187с

88. Ханин Ю.Л. Исследование тревоги в спорте // Вопросы психологии. – М.: Педагогика, 1978. - №6. – С.94 – 106.

89. Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность. Т. 2. / Под ред. Б.М.Величковского. М.: Педагогика, 1986

90. Хитров К., Салтыков А. Б., // Клиническая медицина: ежемесячный научно-практический журнал. - 2003. -Том81, N1. - С. 5-12

91. Холмогорова А.Б. Биопсихосоциальная модель как методологическая основа изучения психических расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. - №2. – С. 97 – 104.

92. Чазов Е.И. Проблемы лечения больных ишемической болезнью сердца // Терапевт. арх. 2000. - Т. 72, № 9. - С. 5-10.
93. Чазов, Е.И. Ишемическая болезнь сердца и возможности повышения эффективности ее лечения / 2004.- С. 45-46
94. Шестопалова Л. Ф., Лесная Н. Н. Особенности комплаенса больных с алкогольной зависимостью и система его психокоррекции // Междунар. мед. журн. 2011. № 3. С. 6–12
95. Штрахова А.В., Арсланбекова Э.В. Мотивационный компонент внутренней картины болезни как фактор приверженности к терапии у больных соматическими заболеваниями с витальной угрозой // Вестник ЮУрГУ 2011. №29. С.82-89.
96. Шхвацабая И.К., Аронов Д.М., Зайцев В.П. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца. – М.: Медицина, 1978. – 320 с
97. Barefoot J.C., Scholl M. Symptoms of depression, acute myocardial infarction, and total mortality in a community sample. *Circulation.* -, №93. - p. 2003
98. Burns T. Is it acceptable for people to be paid to adhere to medication? Yes. // *Br. Med. J.* 2007. Vol.335, №7613. P.232.
99. Bokeria L.A., Zinchenko Y.P., Kiseleva M.G. Psychological factors and outcomes of coronary surgery. *Psychology in Russia: State of the Art*, 2013, no. 6(4), pp. 160–167
100. Eysenk M.W. *Psychology*. Psychology Press, 2000
101. Friedman M., Rosenman R., Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. Blood cholesterol level, blood clotting time, incidence of arcus senilis and clinical coronary artery disease. // *JAMA.* – 1996. – VOL. 169. – p. 252-257.

102. McDonald H.P., Garg A.X., Haynes R.B. Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions: scientific review // J.A.M.A. 2002. Vol. 288, №22. P.2868-2879.
103. Jenkins C.D. Psychosocial and behavioral factors // Prevention of coronary heart disease. Ed. N. Kaplan, J. Stamler. – Philadelphia. - Saunders, 1983. – p. 98-112.
104. Henker F.O. Psychosomatic illness: biochemical and physiological foundations. – Psychosomatics, 2000. – V25. - №1. – pp. 19 – 24.
105. Rakowska J.M. Brief strategic therapy in first myocardial infarction patients with increased levels of stress. A randomized clinical trial. Anxiety Stress Coping, 2015, Jan. 8, pp. 1–33
106. Ross R., Davidson W., Andrews J.,. Effect of stress and anxiety on continuous high speed color naming.- j. Exper. Psychol. – 1997. - V.52 - p.13 – 17.
107. Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. 5 th ed. Berlin, 1948. – pp. 111 – 205.
108. Poldinger W. Aspects of anxiety // Anxiety and tension – new therapeutic aspects. Basel, 1970. - P.7-21
109. Noyes A.P., Kolb L.C. Modern clinical psychiatry. Philadelphia; London. - 1966.
110. Symonds P.M. The dynamics of human adjustment. New – York, 1946.

Приложение 1.

Карта обследования больного.

В процессе применения клинико – психологического метода использовалась следующая карта обследования больного (включающая 3 блока параметров: социально-демографические, клинические и психологические данные).

Анкета

Блок 1. Социально-демографические параметры (0 — нет 1- да):

- * Пол (м/ж) 1/0
- * Возраст
- * Образование среднее
- * Образование средне специальное
- * Образование высшее
- * Семейное положение (состоит в браке)
- * Работает
- * Степень эмоционального напряжения, связанного с характером профессиональной деятельности (если не работает, то на последней работе). Высокая
- * Степень эмоционального напряжения, связанного с характером профессиональной деятельности (если не работает, то на последней работе). Умеренная

- * Степень эмоционального напряжения, связанного с характером профессиональной деятельности (если не работает, то на последней работе). Низкая
- * Длительность рабочего дня (часов)
- * Кол-во рабочих дней в неделю
- * характер работы — физический труд
- * Характер работы — интеллектуальный труд
- * Характер работы — общение с людьми («человек-человек»)
- * Характер работы — руководящий пост (директор, начальник, руководитель...)

Блок 2. Клинические данные:

- * Диагноз ИБС, стабильная стенокардия (0- нет), 1,2,3,4.
- * Диагноз ИБС, нестабильная стенокардия (0/1)
- * Наличие ИМ в анамнезе
- * Наличие сопутствующей патологии — ГБ (0- нет, 1,2,3)
- * Наличие сопутствующей патологии — СД (0- нет, 1,2)
- * Наследственность 0/1
- * Длительность заболевания (Сколько лет) -
- * Частота госпитализаций за год: 1 госпитализации.
- * Частота госпитализаций за год: 2 – 3 госпитализаций.
- * Частота госпитализаций за год: более 3 госпитализаций.

- * Индекс массы тела =
- * Злоупотребление алкоголем
- * Табакокурение. Курит
- * Сон нарушен
- * Аппетит нарушен

Блок 3. Психологические сведения:

- * Отношение к обследованию положительное
- * Отношение к обследованию отрицательное
- * Отношение к обследованию формальное
- * Отношение к болезни адекватное, гармоничное
- * Отношение к болезни депрессивно- ипохондрические реакции
- * Отношение к болезни тревожно — фобические реакции
- * Отношение к болезни проявления анозогнозии
- * Субъективное самочувствие плохое
- * Субъективное самочувствие удовлетворительное
- * Субъективное самочувствие хорошее
- * Эмоциональный фон — настроение снижено
- * Эмоциональный фон — настроение ровное, стабильное
- * Эмоциональный фон — колебания настроения, лабильность
- * Эмоциональный фон — повышенное, радостное настроение

- * Суточное колебание настроения — настроение лучше с утра
 - * Суточное колебание настроения — настроение лучше в середине дня
 - * Суточное колебание настроения — настроение лучше вечером
 - * Наличие актуальной психотравмирующей ситуации
 - * Наличие психотравмирующей ситуации предшествующей манифестации болезни
 - * Особенности семейных отношений в настоящее время: хорошие, теплые отношения
 - * Особенности семейных отношений в настоящее время: нейтральные.
 - * Особенности семейных отношений в настоящее время: характерны открытые конфликты.
 - * Хобби. 0-нет, 1-есть хобби
 - * Коппинг-стратегии. - конструктивные (анализ ситуации, попытки преодолеть ситуацию, выяснение причин проблемы и т. д.)
 - * Коппинг-стратегии. - пассивно — зависимые (избегание проблемы, поиск помощи/поддержки, сострадание к себе и т. д.)
 - * Коппинг-стратегии. - деструктивные (алкоголь, курение, поедание жирной пищи...)
 - * Когнитивные ошибки в отношении здоровья, болезни, лечения
- ГЕНЕРАЛИЗАЦИЯ**
- * Когнитивные ошибки в отношении здоровья, болезни, лечения
- ДИХОТОМИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ**

* Когнитивные ошибки в отношении здоровья, болезни, лечения
ПРОИЗВОЛЬНЫЕ УМОЗАКЛЮЧЕНИЯ

* Когнитивные ошибки в отношении здоровья, болезни, лечения
ПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ

Приложение 2

Памятка для пациента

Как вести себя после операции, чтобы избежать рецидива?

Аорто-коронарное шунтирование (АКШ) позволяет улучшить кровообращение в наиболее критических областях вашего сердца. Однако надо помнить о том, что со временем бляшки могут формироваться как в шунтированных, так и ранее неизмененных коронарных артериях, а также в шунтах. Поэтому, если после операции пациент продолжает вести нездоровый образ жизни, то болезнь, скорее всего, снова проявит себя.

Существует ряд мер, при помощи которых вы можете замедлить или предупредить рост новых атеросклеротических бляшек, существенно снизить вероятность рецидива болезни и повторного хирургического вмешательства. В случаях, когда отказ от курения, приверженность к диете с низким содержанием жиров и холестерина, контроль веса, а также артериального давления, нагрузок и снижения стресса, прием препаратов комбинируются вместе — результаты говорят сами за себя.

Физическая нагрузка:

- Пешие прогулки
- Повседневные занятия (работа по дому, в саду, подъем по лестнице)

Необходимо сформировать привычку к здоровому питанию. Изменение вашего питания является необходимым, чтобы нормализовать вес и снизить уровень холестерина, который играет главную роль в образовании бляшек. В первую очередь следует сократить употребление продуктов животного происхождения с высоким содержанием холестерина и насыщенных жиров, таких как яйца, жирные мясные и молочные продукты. Важен выбор правильных продуктов питания и употребление пищи в разумных количествах. Следует отдавать предпочтение рыбе, белому мясу домашней птицы, овощам, фруктам, продуктам с высоким содержанием клетчатки. Для

приготовления пищи следует чаще использовать тушение, запекание, варение, гриль, что не требует применения жира.

Ишемическая болезнь сердца — это хроническое заболевание, поэтому необходимость в приеме лекарственных препаратов после проведения вмешательства на коронарных артериях, сохраняется, хотя и в существенно меньшем количестве. Прием лекарственных препаратов должен войти в ежедневную привычку.

Основные рекомендации для пациентов, перенесших АКШ:

- отказ от курения,
- ведение физически активного образа жизни,
- соблюдение диеты и снижение веса,
- регулярный прием лекарств и регулярное посещение кардиолога.

Аутогенная тренировка Шульца представляет собой комплекс упражнений, с помощью которых вызываются эти ощущения и, вследствие их появления — самогипноз. Тепло, разливающееся по всему телу, появляется из-за расширения кровеносных сосудов, что вызывает приток крови ко всем частям тела. Чувство тяжести возникает из-за расслабления мышц. Так как расширение сосудов и расслабление мышц являются компонентами реакции релаксации, аутогенную тренировку стали использовать как технику релаксации, помогающую справляться со стрессом.

Польза аутогенной тренировки

Слово «аутогенная» происходит от двух латинских слов: *autos* — сам и *genos* — происхождение. Это значит, что вы выполняете это действие сами для себя. Вы убедитесь, что этот метод приносит пользу как для физиологического, так и для психологического состояния

Как это делается...

Занятия аутогенной тренировкой проводятся в трёх основных позах: лёжа, полулёжа и в позе кучера. Поза лёжа: человек лежит на спине, руки вытянуты параллельно туловищу и немного согнуты в локтях, ладони обращены вниз, колени и носки стоп раздвинуты кнаружи, глаза закрыты, мышцы расслаблены. Поза полулёжа: человек полулежит в кресле с подлокотниками, мышцы тела расслаблены так, как это бывает при засыпании. Поза кучера:

человек сидит, не касаясь спинки стула, ноги согнуты в коленях, слегка разведены, глаза закрыты, голова свободно упала на грудь.

Одновременно с освоением формул первого и второго этапа человек вызывает у себя ощущение полного спокойствия.

На первом этапе проговариваются следующие словесные формулы самовнушения:

Я совершенно спокоен

Моя правая (левая) рука тяжёлая.

Моя правая (левая) рука тёплая.

Сердце бьётся спокойно и ритмично.

Я дышу совершенно спокойно.

Солнечное сплетение излучает тепло.

Мой лоб приятно прохладен.

Формулы и действия для второго этапа:

Я совершенно спокоен

Представить конкретный цвет.

Представить определённый объект.

Внутренне показать абстрактные явления (счастье, красота и пр.).

Внутренне переживать желаемое чувство.

Вызывать образ другого человека.

На освоение каждой формулы первого этапа, согласно Шульцу, требуется 2 недели. В большинстве современных модификаций это время сокращается до 7–8 дней. Занятия проходят 2–3 раза в день.

Релаксация по Джекобсону

Эта техника основана на связи между тревогой и ее физическими проявлениями (мышечным напряжением). Мышечное напряжение – естественная реакция организма на стресс, подготавливающая организм к бегству или нападению. Поэтому состояние тревоги часто сопровождается ощущением мышечного напряжения. Американский врач Эндмунд Джекобсон заметил, что, устраняя мышечное напряжение, можно уменьшать и другие проявления тревоги.

Выполнение этой техники занимает всего 2 минуты, ее можно делать в транспорте или на рабочем месте.

Регулярные тренировки (2 раза в день) помогут уменьшить уровень тревоги и ускорить выздоровление, научиться в случае необходимости быстро уменьшать тревогу при приближении панической атаки.

1. Во время этого упражнения нужно попеременно напрягать и расслаблять

мышцы. В ходе упражнения Вы будете постепенно увеличивать силу напряжения мышц, затем резко расслабляя их. Наиболее легко научиться выполнять это упражнение с мышцами рук.

2. Сядьте прямо – так, чтобы спина касалась стула, ноги стояли на полу, а руки лежали на коленях.

3. Можно выполнять это упражнение с закрытыми глазами - это поможет Вам лучше расслабиться. Если с закрытыми глазами Вы чувствуете себя некомфортно, делайте упражнение с открытыми глазами.

4. Начните с мышц кисти. Медленно считая до 5, с каждым счетом увеличивайте напряжение в мышцах кисти.

5. На счет 5 резко расслабьте мышцы кисти. Вы почувствуете, как расслаблены кисти рук. Сравните это с ощущением напряжения в мышцах.

6. Теперь повторите это упражнение, напрягая не только мышцы кисти, но и мышцы предплечья.

7. Затем подключите мышцы плеча, затем мышцы предплечья, далее мышцы плеча. В конце упражнения Вы будете напрягать все мышцы рук и мышцы спины.

Когда Вы научитесь делать это упражнение с мышцами рук, Вы можете научиться прорабатывать и другие мышцы – мышцы ног, живота. При этом следите за тем, чтобы сидеть прямо.

В последнюю очередь учитеесь делать это упражнение с мышцами шеи и лица. Чтобы увеличить степень расслабления, Вы можете представить, что делаете его в каком-либо месте, где Вы чувствуете себя расслабленно – на природе или в каком-то месте из своего детства.

Вы можете выполнять это упражнение каждый раз, когда чувствуете напряжение - на работе, в метро, дома.

Регулярное выполнение этого упражнения (2 раза/ день) поможет снизить общий уровень тревоги, увеличит шансы и ускорит выздоровление

Регуляция состояния эмоционального напряжения.

При возникновении интенсивного эмоционального напряжения, ощущения психологического дискомфорта, волнения или раздражения можно использовать следующую схему:

1. Самонаблюдение.
2. Самоинструктирование.
3. Контрольное самонаблюдение.
4. Повторное самоинструктирование.

1. Самонаблюдение. Самонаблюдение является полезным приёмом по двум причинам:

А) Когда человек наблюдает за собой, за изменениями в ощущениях тела и в эмоциональных переживаниях, он занимает позицию «эксперта»; это может иметь терапевтический эффект – Вы отстраняетесь от неприятных переживаний и наблюдаете за ними со стороны (интенсивность неприятных переживаний в этом случае будет снижаться).

Б) Самонаблюдение позволяет отследить все проявления негативного эмоционального состояния и эффективно осуществить в последующем коррекцию данного состояния.

Применение самонаблюдения:

Вопросы к самому себе:

- Я ощущаю эмоциональный дискомфорт? (и ответить)
- Какую именно эмоцию я сейчас испытываю? (и ответить)
- Какова интенсивность этой эмоции по 100- бальной шкале? (и ответить)
- Каковы проявления этой эмоции в моём теле? (ответить подробно: например – повышен тонус определённых мышц /обязательно отметить – каких именно;/сердце бьётся чаще, чем обычно; более частым и менее глубоким стало дыхание, возникло ощущение «мурашек» и т.д.; важно максимально подробно описать все телесные проявления неприятного эмоционального состояния, но особое внимание обратить на частоту дыхания и на степень мышечного напряжения)

2. Самоинструктирование.

После того, как вы внимательно отследили все изменения в вашем теле, вы начинаете воздействовать на обнаруженные Вами проявления неприятного эмоционального состояния. Например:

- *Если на этапе самонаблюдения Вы обнаружили, что некоторые мышцы вашего тела – напряжены, то Вы последовательно расслабляете все те мышцы своего тела, в которых ощущаете напряжение. Вы даёте себе инструкции: «Мышцы моих рук расслабляются, я чувствую как они расслаблены; расслабляются мышцы пальцев, кистей, предплечий, плеч... и так далее для других групп мышц.*
 - *Если на этапе самонаблюдения Вы обнаружили, что дыхание стало более частым, то Вы изменяете ритм своего дыхания – дышите ровно, спокойно, глубоко, даёте себе соответствующие инструкции.*
 - *Если на этапе самонаблюдения Вы заметили, что Вас бросило в жар от неприятного эмоционального переживания, то используйте элементы самовнушения; представьте прохладу, вспомните ощущение приятного прохладного ветра или воды...*
 - *Если на этапе самонаблюдения Вы заметили, что ощущаете озноб, то представьте себе очень тёплую уютную обстановку, или тепло воды в ванной и т.д.*
 - Таким образом Вы продолжаете устранять признаки неприятного эмоционального переживания, вы воздействуете последовательно на **каждый конкретный признак** (например: напряжение конкретных мышц – Вы их расслабляете; учащённое дыхание – Вы замедляете его темп; ощущение жара – Вы уменьшаете это ощущение используя самовнушение и т.д.).
- 3. Контрольное самонаблюдение.** После того, как вы провели самоинструктирование, расслабили мышцы, нормализовали дыхание, представили себя в приятной обстановке, Вы вновь проводите самонаблюдение:
- Чувствую ли я себя спокойнее? (ответить)
 - Сохраняется ли прежняя неприятная эмоция или она исчезла? (ответить)
 - Если неприятная эмоция всё ещё сохраняется, то какова её степень выраженности теперь, после самоинструктирования (оценить степень выраженности эмоции по 100- бальной шкале, сравнить с первоначальным значением)
 - Если Вы почувствовали себя спокойнее, а неприятная эмоция значительно уменьшилась – значит, Вы достигли цели! Если нет, то вы снова внимательно отслеживаете все телесные проявления неприятной эмоции и приступаете к следующему этапу:

4. Повторное самоинструктирование.

Вы проводите самоинструктирование повторно. Вы воздействуете на все признаки эмоционального напряжения в вашем теле. Вы внимательно концентрируете внимание на каждом проявлении напряжения и даёте себе соответствующие инструкции (Например: «дышать ровно, спокойно», «расслабить мышцы плеч, почувствовать их расслабление» и т.д.).

Затем, Вы вновь проверяете – уменьшились ли проявления неприятных переживаний.

Приложение 3

Мотивационная анкета

Место жительства (насел. пункт) _____

пол _____ возраст _____

1.1. На каком месте среди жизненных приоритетов у Вас находится Ваше здоровье?

- На 1-ом На 2-ом На 3-ем Далее 3-го Затрудняюсь ответить

1.2. Насколько подходит Вам выражение: «Я готов(а) сделать все, что от меня зависит, чтобы улучшить свое здоровье»?

1. Полностью подходит 2. Скорее да 3. Скорее нет 4. Нет

1.3. Есть ли у Вас в настоящий момент необходимость улучшить свое здоровье?

1. Да. Очень нужно.
 2. Есть определенные проблемы со здоровьем, которые надо решить
 3. Хорошо бы, но большой потребности в этом нет
 4. Нет. Сейчас состояние здоровья меня вполне устраивает

1.4. Приемлем ли для Вас 10-ти процентный риск умереть «от сердца» в течение ближайших 5 лет, чтобы ничего не делать для его снижения?

1. Да. Риск небольшой 2. Нет. Хотелось бы его снизить
 3. Нет. Его надо снизить 4. Нет. Надо сделать все, чтобы его снизить

1.5. До какого возраста Вы бы хотели дожить? 1. До _____ лет

2. Пока могу себя обслуживать 3. Другое 4. Не думал(а) об этом

1.6. Хотите ли Вы активно участвовать в улучшении своего здоровья?

1. Да. Я готов взять на себя ответственность за свое здоровье

- 2. Да. Думаю, что я смогу
- 3. Да, но не уверен, что у меня получится
- 4. Нет. Мое здоровье зависит от врачей. Это их работа и их ответственность.

1.7 Вы будете строго следовать рекомендациям, если это связано с некоторыми «неудобствами» (изменение питания, увеличение физ. активности, отказ от курения)?

- 1. Да, конечно. Главное - здоровье
- 2. Да. Думаю, что я смогу
- 3. Да, но не уверен, что у меня получится
- 4. Нет

Насколько Вы согласны со следующими утверждениями?

2.1 Ишемическая болезнь сердца - это жизнеугрожающая патология. От нее умирают чаще, чем от других болезней

- 1. Так оно и есть
- 2. Это еще не доказано
- 3. Это миф
- 4. Первый раз слышу

2.2. Ишемическая болезнь сердца существенно сокращает жизнь, если ее не лечить.

- 1. Так оно и есть
- 2. Это еще не доказано
- 3. Это миф
- 4. Первый раз слышу

2.3 Сердечно-сосудистые болезни могут ограничить физические способности человека, вплоть до невозможности самообслуживания. И это может случиться внезапно.

- 1. Так оно и есть
- 2. Это еще не доказано
- 3. Это миф
- 4. Первый раз слышу

2.4 Сердечно-сосудистые заболевания снижают интеллектуальные способности

- 1. Так оно и есть
- 2. Это еще не доказано
- 3. Это миф
- 4. Первый раз слышу

2.5 Боли (дискомфорт в груди) — одно из проявлений ишемической болезни сердца

■ 1. Так оно и есть ■ 2. Это еще не доказано ■ 3. Это миф ■ 4. Первый раз слышу

2.6 Инфаркт миокарда — одно из проявлений ишемической болезни сердца

■ 1. Так оно и есть ■ 2. Это еще не доказано ■ 3. Это миф ■ 4. Первый раз слышу

2.7 Внезапная смерть — одно из проявлений ишемической болезни сердца

■ 1. Так оно и есть ■ 2. Это еще не доказано ■ 3. Это миф ■ 4. Первый раз слышу

Оцените, насколько подходят Вам следующие утверждения.

3.1 У меня нет времени, чтобы заниматься своим здоровьем.

■ 1. Полностью подходит ■ 2. Скорее да ■ 3. Скорее нет ■
4. Нет

3.2. Думаю, что изменение образа жизни не решит моих проблем со здоровьем.

■ 1. Полностью подходит ■ 2. Скорее да ■ 3. Скорее нет ■
4. Нет

3.3. Выполнению рекомендаций может препятствовать отношение близких людей (например, то, что надо изменить питание, может их раздражать).

■ 1. Полностью подходит ■ 2. Скорее да ■ 3. Скорее нет ■
4. Нет

3.4. Я обладаю достаточной волей и мотивацией, чтобы улучшить свой образ жизни.

■ 1. Полностью подходит ■ 2. Скорее да ■ 3. Скорее нет ■
4. Нет

3.5. Состояние здоровья устраивает. Не вижу смысла в дополнительных усилиях.

■ 1. Полностью подходит ■ 2. Скорее да ■ 3. Скорее нет ■
4. Нет

3.6. Я живу, как мне нравится. Возможные последствия меня не пугают.

- 1. Полностью подходит ■ 2. Скорее да ■ 3. Скорее нет ■
4. Нет

3.7. Изменить образ жизни не позволяет материальное положение.

- 1. Полностью подходит ■ 2. Скорее да ■ 3. Скорее нет ■
4. Нет

Что может мотивировать Вас на изменение образа жизни?

4.1. Факт того, что образ жизни для сохранения здоровья не менее важен, чем лекарства или операции.

- 1. Значимый мотив ■ 2. Скорее значимый ■ 3. Мало значимый ■ 4. Не мотивирует

4.2 Желание сохранить профессиональную активность

- 1. Значимый мотив ■ 2. Скорее значимый ■ 3. Мало значимый ■ 4. Не мотивирует

4.3 Желание сохранить активность в семейной жизни

- 1. Значимый мотив ■ 2. Скорее значимый ■ 3. Мало значимый ■ 4. Не мотивирует

4.4 Желание сохранить активность в сфере досуга (активный отдых, хобби, путешествия и т. д.)

- 1. Значимый мотив ■ 2. Скорее значимый ■ 3. Мало значимый ■ 4. Не мотивирует

4.5 Желание избавиться от симптомов, которые меня беспокоят

- 1. Значимый мотив ■ 2. Скорее значимый ■ 3. Мало значимый ■ 4. Не мотивирует

4.6 Страх стать обузой для близких

- 1. Значимый мотив ■ 2. Скорее значимый ■ 3. Мало значимый ■ 4. Не мотивирует

4.7 Страх преждевременной смерти.

- 1. Значимый мотив ■ 2. Скорее значимый ■ 3. Мало значимый ■ 4. Не мотивирует

В НИЛ реабилитации «СЗФМИЦ им. В. А. Алмазова» разработана дистанционная консультативная программа амбулаторной кардиореабилитации и вторичной профилактики ИБС, которая поможет Вам сохранить и улучшить Ваше здоровье. Если Вы хотите принять в ней участие, напишите, пожалуйста, фамилию, имя, отчество, телефон и e-mail (если есть):
