

На правах рукописи

Киселева Мария Георгиевна

**ВЛИЯНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ
ОСОБЕННОСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ
С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО
СОПРОВОЖДЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО
ВОССТАНОВЛЕНИЯ**

19.00.04 - Медицинская психология (психологические науки)

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Москва- 2012

Работа выполнена в ФГБУ «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» РАМН и ФГБОУ ВПО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова»

Научные руководители:

Бокерия Лео Антонович - доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН, академик РАН; заведующий Отделением хирургического лечения интерактивной патологии, директор ФГБУ «НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» РАМН

Зинченко Юрий Петрович - доктор психологических наук, профессор, член-корреспондент РАО; заведующий кафедрой методологии психологии, декан факультета психологии ФГБОУ ВПО «МГУ имени М.В. Ломоносова»

Официальные оппоненты:

Дозорцева Елена Георгиевна - доктор психологических наук, профессор; руководитель лаборатории психологии детского и подросткового возраста отдела социальных и судебно-психиатрических проблем несовершеннолетних ФГБУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского» Минздравсоцразвития России

Сирота Наталья Александровна – доктор медицинских наук, профессор; заведующий кафедрой клинической психологии, декан факультета клинической психологии ГБОУ ВПО МГМСУ Минздравсоцразвития России

Бранд Яков Бениаминович - доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач РФ; руководитель отделения неотложной коронарной хирургии НИИ скорой помощи имени Н.В. Склифосовского

Ведущая организация: ГБОУ ВПО «**Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова**» Минздравсоцразвития России

Защита состоится 25 мая 2012 года в 13.00 на заседании диссертационного совета Д 501.001.15 в ФГБОУ ВПО «МГУ имени М.В. Ломоносова» по адресу: 125009, г. Москва, улица Моховая, дом 11, строение 9, аудитория 215.

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке МГУ имени М.В. Ломоносова (г. Москва, ул. Моховая, д.9)

Автореферат разослан _____ 20__ года.

Ученый секретарь
диссертационного совета Д 501.001.15,
кандидат психологических наук,
доцент

Е.Ю. Балашова

Актуальность проблемы, которой посвящена диссертационная работа определяется как логикой развития исследований патогенетического влияния психических факторов на возникновение, течение и лечение соматических и психосоматических заболеваний, в частности, проблемы внутренней картины болезни и психологической адаптации личности к хроническому соматическому заболеванию, так и практическими запросами здравоохранения.

Проводившиеся ранее исследования психологического состояния лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями направлены на изучение внутренней картины болезни, без выделения периода хирургического лечения (Николаева В.В., 1995; Розова Т.Н., 1991; Бевз И.А., 1998; Попогребский А.П., 1998). Ситуация хирургического лечения ставит пациента перед вопросом жизни и смерти, обладает особой смысловой значимостью и сопровождается интенсивными эмоциональными переживаниями. Отношение пациента к предстоящему хирургическому лечению, хотя и является частью внутренней картины болезни, но представляет собой особый конструкт, требующий отдельного изучения. Характер отношения определяет адекватность поведения в ситуации лечения (illness behavior), степень следования рекомендациям врачей (compliance), способность восстановления нарушенных взаимоотношений между индивидом и средой (coping) (Becker M., Mainman L., 1983; Сирота Н.А., 1994).

Ситуация хирургического лечения включает в себя субъективное восприятие действий врачей и других медицинских работников, прогноз исхода оперативного вмешательства и многие другие факторы, что в совокупности получает вторичное психосемантическое означение. При этом лечение, лишённое адекватного «мифа», в значительной степени утрачивает свою субъективную эффективность (Тхостов А.Ш., 2002). Неадекватные имплицитные концепции предстоящего лечения могут порождать соответствующие телесные сенсации и, наоборот, реальные интрацептивные

ощущения в процессе и результате лечения могут быть неверно означены пациентами (Тхостов А.Ш., 2002). Негативные модели ожидаемых результатов хирургического лечения могут приводить к развитию ноцебо эффекта (негативного плацебо эффекта).

Практическая актуальность исследования обусловлена запросами здравоохранения и общества в целом. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) лидируют по распространенности во всем мире и занимают первое место среди причин инвалидности и смертности в трудоспособном возрасте в России. Показатели смертности от ССЗ в России среди мужского и женского населения всех возрастов одни из самых высоких в мире., составляют более 800 чел. на 100 тыс. населения (Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г., 2010) и превышают аналогичные показатели в США, Японии и экономически развитых странах Европейского региона более чем в 4 раза (WHO/Europe, European database, 2010).

Хирургическое лечение – наиболее эффективный из современных методов лечения большинства сердечно-сосудистых заболеваний - обеспечивает значительное улучшение в состоянии больного (Бокерия Л.А., Голухова Е.З., 2010), но, несмотря на это, более половины прооперированных пациентов (45%-55%) имеют низкие показатели личной, профессиональной и социальной адаптации (Замотаев Ю.Н., 2002). Расхождение в клинических и социальных показателях, наряду с общепризнанными соматическими факторами неблагоприятного прогноза сердечно-сосудистых заболеваний, обусловлено и психическими факторами: аффективными (депрессия, тревога, психологический стресс), личностными чертами, социально-психологической изоляцией (Ревенко В.Н., 1988; Зайцев В.П., 1997; Замотаев Ю.Н., 2002; Погосова Г.В., 2002; Carels R., 2004; Contrada E., 2008; Molinary E., 2010; Rozancki A., 1999; Blumental J., 2003 и др.).

Однако проблема психологического состояния в периоперационный период у пациентов с различными нозологиями, проходящих разные типы оперативного лечения, до сих пор не исследовалась. Хирургическая

операция характеризуется не только сильнейшим физиологическим, но и интенсивным психологическим стрессом (Самушия М.А., 2006). Ситуация угрозы образу тела, риск ухудшения состояния здоровья или летального исхода, боль, беспомощность затрагивают самые глубинные слои психики больного, обнажают его уязвимые места, вызывают сильнейшие чувства. Особенно это относится к операции на сердце. R. Johnson описал феномен, названный «социокультурной символикой сердца», связанный с особым значением, которое человек придает своему сердцу как важнейшему органу, ответственному за сохранение жизни.

Оценка роли индивидуально-психологических особенностей в возникновении неблагоприятного течения послеоперационного периода позволит индивидуализировать и оптимизировать процесс оказания комплексной медико-психологической помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями в период кардиохирургического лечения.

Целью исследования является выявление типов отношений пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями к хирургическому лечению и изучение их роли в протекании периоперационного периода для определения адекватных мишеней психологического воздействия.

Поставленная цель реализуется посредством решения ряда **задач**:

Задачами теоретического исследования являются:

1. Теоретико-методологический анализ феномена внутренней картины болезни с выделением в нем отношения к хирургическому лечению; механизмов влияния психологических факторов на возникновение и течение сердечно-сосудистых заболеваний.

Задачами эмпирического исследования являются:

1. Проведение исследования индивидуально-психологических особенностей пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями с целью разработки типологии их отношения к хирургическому лечению.

2. Изучение связи между отношением к хирургическому лечению у пациентов кардиохирургического стационара, их эмоциональным

состоянием в периоперационный период и характером течения послеоперационного периода.

3. Определение мишеней психологического воздействия для эффективного психологического сопровождения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в периоперационный период в зависимости от типа их отношения к хирургическому лечению.

4. Определение социально-психологических, клинических факторов риска эмоционального неблагополучия пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в период хирургического лечения.

Гипотеза. Характер отношения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями к предстоящему хирургическому лечению является одним из факторов, обуславливающих их психологический статус в периоперационный период и характер течения послеоперационного периода.

Объект исследования – индивидуально-психологические особенности и специфика психического состояния пациентов кардиохирургического стационара, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Предмет исследования – типы отношений больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями к хирургическому лечению и их роль в протекании периоперационного периода.

Методологической основой исследования являются: культурно-историческая концепция развития психики (Выготский Л.С., 1931; Лурия А.Р., 1969; Леонтьев А.Н., 1975, 1981), теория деятельности (Леонтьев А.Н. 1937/1988); концепции психологии телесности (Николаева В.В., 1987, 1991, 1995, 2003, 2004; Тхостов А.Ш., 1990, 1993, 1994, 2002, 2003; Арина Г.А., 1990, 1993, 2003, 2004); концепции внутренней картины болезни (Лурия Р.А., 1944; Ballint M., 1960; Vondracheck V., 1969; Pilowski I., 1969; Фрумкин Я.П., 1970; Ковалев И.А., 1972; Henzen-Klemens J., 1979; Личко А.Е., Иванов Н.Я., 1980; Вассерман Л.И., 1987; Николаева В.В., 1987, 1990, 1991, 1993, 1994, 2003, 2004; Тхостов А.Ш., 1990, 2002; Арина Г.А., 2002); психология «смысла» (Выготский Л.С., 1934; Леонтьев А.Н., 1956, 1966, 1971; Леонтьев Д.А., 1992, 2007; Асмолов А.Г.,

1976, 1977; 1984; 1979; Братусь Б.С., 1985, 1986); положение отечественной патопсихологии о единстве механизмов психического развития, действующих как в норме, так и в патологии (Зейгарник Б.В., 1948, 1962; Братусь Б.С., 1974, 1986; Соколова Е.Т., 1976); психология отношений (Мясищев В.Н., 1949, 1966, 1969, 1970); семиотическая теория мифологического мышления (Барт Р., 1957).

Эмпирический аппарат исследования составили методы: 1) клиническая беседа; 2) анализ истории болезни; 3) беседа с лечащим врачом, а также психодиагностические методики: 1) опросник «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) (Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я., 2005); 2) шкала депрессии Центра эпидемиологических исследований (CES-D) (Андрющенко А.В., Дробижев М.Ю., Добровольская А.В., 2003); 3) Методика диагностики самооценки Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина; 4) проективная методика «Цветовой тест отношений» (ЦТО) (Эткинд А.М., 1981) в части изучения ассоциативного ряда; 5) восьмицветовой тест Люшера (Собчик Л.Н., 1990) в качестве стимульного материала для методики ЦТО; 6) шкала самооценки Дембо-Рубинштейн (Рубинштейн С.Я., 1968); 7) проективная методика «Незаконченные предложения» в модификации автора; 8) методика «Семантический дифференциал» в модификации автора; 9) тест «Смыслоразнонаправленные ориентации» (СЖО) (Леонтьев Д.А., 1992).

Исследование проводилось на базе Отделения хирургического лечения интерактивной патологии ФГБУ «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» РАМН (директор – доктор медицинских наук, профессор, академик РАН и РАМН Л.А. Бокерия).

Выборка. Всего в исследовании приняли участие 177 человек. Клиническая группа составила 126 пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, проходящих лечение в кардиохирургическом стационаре (44% женщины). Средний возраст 48 ± 13 лет. Из них с диагнозом ишемическая болезнь сердца (коды по МКБ-10: 120-125) – 32 чел.; различные виды аритмии (коды по МКБ-10: 144-145.9, 147-149.0) – 31 чел.;

врожденные пороки сердца (коды по МКБ-10: Q20-Q28) – 31 чел.; приобретенные пороки сердца (коды по МКБ-10: 105-109) - 31 чел. «Открытая» операция на сердце – 80 случаев; «закрытая» – 46 случаев. Стадия хронической недостаточности кровообращения (ХНК) по классификации Стражеско-Василенко – 2А; функциональный класс (ФК) по классификации Ньюйоркской кардиологической ассоциации (NYCA) – II-III. Не прошли процедуру исследования до конца 12 человек.

Контрольная группа – 39 человек (42% женщины) без психической и физической патологии, без хирургических операций в анамнезе на момент обследования. Средний возраст 48 ± 12 лет.

Достоверность и надежность результатов обеспечена репрезентативностью выборки испытуемых, применением научно-обоснованных методов психологического исследования, корректной обработкой полученных данных с помощью адекватных методов математико-статистической обработки данных. Анализ клинических данных проводился с помощью стандартных методов статистики с использованием программных продуктов IBM SPSS for Mac OS, version 19.

Научная новизна исследования.

Впервые проведено комплексное психологическое исследование пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в период хирургического лечения на предмет типологизации их психологических особенностей с целью определения адекватных мишеней психологического воздействия. Рассмотрены особенности эмоционального состояния пациентов с различными сердечно-сосудистыми заболеваниями (ишемическая болезнь сердца, аритмия, врожденные пороки сердца, приобретенные пороки сердца) в период хирургического лечения. Впервые рассмотрены особенности эмоционального состояния в периоперационный период у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями при разных типах кардиохирургического вмешательства («открытые» и «закрытые» хирургические операции на сердце).

Впервые в отечественной клинической психологии исследовано отношение к хирургической операции как у практически здоровых людей, так и у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Выделены типы отношения к хирургической операции у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в период хирургического лечения.

В результате проведенного эмпирического исследования выявлено, что индивидуально-психологические особенности пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, наряду с биологическими и средовыми, вносят вклад в общую картину патогенеза послеоперационных осложнений. Новизной обладают данные о том, что неадекватное отношение к хирургической операции, связанное с негативной моделью ожидаемых результатов лечения, является фактором риска, повышающим вероятность развития неблагоприятного течения послеоперационного периода, развития соматических осложнений и эмоционального неблагополучия.

Получены новые данные о выраженности тревоги и депрессии и их динамики в периоперационном периоде, о распространенности разных типов внутренней картины болезни у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в период хирургического лечения.

Впервые определены мишени психологического воздействия для повышения эффективности психологического сопровождения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в периоперационном периоде в зависимости от типа их отношения к предстоящему хирургическому лечению.

Теоретическая значимость работы заключается в том, что полученные в исследовании данные обогащают научные представления о внутренней картине болезни, психосоматических взаимоотношениях, имеют значение для таких областей психологии, как психосоматика и психология телесности. Результаты исследования вносят вклад в изучение роли психологических факторов в симптомогенезе и патогенезе соматических и психосоматических заболеваний.

Практическое значение работы состоит в том, что полученные в результате исследования данные являются обоснованием для построения медико-психологических разделов программ психологического сопровождения и адаптации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в период кардиохирургического лечения. Положения и выводы работы могут использоваться в практической работе медицинских психологов кардиологических медицинских учреждений, позволяя индивидуализировать подход к оказанию психологической помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями в периоперационном периоде, осуществлять вероятностный прогноз течения послеоперационного периода. Полученные результаты могут использоваться в учебных курсах «Психосоматика», «Психология телесности» в системе высшего и постдипломного образования клинических психологов.

Положения, выносимые на защиту:

1. Индивидуально-психологические особенности пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, наряду с биологическими и средовыми, вносят вклад в общую картину патогенеза послеоперационных осложнений.

2. Психологическая диагностика типов отношений пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями к предстоящему хирургическому лечению позволяет определить их роль в течении послеоперационного периода и выделить адекватные мишени психокоррекционного воздействия в период хирургического лечения.

3. Основой построения эффективной модели психологического сопровождения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в период хирургического лечения является учет характера отношения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями к предстоящему хирургическому лечению и создание субъективно приемлемой адекватной модели ожидаемых результатов лечения.

Апробация и внедрение результатов исследования. Материалы диссертации докладывались и обсуждались на заседании кафедры клинической психологии НОЧУ ВПО «Институт практической психологии и психоанализа» (2011, 2012) и кафедры методологии психологии факультета психологии ФГБУ ВПО «МГУ имени М.В. Ломоносова» (2012 г.), в Отделении хирургического лечения интерактивной патологии ФГБУ «НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» (2011, 2012). Основные положения и результаты исследования представлены на XVII Всероссийском съезде сердечно-сосудистых хирургов (г. Москва, 2011).

Результаты исследования используются при чтении учебного курса «Психосоматика» в НОЧУ ВПО «Институт практической психологии и психоанализа»; при психологическом сопровождении пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в период хирургического лечения в ФГБУ «НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» РАМН; Киевской городской клинической больнице «Киевский городской центр сердца» (Украина).

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, библиографии (234 источник из них 79 на иностранном языке) и шести приложений. Работа содержит 16 таблиц, 20 рисунков. Объем основного текста составляет 179 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **Введении** обосновывается актуальность исследования отношения к хирургическому лечению для повышения психологической адаптации пациентов кардиохирургического стационара; определяются объект, предмет, цели и задачи исследования; формулируется гипотеза; конкретизируются методы и этапы работы; раскрывается научная новизна исследования, его теоретическая и практическая значимость.

Первая глава «Сердечно-сосудистые заболевания: биологические и психологические факторы влияния» посвящена краткому описанию основных видов сердечно-сосудистых заболеваний и роли психологических факторов в их возникновении и течении. **В первом параграфе «Основные**

виды сердечно-сосудистых заболеваний и хирургические методы их лечения» дается краткая характеристика основных видов сердечно-сосудистых заболеваний: ишемическая болезнь сердца, аритмии, врожденные пороки сердца, приобретенные пороки сердца. Описаны основные виды хирургического лечения данных заболеваний: «открытые операции» - операция аортокоронарного шунтирования (АКШ), хирургическая операция «Лабиринт», протезирование клапанов сердца, трансплантация сердца; «закрытые операции» - баллонная ангиопластика, коронарное стентирование, радиочастотная абляция (РЧА), имплантация кардиостимулятора (дефибриллятора). Приведены возможные соматические послеоперационные осложнения. **Во втором параграфе** «Психологические факторы и течение сердечно-сосудистых заболеваний» представлен обзор литературы, посвященной влиянию психологических факторов на возникновение, течение и прогноз сердечно-сосудистых заболеваний. К основным факторам влияния отнесены: депрессия и депрессивная симптоматика, тревога, личностные черты, социальная изоляция, стресс. Рассматриваются механизмы их патологического воздействия не только на течение сердечно-сосудистых заболеваний, но и на периоперационный период в связи с хирургическим лечением.

Вторая глава «Субъективный образ болезни» посвящена исследованию феномена «внутренняя картина болезни». **В первом параграфе** говорится о ситуации болезни как компоненте новой кризисной «социальной ситуации развития» (Николаева В.В.). Болезнь рассматривается как «кризисная ситуация развития», с которой, рано или поздно, сталкивается любой человек. Это заставляет его претерпеть некоторые личностные изменения и приводит к перестройке иерархии его мотивов, переподчинению новому главному смыслообразующему мотиву сохранения жизни и восстановление здоровья, названому А.Ш. Тхостовым «сдвиг цели на мотив». Новый ведущий мотив лишает многие мотивы своей побудительной и смыслообразующей силы и делает целями в сохранении жизни (Тхостов А.Ш., 1980). То, чем станет для человека болезнь, в меньшей

мере зависит от объективного диагноза, чем от того, какую картину своей болезни он сотворит в процессе познания себя как пациента. Результатом его творчества становится внутренняя картина болезни, концепции которой рассматривается **во втором параграфе** данной главы. Внутренняя картина болезни (ВКБ) – универсальный феномен и возникает при любых заболеваниях, как острых, так и хронических (Николаева В.В., 1987). Заболевший создает образ своей болезни, а ВКБ выступает как продукт собственной активности человека. Сформированная ВКБ влияет на всю психическую жизнь человека, а также на динамику заболевания. ВКБ – динамическое образование, имеет уровневое строение, может быть классифицирована по разным критериям. **Третий параграф** посвящен описанию динамики ВКБ в процессе болезни. Хирургическая операция может выступать как отдельное событие в истории болезни, а отношение больного к предстоящему вмешательству может стать отдельным предметом исследования. Под отношением понимается активная, сознательная, интегральная, основанная на опыте связь личности с разными сторонами действительности, имеющая эмоциональную, когнитивную и поведенческую стороны (Мясищев В.Н., 1948, 1949). Данное понимание дополнено рассмотрением неосознаваемого компонента отношения. Приводятся данные исследований психологической составляющей течения периоперационного периода у пациентов с ишемической болезнью сердца после операции аортокоронарного шунтирования.

Третья глава «Смысловая сфера личности» посвящена краткому теоретическому исследованию ценностно-смысловой сферы личности. Рассмотрены взгляды Л.С. Выготского, А.Н. Леонтьева, Д.А. Леонтьева, А.Г. Асмолова, В. Франкла, Б.С. Братуся на проблему смысла в психологии. Внешняя реальность находит свое отражение в сознании субъекта посредством преломления через призму его ценностей и обретая субъективный смысл. Акт вторичного означения описывается с позиции семиотической теории мифологического мышления Р. Барта.

Четвертая глава «Эмпирическое исследование отношения к

хирургическому лечению» посвящена изучению отношения пациентов к предстоящей хирургической операции. **Параграф 4.1** посвящен материалу и методам исследования. Пилотажное исследование позволило выделить 4 типа отношений к операции: пессимистический (ожидание неудачи в лечении, лечение – угроза, лишение); безразличный (отсутствие ожиданий, лечение – бессмысленность); оптимистично нереалистичный (завышенные ожидания, лечение – решение всех проблем); оптимистично реалистичный (адекватные ожидания, представление о возможных как положительных, так и отрицательных результатах лечения, с акцентом на позитивный итог хирургической операции). На основе частотного и качественного анализа клинической беседы выделены группы слов, связанные с отношением пациентов к предстоящему лечению, которые вошли в методики «Семантический дифференциал» (22 пары слов), проективные методики «Цветовой тест отношений» (58 слов), «Незаконченные предложения» (7 предложений).

Анализ клинических данных проводился с помощью стандартных методов статистики: критерия нормальности Колмогорова-Смирнова, критерия U Манна-Уитни для независимых выборок; t-критерия Стьюдента, коэффициента ранговой корреляции Спирмена, критерия хи-квадрат Пирсона; апостериорного критерия Бонферрони.

В параграфе 4.2 приведены результаты исследования и их обсуждение. **В пункте 4.2.1** представлен анализ сравнения эмоционального состояния, отношения к хирургическому лечению в контрольной и клинической группах.

Эмоциональное состояние пациентов с сердечно-сосудистой патологией в ситуации хирургического лечения характеризуется значимо более высоким уровнем депрессии, ситуативной и личностной тревожности ($p < 0,01$, t-критерий Стьюдента), ощущением эмоционального дискомфорта; значимо более низкой уверенностью в себе, удовлетворенностью жизнью ($p < 0,01$, критерий U Манна-Уитни). У пациентов возникает ощущение отсутствия

контроля над ситуацией, снижается ощущение возможности управления собственной жизнью (Рис.1).

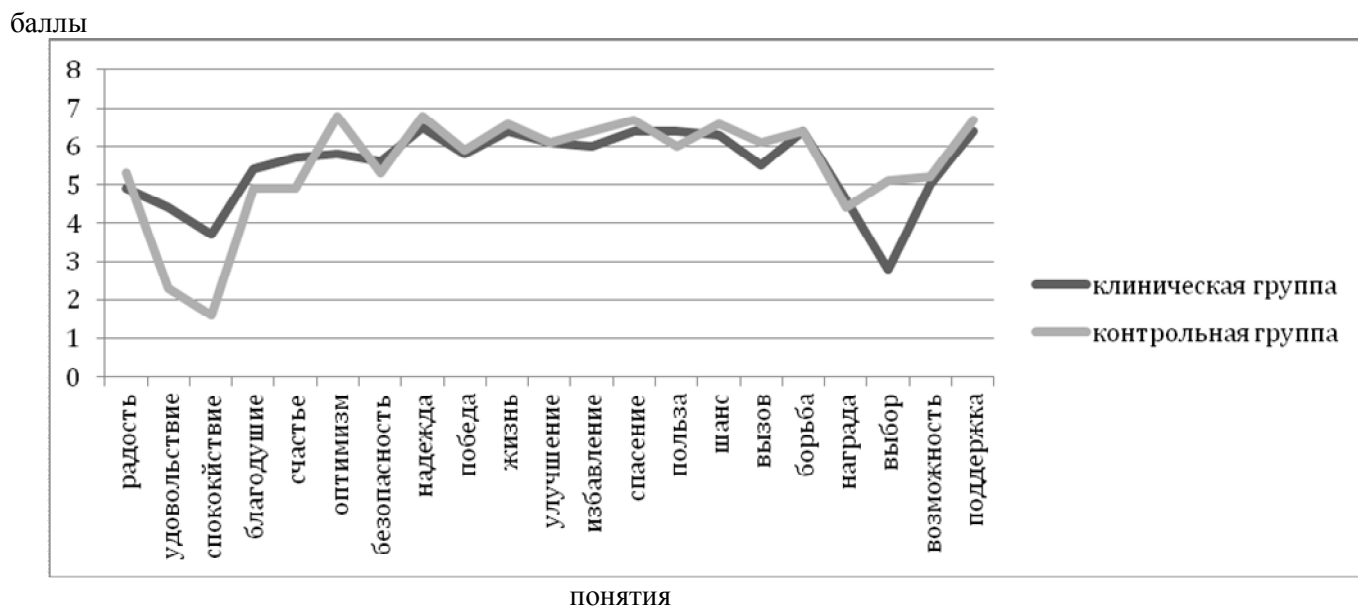


Рисунок 1. Результаты методики «Семантический дифференциал» для контрольной и клинической групп.

У пациентов кардиостационара (клиническая группа) хирургическое вмешательство ощущается как обязанность и необходимость. Оно вызывает широкий спектр эмоций: от отчаяния, страха, горя, гнева до счастья, удовольствия, благодушия. Вне ситуации хирургического лечения у условно здоровых людей хирургическое лечение ассоциируется с меньшим количеством эмоций, чаще негативного спектра. У условно здоровых людей есть ощущения большей подконтрольности ситуации хирургического лечения, она ощущается как выбор, возможность (Рис.1).

В пункте 4.2.2 представлены результаты анализа влияния демографических, социально-психологических факторов на исследуемые параметры эмоционального состояния. Возраст, образовательный статус – не оказали значимого влияния на результаты исследования эмоционального состояния пациентов с ССЗ в период хирургического лечения. Отсутствие постоянной работы на момент лечения неблагоприятно сказывается на эмоциональном состоянии больных. Так, в группе работающих пациентов уровень депрессии до операции, уровень депрессии после операции, уровень

личностной тревожности достоверно ниже, чем в группе неработающих пациентов ($p < 0,05$). Уровень самооценки эмоционального состояния до и после лечения, удовлетворенностью жизнью, уверенности в себе в группе работающих пациентов значимо выше, чем в группе неработающих.

Уровни до- и постоперационной депрессии значимо выше, а уровень самооценки эмоционального комфорта значимо ниже в группе пациентов, не имеющих постоянного партнера.

В пункте 4.2.3 приводится сравнительный анализ различий параметров эмоционального состояния, структуры ВКБ пациентов клинической группы в зависимости от нозологии и стажа заболевания.

На основании анализа истории болезни выделены четыре основных группы по диагнозу: 1) ишемическая болезнь сердца (ИБС) – 32 чел.; 2) различные виды аритмий (фибрилляция, мерцательная аритмия, прочие виды аритмии, не связанные с ИБС и пороками сердца) – 31 чел.; 3) врожденные пороки сердца (ВПС) – 31 чел.; 4) приобретенные пороки сердца (ППС) – 32 чел.

Также выделено три группы в зависимости от стажа заболевания: 1) со стажем заболевания до 4-х лет (40 чел.); 2) со стажем заболевания от 4-х до 10 лет (44 чел.); 3) со стажем заболевания более 11 лет (42 чел.).

Наивысшие показатели уровня депрессии до- и после хирургического лечения зафиксированы в группе больных ВПС; наиболее низкий уровень – в группе больных аритмиями и ППС. Уровень личностной и ситуативной тревожности во всех группах мало отличается и находится в диапазоне: от 44,0 – в группах ППС и аритмий до 46,7 – в группах ИБС и ВПС.

Наиболее эмоционально комфортно перед хирургическим лечением чувствовали себя больные из группы с аритмиями, наименее комфортно – из группы с ВПС и ИБС.

Анализ динамики изменения эмоционального состояния на примере динамики уровня депрессии (Рис.2), ситуативной тревожности уровня самооценки эмоционального состояния обнаружил устойчивую зависимость послеоперационного психоэмоционального состояния от

предоперационного. При этом уровень дооперационной депрессии ниже, а уровень дооперационной тревоги выше, чем соответствующие показатели после хирургической операции.

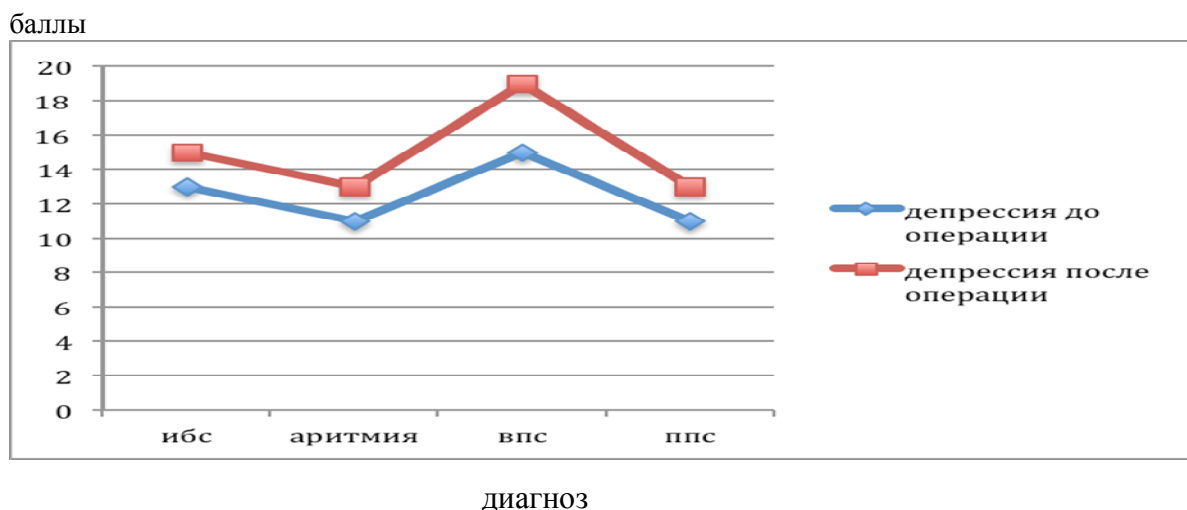


Рисунок 2. Динамика уровня депрессии до и после хирургического лечения в зависимости от нозологии.

Во всех рассматриваемых группах ожидаемый уровень эмоционального комфорта не совпадает с оцененным после хирургического лечения. Наибольший разрыв между ожиданиями и реальностью зафиксирован в группе больных ВПС (Рис.3).

Корреляционный анализ взаимосвязи стажа заболевания с параметрами психоэмоционального состояния выявил статистически значимую положительную корреляцию между сроком заболевания и уровнями депрессии до операции ($R=0,334$, $p=0,004$) и после операции ($R=0,390$; $p=0,001$), а также статистически значимую отрицательную корреляцию между сроком заболевания и самооценкой эмоционального комфорта после операции ($R=-0,303$; $p=0,022$).

Изучение связи типа ВКБ с нозологией показало следующее. Для пациентов из группы ИБС характерно преобладание меланхолического, апатического, сенситивного типов ВКБ и в меньшей степени – эргопатического, ипохондрического и паранойяльного.

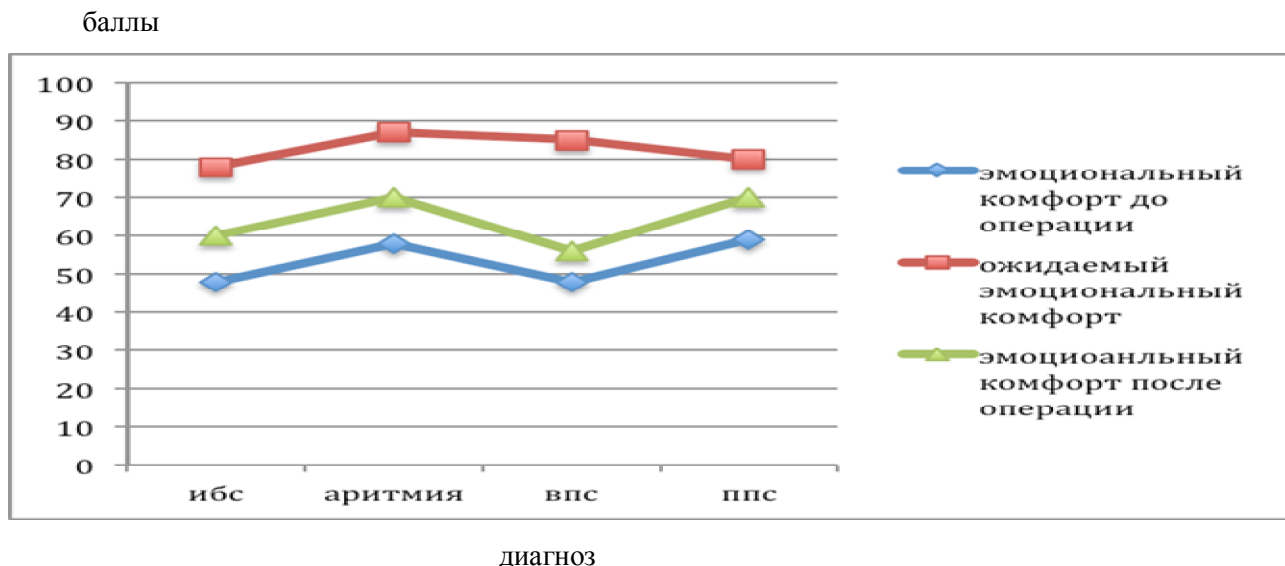


Рисунок 3. Динамика самооценки уровня эмоционального комфорта в зависимости от этапа лечения и нозологии.

ВКБ пациентов из группы с аритмиями характеризуется преобладанием эргопатического и сенситивного типов ВКБ и малой распространенностью апатического и дисфорического типов. Для пациентов из группы ВПС характерны ипохондрический, паранойальный и дисфорический типы, и не характерны – анозогнозический и сенситивный типы. ВКБ больных из группы ППС характеризуется преобладанием анозогнозического типа и малой распространенностью меланхолического и апатического типов (методика ТОБОЛ).

Анализ результатов исследования распределения групп ВКБ в зависимости от стажа заболевания показал, что в начале заболевания преобладают адаптивные типы ВКБ, в основном, за счет развития анозогнозического и эргопатического типов. По мере перехода заболевания в хроническую фазу, степень адаптивности к болезни снижается, а интер- и интрапсихические типы ВКБ начинают встречаться вдвое чаще.

В пункте 4.2.4 приведены результаты исследования влияния типа хирургического лечения на эмоциональное состояние. В клинической группе 81 (64,2%) человек проходил хирургическое лечение на «открытом» сердце; 45 (35,8%) человек – на «закрытом».

Анализ исследования эмоционального состояния в данных группах не выявил значимых различий по уровню депрессии до операции; личностной тревожности; самооценке эмоционального комфорта до- и после операции.

Уровень ситуативной тревожности значимо выше в группе «открытых операций» ($p=0,020$) и составил $46,3\pm 7,9$. Уровень депрессии после операции значимо выше ($p=0,049$) в группе «открытых операций» и составил $16,0\pm 6,6$.

Пункт 4.2.5 посвящен описанию типов отношений пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями к предстоящей хирургической операции. На основании контент-анализа клинической беседы выделены четыре типа отношения к хирургическому вмешательству.

Первый тип – пессимистический – отношение к лечению, как к угрозе, лишению, потере (24 чел.). Пациенты сосредоточены на возможных негативных последствиях и осложнениях оперативного лечения, испытывают сильный страх перед хирургическим вмешательством. Словарь больных богат такими словами, как: «угроза», «смерть», «конец», «ужас», «вскроют», «остановка сердца», «осложнения», «невозможно», «кошмар», «не поможет», «реанимация», «морг», «боль».

Обсуждение предстоящего лечения у таких пациентов происходит в бинарных категориях: «все – ничего», «жизнь – смерть». Перспектива будущего сужена, пациентам сложно говорить на темы, не касающиеся хирургического лечения («тоннельное мышление»). Эмоции имеют бурное выражение – от агрессии и дисфории до затопляющей тревоги и приступов паники. Демонстрируют ярко выраженный страх смерти. Пациенты уверены, что от них ничего не зависит в ситуации лечения и болезни в целом.

Медицинский персонал часто воспринимается как враждебный, посягающий на здоровье, жизнь. Пациенты плохо переносят боль, предъявляют много соматических жалоб. В беседе с психологом выражают переполняющие их негативные чувства.

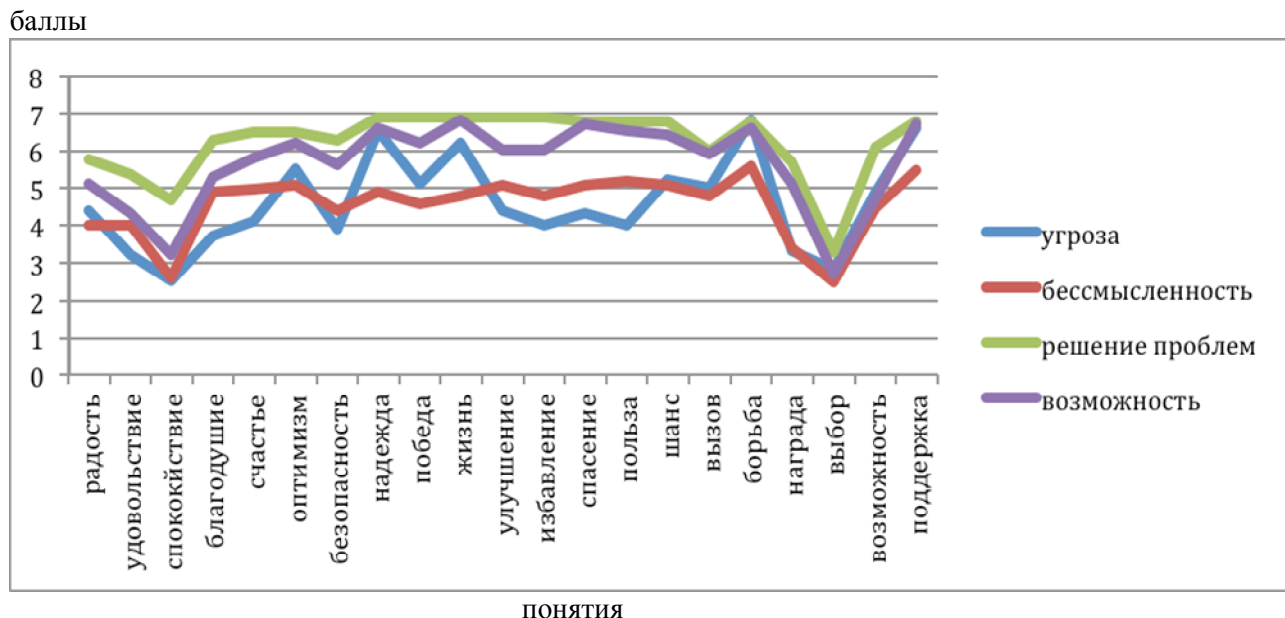


Рисунок 4. Результаты методики «Семантический дифференциал» при разных типах отношения к хирургическому лечению.

В структуре ВКБ преобладают тревожный, ипохондрический, меланхолический, сенситивный типы; наименее представлены гармоничный и анозогнозический типы ВКБ (методика «ТОБОЛ»).

Эмоциональное состояние характеризуется самыми высокими показателями депрессии до- ($19,41 \pm 8,92$) и после ($22,32 \pm 8,44$) хирургической операции, ситуативной ($50,72 \pm 4,89$) и личностной тревожности ($52,73 \pm 5,1$), самыми низкими показателями самооценки эмоционального комфорта ($33,88 \pm 21,32$), уровня здоровья ($44,53 \pm 22,47$), счастья ($49,52 \pm 22,49$), уверенности в себе ($58,71 \pm 24,12$) на разных этапах лечения. Уровень ожиданий от предстоящего лечения ($31,98 \pm 17,02$) значительно выше, чем в других группах ($p < 0,05$, критерий U Манна-Уитни).

Испытуемые данной группы статистически значимо чаще ($p < 0,05$, критерий хи-квадрат) ассоциировали словосочетание «хирургическая операция» с такими словами, как «отчаяние» и «горе»; и статистически значимо реже ($p < 0,05$) с такими словами, как «вина», «счастье», чем в других группах (методика «ЦТО»). В 30% случаев испытуемые имеют несогласованную позицию по методике «Семантический дифференциал» и «ЦТО»: ассоциации по методике «ЦТО» скудные, спокойные по

эмоциональной окраске; в то время, как в клинической беседе и в методике «Семантический дифференциал» преобладают крайние отрицательные оценки предстоящего лечения (Рис.4).

В группе «лечение – угроза» уровень общей жизнеосмысленности составил $89,7 \pm 16,2$ балла; по шкале «результат» - $24,7 \pm 6,6$; по шкале «процесс» - $17,8 \pm 4,3$; по шкале «цели» - $28,4 \pm 7,4$; по шкале «локус жизни» - $26,1 \pm 8,3$; по шкале «локус Я» - $16,5 \pm 3,2$. Все перечисленные выше результаты статистически значимо ниже ($p < 0,05$, t-критерий Стьюдента), чем в группах «лечение - возможность», «лечение – решение проблем», в контрольной группе.

Таблица №1.

Характеристики течения послеоперационного периода при разных типах отношения к предстоящему лечению.

Отношение к лечению	Количество послеоперационных осложнений		Количество дней, проведенных после операции в стационаре		Субъективный уровень удовлетворенности лечением
	«открытые операции»	«закрытые операции»	«открытые операции»	«закрытые операции»	
Пессимистическое	$1,68 \pm 0,79$	$1,12 \pm 0,81$	$23,71 \pm 10,0$	$15,6 \pm 11,9$	$58,72 \pm 24,11$
Безразличное	$1,77 \pm 0,81$	$1,50 \pm 1,03$	$18,53 \pm 5,3$	$9,33 \pm 5,81$	$62,11 \pm 22,28$
оптимистично нереалистичное	$0,91 \pm 0,58$	0,0	$16,01 \pm 6,9$	$5,71 \pm 2,0$	$84,82 \pm 17,71$
оптимистично реалистичное	$0,2 \pm 0,5$	$0,8 \pm 0,6$	$10,0 \pm 0,1$	$5,20 \pm 1,1$	$75,3 \pm 14,0$

Послеоперационный период осложнен и продолжителен (Таблица №1).

В данной группе можно выделить три варианта. Для первого варианта, в структуре ВКБ которого преобладают ипохондрический и тревожный типы, характерна замена прежнего смысла жизни на новый – забота о здоровье, которое приобретает высокую значимость. Именно в силу такой значимости для них здоровья, утрата или снижение его расценивается как катастрофа, что приводит к тотальной потере субъективного контроля в опасной для здоровья ситуации. С другой стороны, значительное улучшение в состоянии уже не может быть целью таких пациентов, так как ведущая деятельность по

поддержанию здоровья тогда теряет свой смысл. Такие пациенты хорошо информированы о собственном заболевании, ходе хирургического лечения, его возможных негативных последствиях, имеют тенденцию к щадящему образу жизни с ограничением профессиональных и бытовых нагрузок.

Для второго варианта характерно утилитарное отношение к болезни, которое дает некоторые материальные выгоды, но, главное, позволяет манипулировать окружением. Цели таких пациентов весьма примитивны: отказ от трудовой деятельности, домашних обязанностей, привлечение к себе внимания и заботы. Таким пациентам не выгодно избавление от заболевания или улучшение в состоянии. Они предъявляют значительное число соматических жалоб, требуют к себе повышенного внимания со стороны медицинского персонала, негативно реагируют на рекомендации повысить физические и интеллектуальные нагрузки.

Третий вариант характеризуется небольшим стажем заболевания и сложностью в адаптации к ситуации болезни. Преобладает сенситивный тип ВКБ. Таким пациентам сложно принять потерю прежнего, часто активного, образа жизни; найти новые, адекватные соматическому состоянию цели в жизни. Для таких пациентов характерны дисфория и агрессивность. Хирургическое вмешательство является для них дополнительным напоминанием о реальности и серьезности собственного заболевания, что ставит под угрозу самооценку.

Второй тип – оптимистично нереалистичный – отношение к лечению как к решению всех проблем (37 чел.). Пациенты верят во всемогущество хирургического лечения, которое, как по волшебству, решит все проблемы в жизни пациента, уходящие далеко за пределы компетенции хирургического лечения: поможет найти работу, создать семью, родить детей, найти друзей. В словаре преобладают слова: «радость», «счастье», «хорошо», «успешно», «смогу», «все получится», «гений», «оптимизм», «свобода», «победа», «шанс», «польза», «новая жизнь», «супер», «отлично», «лучше всех».

Пациенты демонстрируют, что рады и счастливы подвергнуться хирургическому лечению, находятся в приподнятом настроении, с

удовольствием отдаются в руки хирурга, которого наделяют всемогуществом. Часть пациентов отрицает наличие каких-либо страхов, возможность смерти. К психологу относятся либо с недоумением (демонстрируют, что не нуждаются в помощи), либо как к хорошему другу (шутят, бравируют). Склонны нарушать предписания медицинского персонала.

Среди типов ВКБ преобладают гармоничный, эргопатический, анозогнозический типы. Показатели по тревожному, ипохондрическому, неврастеническому, меланхолическому типам ВКБ – минимальные среди сравниваемых групп (методика «ТОБОЛ»).

Эмоциональное состояние характеризуется минимальными среди групп показателями периперационной депрессии ($7,41 \pm 3,13$; $10,32 \pm 4,89$), ситуативной ($42,54 \pm 7,88$) и личностной тревожности ($41,82 \pm 7,63$); наиболее высокими показателями уровня самооценки здоровья ($63,34 \pm 18,84$), счастья ($75,68 \pm 19,41$), эмоционального комфорта ($74,22 \pm 18,31$), удовлетворенности жизнью ($84,52 \pm 17,81$), уверенности в себе ($84,81 \pm 17,67$).

Пациенты из данной группы статистически значимо чаще ($p < 0,05$) имели такие ассоциации со словосочетанием «хирургическая операция», как «забота», «счастье», «любовь»; и статистически значимо реже ($p < 0,05$) – «беспокойство», «тревога», «гнев», «обида», «отвращение», «отчаяние», «презрение», «стыд», чем в других рассматриваемых группах (методика «ЦТО»). При этом 24,4% пациентов имели многочисленные отрицательно окрашенные ассоциации на неосознаваемом уровне («ЦТО») и крайне положительные – в клинической беседе и методике «Семантический дифференциал» (Рис.4).

Показатель общей жизнеосмысленности в группе «лечение – решение проблем» составил $116,1 \pm 13,4$, что является максимальным значением среди всех групп и статистически значимо более высоким, чем в группах «лечение – угроза», «лечение - бессмысленность», «лечение - возможность» ($p < 0,05$).

Количество послеоперационных осложнений невелико, но период послеоперационного восстановления после «открытых операций» продолжителен (Таблица №1).

В данной группе можно выделить два варианта. Первый характеризуется истинной анозогнозией. Как на сознательном, так и на неосознаваемом уровне, данные пациенты недооценивают сложность и опасность предстоящего лечения, что часто приводит к невыполнению предписаний медицинского персонала.

При втором варианте за фасадом демонстрируемого оптимизма выявляется большое количество подавляемых негативных эмоций, связанных с предстоящим лечением.

Третий тип отношения – безразличный – отношение к лечению как к бессмысленности (28 чел.). Пациенты демонстрируют, что не имеют влияния на текущую ситуацию, жизнь в целом. Словарь беден, включает в себя слова: «все равно», «не знаю», «может быть», «какая разница», «мне так сказали», «нет смысла», «ну и что». Речь наполнена длинными паузами, могут подолгу молчать, но контакт не разрывают.

Пациенты апатичны, не эмоциональны, имеют мало интересов в жизни, скудную мотивационную сферу. Часто их можно увидеть лежащими в «позе эмбриона», отвернувшись к стене. Благодарны доверительному контакту с психологом, так как больше ни с кем в стационаре не общаются. К предписаниям врачей равнодушны, не спешат выписываться из стационара.

Среди типов ВКБ преобладают ипохондрический и апатический (методика «ТОБОЛ»).

Эмоциональное состояние характеризуется высокими показателями периоперационной депрессии ($16,82 \pm 5,31$) и умеренно повышенными показателями ситуативной ($45,62 \pm 5,72$) и личностной тревожности ($47,01 \pm 4,23$). Самооценка ожидаемого после хирургического лечения уровня здоровья, счастья, удовлетворенности жизнью значимо ниже, чем в других группах. Уровень ожиданий от хирургической операции ($18,22 \pm 15,61$) минимальный среди сравниваемых групп. Некоторые пациенты отвечали,

что вообще не надеются на улучшение здоровья после хирургической операции. Некоторые расценивают смерть как желаемое избавление от страдания.

Пациенты из данной группы статистически значимо более часто ($p < 0,05$) ассоциировали словосочетание «хирургическая операция» со словами «печаль», «вина», «старость», «смерть»; и статистически значимо более редко ($p < 0,05$) со словами «успех», «любовь», «забота», чем в других рассматриваемых группах (методика «ЦТО»). Количество ассоциаций минимальное среди сравниваемых групп.

Показатель уровня общей жизнеосмысленности в группе «лечение - бессмысленность» максимально низкий среди всех исследуемых групп и составил $83,4 \pm 9,3$, что статистически значимо ниже, чем в группах «лечение - решение проблем», «лечение - возможность», в контрольной группе. За исключением шкалы «процесс» ($19,1 \pm 5,1$), в этой группе минимальные показатели по всем шкалам теста СЖО: «результат» ($22,5 \pm 4,2$), «цели» ($26,8 \pm 5,3$), «локус жизни» ($23,6 \pm 6,0$) статистически значимо ниже, чем в группах «лечение – решение проблем», «лечение - возможность», в контрольной группе. Показатель шкалы «Локус Я» составил $12,9 \pm 2,9$, что достоверно ниже, чем во всех исследуемых группах ($p < 0,05$)

Количество послеоперационных осложнений и дней, проведенных в стационаре после хирургического лечения велико (Таблица №1).

В данной группе выделяются два варианта. Для первого характерно отношение к болезни как к непреодолимой силе, что ведет к полной капитуляции. У данных пациентов такое отношение возникает как в начале заболевания, так и при большом стаже. В первом случае после известия о наличии заболевания пациент полагает, что любые действия бесполезны и перестает предпринимать какие-либо усилия по борьбе с болезнью, так как полное излечение невозможно. Во втором – причиной безразличного отношения к лечению становится истощение психических сил (астения).

Такие пациенты, раньше активные, перестают со временем верить в успех лечения, отказываются от прежних целей в жизни.

Для второго варианта характерно снижение степени осознанности происходящего ввиду непереносимости ситуации неопределенности и угрозы, которой является ситуация хирургического лечения.

Четвертый тип – оптимистично реалистичный – отношение к лечению как к возможности поправить здоровье (32 чел.). В нем большая доля реальности, настолько, насколько об этом можно говорить: есть опасения, понимание возможности осложнений и негативных последствий хирургического вмешательства, но есть надежда и вера в улучшение состояния здоровья после лечения, в возможность повышения качества жизни в пределах разумного. Осведомлены как о положительных, так и об отрицательных последствиях лечения, имеют адекватную модель ожидаемых результатов лечения.

Словарь богат, включает слова разной эмоциональной окраски, но без крайних оценок: «волнуюсь», «беспокойство», «хорошо», «получится», «возможность», «шанс», «здоровье», «вина», «успешно».

Пациенты не скрывают тревоги, но самостоятельно с ней справляются; по необходимости обращаются за помощью и принимают ее, выполняют предписания врачей, стараются быстрее выписаться из стационара. Сотрудничают с психологом. Берут на себя необходимую долю ответственности.

Среди типов ВКБ преобладают гармоничный, эргопатический, анозогнозический типы (методика «ТОБОЛ»). Эмоциональное состояние характеризуется умеренным повышением уровня ситуативной ($44,89 \pm 6,31$) и личностной тревожности ($43,91 \pm 6,28$). Уровень периперационной депрессии не высок ($9,32 \pm 3,64$; $9,92 \pm 3,44$). Показатели уровня самооценки здоровья ($57,33 \pm 18,37$), счастья ($70,64 \pm 18,42$), удовлетворенности жизнью ($66,34 \pm 16,21$), эмоционального комфорта ($56,24 \pm 11,79$) умеренно позитивны.

Испытуемые данной группы статистически значимо более часто ($p < 0,05$) имели такие ассоциации со словосочетанием «хирургическая

операция», как «шанс», «тревога», «гордость»; и ни в одном из случаев не имели ассоциаций: «горе», «смерть» (методика «ЦТО»).

Показатель общей жизнеосмысленности группы «лечение - возможность» составил $110,1 \pm 10,8$, что статистически значимо выше, чем в группах «лечение - угроза», «лечение - бессмысленность». Показатели по шкалам СЖО: «результат» ($31,6 \pm 2,5$), «процесс» ($22,5 \pm 3,8$), «цели» ($35,5 \pm 5,1$), «локус жизни» ($33,2 \pm 4,8$), «локус Я» ($18,9 \pm 4,2$) достоверно выше, чем в группах «лечение - угроза», «лечение - бессмысленность» ($p < 0,05$), но не являются максимальными среди сравниваемых групп, за исключением шкалы «цели».

Послеоперационный период неосложненный и непродолжительный (Таблица №1).

Распределение по полу в сравниваемых группах было в пределах распределения в общей экспериментальной группе, за исключением группы «лечение - бессмысленность», где доля мужчин составила 96,4%.

распределение в %

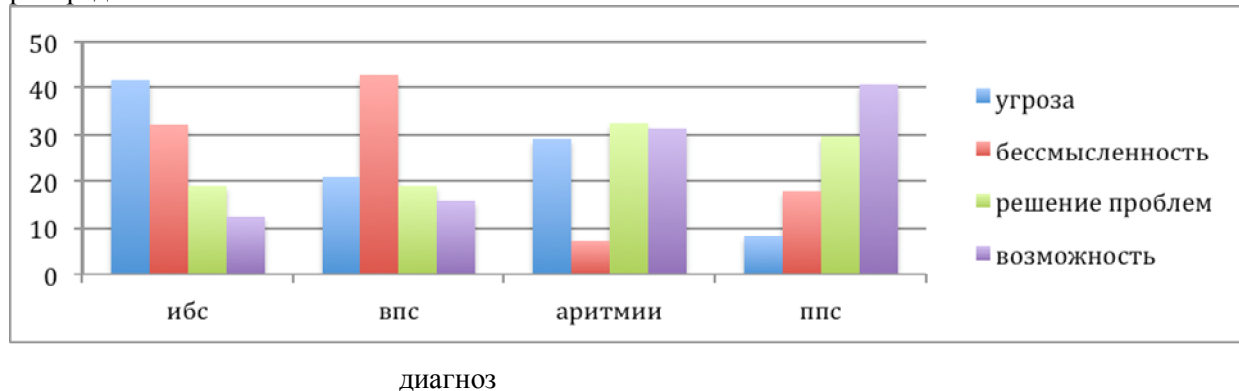


Рисунок 5. Распределение (в %) отношений к хирургическому лечению в зависимости от нозологии.

Уровень образования значимо не различался по группам, за исключением группы «лечение - бессмысленность», где 78,6% пациентов не имели высшего образования. Имели работу на момент лечения 20,8% пациентов из группы «лечение - угроза»; 25% - «лечение - бессмысленность»; 65,7% - «лечение - решение проблем»; 52,9% - «лечение - возможность». Распределение типов отношений к лечению по нозологии представлено на Рис. 5.

На открытом сердце предстояла операция в группе «лечение - угроза» 66,7% пациентам; в группе «лечение - бессмысленность» - 78,6%; в группе «лечение - решение проблем» - 68,6%; в группе «лечение - возможность» - 38,2%. Тип операции оказывал влияние на отношение к операции (Хи-квадрат Пирсона, $p < 0,05$).

Таким образом, наиболее благоприятной по протеканию послеоперационного периода (с малым количеством осложнений и дней, проведенных в стационаре после хирургического вмешательства) является группа пациентов с оптимистично реалистичным отношением («лечение – возможность»). В группе пациентов с оптимистично нереалистичным отношением («лечение – решение проблем») также зафиксированы немногочисленные послеоперационные осложнения, однако среднее количество дней, проведенных в стационаре после открытых операций на сердце, значимо больше, чем в группе «лечение-возможность». Группы пациентов с пессимистическим отношением («лечение - угроза») и безразличным отношением («лечение - бессмысленность») имели наиболее неблагоприятный послеоперационный период с неблагоприятным эмоциональным фоном, значительным количеством осложнений и долгим восстановительным периодом.

В Заключение подведены основные итоги исследования.

Выводы.

1. В структуре внутренней картины болезни у пациентов кардиохирургического стационара выявляются различные типы отношения к хирургическому лечению.

1.1. Пессимистический тип характеризуется отношением к лечению как к угрозе, лишению, потере; доминируют представления о негативных последствиях и осложнениях оперативного лечения, негативная модель ожидаемых результатов лечения; эмоциональное переживание сильнейшего страха перед хирургическим вмешательством; преобладают тревожный, ипохондрический, меланхолический, сенситивный типы ВКБ. Периоперационный период характеризуется

высоким уровнем депрессии, ситуативной и личностной тревожности, самыми низкими показателями самооценки эмоционального комфорта и низким уровнем жизнеосмысленности.

1.2. Оптимистично нереалистичный тип характеризуется отношением к лечению как к способу решить проблемы, выходящие за пределы компетенции хирургического лечения, переоценкой возможностей лечения; преобладают гармоничный, эргопатический, анозогнозический типы ВКБ. Предоперационный период характеризуется низким уровнем депрессии, ситуативной и личностной тревожности, самыми высокими показателями самооценки эмоционального комфорта и уровня жизнеосмысленности. Для послеоперационного периода характерно относительно высокое повышение уровня депрессии.

1.3. Безразличный тип характеризуется отношением к лечению как к бессмысленному занятию, неверием в успех хирургической операции, неадекватной моделью ожидания результатов лечения. В структуре внутренней картины болезни преобладают ипохондрический и апатический типы. Периоперационный период характеризуется повышенным уровнем депрессии, средним уровнем ситуативной и личностной тревожности, самыми низкими показателями теста «Смыслжизненные ориентации».

1.4. Оптимистично реалистичный тип характеризуется отношением к лечению как к возможности поправить здоровье, адекватной моделью ожиданий результатов лечения. В структуре внутренней картины болезни преобладают гармоничный, эргопатический, анозогнозический типы. По показателям депрессии, тревожности, самооценки эмоционального комфорта, жизнеосмысленности пациенты занимают промежуточное место среди всех выделенных групп.

2. Тип отношения к предстоящему хирургическому лечению коррелирует с эмоциональным состоянием пациента в периоперационный период и связан с течением послеоперационного периода.

- 2.1. Неадекватное отношение к предстоящему хирургическому лечению у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями ассоциировано с неблагоприятным эмоциональным фоном и осложненным продолжительным течением послеоперационного периода (ноцебо эффект). Пессимистическое и безразличное отношения к хирургическому лечению являются наиболее неблагоприятными для течения периоперационного периода.
- 2.2. Оптимистично нереалистичное отношение к предстоящему лечению не связано с неблагоприятным эмоциональным фоном в предоперационный период и осложненным течением послеоперационного периода, но связано с длительным периодом восстановления и повышением уровня депрессии в послеоперационный период.
- 2.3. Оптимистично реалистичное отношение к предстоящему лечению коррелирует с благоприятным эмоциональным фоном в периоперационный период, с неосложненным непродолжительным течением послеоперационного периода.
3. Для эффективного психологического сопровождения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в периоперационный период в зависимости от типа их отношения к предстоящему хирургическому лечению выделены мишени психологического воздействия.
- 3.1. Пессимистическое отношение: интеллектуальный (преувеличение тяжести заболевания, опасности лечения) и мотивационный уровни (нежелание проводить лечение) ВКБ; сенситивный уровень ВКБ (большое количество неадекватных соматических жалоб); эмоциональный уровень ВКБ (сильный страх перед операцией, гнев на врачей); негативная модель ожидаемых результатов лечения; эмоциональное состояние (высокая тревожность, депрессивная симптоматика, «витальное изнеможение»); низкая самооценка с завышенным уровнем ожиданий; низкий внутренний локус контроля; неэффективные формы коммуникации (сложности в вербализации

чувств, враждебное отношение к медицинскому персоналу, манипулирование); низкий комплаенс.

3.2. Безразличное отношение: интеллектуальный и мотивационный уровни ВКБ (несформированные концепция болезни и отношение к лечению, слабый мотив сохранения жизни); отсутствие адекватной модели ожидаемых результатов лечения; регуляторы и побудители активности (отсутствие интересов и увлечений, скудность мотивационной сферы, малая осмысленность событий жизни); низкий внутренний локус контроля; сниженная самооценка с низким уровнем ожиданий; сложности в планировании будущего; нарушения эмоционального состояния (чувство вины, депрессивная симптоматика); неэффективные формы коммуникации (неспособность вербализовать свои чувства и желания; трудности в установлении контакта с медицинским персоналом); низкий комплаенс.

3.3. Оптимистично нереалистичное отношение: интеллектуальный уровень ВКБ (приуменьшение значимости болезни и опасности лечения); неадекватно оптимистическая модель ожидаемых результатов лечения; актуальное эмоциональное состояние (подавляемые негативные чувства); завышенная самооценка; низкий комплаенс.

3.4. Оптимистично реалистичное отношение: актуальное эмоциональное состояние (повышенная ситуативная тревожность), ситуативно сниженный внутренний локус контроля.

4. К социально-демографическим и клиническим факторам риска эмоционального неблагополучия пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в период хирургического лечения относятся: отсутствие постоянной работы; отсутствие постоянного партнера в семейных отношениях; диагнозы: ишемическая болезнь сердца, врожденный порок сердца; стаж заболевания более 4-х лет; «открытый» тип кардиохирургической операции.

ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Основное содержание диссертации отражено в 6 публикациях (общий

объем – 2,75 п.л.; авторский вклад – 2,63 п.л.):

Публикации в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК при Министерстве образования и науки Российской Федерации для публикации основных результатов диссертационных исследований:

- 1. Киселева, М.Г. Психологические факторы в возникновении и течении сердечно-сосудистых заболеваний / Л.А. Бокерия, М.Г. Киселева // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. - 2011. - № 6. - Т. 6. – С. 24-31 (0,76 п.л./ 0,64 п.л.).**
- 2. Киселева, М.Г. Психологические факторы и течение сердечно-сосудистых заболеваний / М.Г. Киселева // Национальный психологический журнал. - 2012. - № 1 (7). –С. 124-131 (0,94 п.л.).**
- 3. Киселева, М.Г. Личностные черты и риск возникновения сердечно-сосудистой патологии / М.Г. Киселева // Теория и практика общественного развития: электрон. науч. журн. [Электронный ресурс]. – 2012. - № 3. : <http://teoria-practica.ru/> (0,26 п.л.)**
- 4. Киселева, М.Г. Депрессия и витальное изнеможение у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями / М.Г. Киселева // Врач-аспирант. - 2012. - № 1.3(50). - С. 414-418 (0,41п.л.).**
- 5. Киселева, М.Г. Роль психологических факторов в течении периоперационного периода / М.Г. Киселева // Ученые записки университета Лесгафта. - 2012. - № 2(84). – С. 69-73 (0,33п.л.).**

Научные публикации в других изданиях:

- 6. Киселева, М.Г. Психоэмоциональный статус кардиобольных перед операцией и его влияние на течение послеоперационного периода / М.Г. Киселева // Тезисы к Семнадцатому всероссийскому съезду сердечно-сосудистых хирургов. Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Приложение. Под ред. Л.А. Бокерия. - 2012. - № 6. - Том 12. - С. 257. (0,05 п.л.).**