

На правах рукописи

**Чернорай Анна Владимировна**

**КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ  
ПРИ ОСТРОЙ ФОРМЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

19.00.04 – медицинская психология

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание ученой степени  
кандидата психологических наук

Санкт-Петербург – 2014

Работа выполнена в ФГБОУ ВПО Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена.

Научный руководитель доктор медицинских наук, профессор Алёхин Анатолий Николаевич

Официальные оппоненты:

Исаева Елена Рудольфовна – доктор психологических наук, доцент, ГБОУ ВПО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, кафедра психиатрии и наркологии с курсом общей и медицинской психологии, профессор

Бочаров Виктор Викторович – кандидат психологических наук, доцент, ФГБУ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, лаборатория клинической психологии и психодиагностики, руководитель

Ведущая организация ФГБОУ ВПО Санкт-Петербургский государственный университет

Защита состоится «26» июня 2014 года в 13.00 часов на заседании диссертационного совета Д 205.001.02 при ФГБУ Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России по адресу: 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 4/2.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте ФГБУ Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины имени А.М. Никифорова МЧС России, <http://www.arcerm.spb.ru>.

Автореферат разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2014 г.

Ученый секретарь  
диссертационного совета \_\_\_\_\_ Неронова Елизавета Геннадьевна

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность темы исследования.** Период лечения в связи с острым соматическим заболеванием, равно как и период реабилитации после перенесенного заболевания являются важными этапами адаптации больного к непривычным условиям жизнедеятельности (Габбасова Э.Р., 2009; Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., 2007). В психологическом аспекте такая адаптация заключается в перестройке системы отношений личности и формировании адекватного новым условиям жизни и деятельности поведения (Лебедев В.И., 1989; Медведев В.И., 1983).

Для восстановления больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в РФ разработан, принят и осуществляется комплекс мероприятий «кардиореабилитация» (Аронов Д.М., Бубнова М.Г., 2013). Этот комплекс реализуется поэтапно. При манифестации или обострении заболевания сердечно-сосудистой системы мероприятия первого этапа сводятся к неотложной терапии и осуществляются в стационаре. По данным Д.М. Аронова (2007), психологическая помощь больным на этапе стационарного лечения состоит из врачебных рекомендаций для скорой активизации больных. Этап восстановления реализуется уже в специализированном реабилитационном отделении клинической больницы и отделении реабилитации кардиологического санатория. По завершению этих этапов осуществляется так называемая поддерживающая фаза реабилитации - вторичная профилактика (диспансерно-поликлиническое наблюдение участковым врачом и кардиологом). Какие-либо образовательные программы, психологическое сопровождение, способствующие повышению мотивации больных к длительному и осознанному исполнению предписаний по профилактике обострения заболевания (соблюдение диеты, систематические умеренно-интенсивные тренировки, отказ от вредных привычек, курения в первую очередь), практически не используются (Оганов Р.Г. и соавт., 2003).

О недостаточной эффективности современной кардиопрофилактики и терапии свидетельствуют данные статистических исследований, фиксирующие всё возрастающий уровень смертности среди населения от сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений (причем отмечается снижение возраста впервые заболевших, «болезнь молодеет») (Шальнова С.А., Оганов Р.Г., Стэг Ф.Г., Форд Й., 2013). Установлено также, что изменения условий жизнедеятельности, обусловленные заболеванием, сопровождаются нарушениями психической адаптации: среди пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями расстройства настроения депрессивной модальности выявляют в 36,4%, тревожные состояния в 41,6% случаев (Копылов Ф.Ю., 2009).

Необходимость включения в реабилитационные мероприятия психологического сопровождения пациентов очевидна и не оспаривается. Однако такое сопровождение подразумевает научное обоснование направлений, определение показаний, содержания психологического вмешательства на разных этапах лечебно-реабилитационного процесса. А это

предполагает анализ психологических аспектов клинической динамики заболевания на разных этапах его течения. Исследование должно также выявить причины, препятствующие изменению поведения больных, результатом чего должны стать психологические методики формирования приверженности к лечению.

**Степень разработанности проблемы.** В настоящее время заболевания сердечно-сосудистой системы являются одной из частых причин смерти в развитых странах, прежде всего, в связи с острыми неотложными состояниями (инфаркт миокарда, гипертонический криз, нестабильная стенокардия). Связь между эффективностью лечения сердечно-сосудистых заболеваний и ответственным отношением больного к выполнению врачебных рекомендаций не вызывает сомнений и подтверждена многочисленными исследованиями (Смулевич А.Б., 2005; Великанов А.А., 2009; King K.M. at al., 2001; Albus C., 2010). Ведущим фактором обострения сердечно-сосудистых заболеваний является неадекватное физическому состоянию поведение больного, игнорирование им медицинских рекомендаций в отношении лечения и образа жизни. Так, например, по данным Н.Ю. Кувшиновой (2010), даже после перенесенного инфаркта миокарда больные способны следовать предписанному режиму лишь в первые недели, но по мере улучшения их состояния режим ими неизбежно нарушается. Привычный образ жизни и выученные способы поведения обнаруживают чрезвычайную устойчивость, несмотря на факт перенесенного приступа или наличие хронического заболевания, в то время как сами изменённые условия жизнедеятельности, обусловленные изменением физического статуса, требуют соответствующей модификации поведения.

Анализ теоретических и экспериментальных исследований показал, что приступ заболевания, факт госпитализации являются психотравмирующими ситуациями, в которых течение основного заболевания осложняется психогенными реакциями. В свою очередь, развивающиеся психогенные реакции модифицируют субъективную тяжесть страдания, вынуждая больных обращаться к неоправданным исследованиям и дополнительным консультациям. В условиях недостаточной информированности больных о характере заболевания и сути врачебных рекомендаций по изменению образа жизни выполнение ими медицинских рекомендаций затруднительно, и это может способствовать осложненному течению болезни (Репин А.Н., 2008; Копылов Ф.Ю., 2010).

Включение мероприятий по коррекции психологических факторов риска рецидива и дезадаптации больных, перенесших инфаркт миокарда, в настоящее время признается важной предпосылкой эффективности лечебного и реабилитационного процессов (Шхвацабая И.К., 1978; Аронов Д.М., 2003; King K.M., 2001; Welton N.J., 2009). Очевидно, что учёт психологических аспектов патогенеза заболевания, особенностей личности больного, его отношения к заболеванию и лечению позволил бы повысить точность диагностической работы и эффективность лечебных и реабилитационных мероприятий, одной из задач которых становится

оптимизация активности больного при изменённом болезнью состоянии организма, то есть адаптация пациента к непривычным условиям жизнедеятельности. Особое значение при сопровождении пациента с сердечно-сосудистой патологией приобретают психологические методы коррекции поведенческих стереотипов больного, способствующих риску усугубления тяжести болезни, препятствующих адекватной приверженности лечению и исполнению врачебных рекомендаций.

Эти методы могут быть реализованы медицинским психологом, действующим на основании приказа Министерства Здравоохранения РФ № 438 от 16.09.2003 года Приложение № 2 в рамках психологической реабилитации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

**Цель данного исследования:** на основании анализа динамики психического и соматического статуса больных при острой форме ишемической болезни сердца сформулировать основные направления, показания и содержание мероприятий психологической коррекции психических реакций, состояний и поведения больных на разных этапах лечения и реабилитации для обеспечения их адаптации в изменённых условиях жизнедеятельности.

**Для достижения поставленной цели решались следующие задачи:**

1. Провести анализ научной литературы и сформулировать проблемы, подлежащие решению в направлении обоснования мероприятий медико-психологического сопровождения лечения и реабилитации больных при сердечно-сосудистой патологии.

2. Изучить динамику психического и соматического статуса больных при острых формах ишемической болезни сердца на разных этапах диагностики, лечения и реабилитации.

3. Проанализировать условия и факторы, определяющие динамику психического статуса больных и качество их дальнейшей психической адаптации к заболеванию.

4. На основании полученных данных разработать показания, направления и содержание мероприятий психологического обеспечения лечебно-реабилитационного процесса в кардиологической клинике.

**Объект исследования** – психическое и соматическое состояние больных с перенесенными острыми формами ишемической болезни сердца на разных этапах лечения и реабилитации.

**Предмет исследования** – закономерности психической адаптации больных к изменённым болезнью условиям жизнедеятельности.

**Гипотезы диссертационного исследования:**

1. Динамика психического состояния больных с острой формой ишемической болезни сердца определяется, главным образом, тяжестью соматической патологии.

2. Перенесенный инфаркт миокарда существенно не влияет на стиль поведения и образ жизни пациента.

**Методы и методики исследования:**

1. Организационные методы исследования:

1.1. лонгитюдный метод (оценка динамики клинико-психологических характеристик больных в процессе лечения, реабилитации и в отдалённом периоде перенесенного приступа (в катамнезе));

1.2. сравнительный метод (сравнительный анализ клинико-психологических характеристик больных в зависимости от клинических и социальных признаков).

2. Эмпирические методы:

2.1. Клинико-психологический метод:

2.1.1. динамическое наблюдение, оценка актуального психического статуса и его динамики;

2.1.2. интервью для сбора анамнестических сведений, оценки информированности о заболевании, переживаний в связи с болезнью, выполнения медицинских рекомендаций, отношения личности к ситуации болезни;

2.1.3. анализ медицинской документации и респрос врачей о соматическом статусе больных, качестве контакта врач-пациент, позиции пациента в лечебном процессе.

2.2. Психодиагностические методики:

2.2.1. Методики для изучения отношения к болезни и лечению: «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) (Вассерман Л.И. и соавт., 2005), модифицированная методика «Незаконченные предложения».

2.2.2. Методика для оценки эмоционального статуса: «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS) (Zigmound AS, Snaith RP, 1983).

2.2.3. Методики для оценки личностных особенностей: опросник «Уровень субъективного контроля» (Бажин Е.Ф., Голынкина Е.А., Эткинд А.М., 1984), опросник «Стратегии совладающего поведения» (Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А., 2010).

2.2.4. Методики для оценки приверженности лечению: опросник Мориски-Грина (Morisky D. et al., 1986, в интерпретации Кобалава Ж.Д. с соавт., 2008), опросник Кранца для исследования установок в отношении лечения (Урванцев Л.П., 1993).

2.3. Методики анализа эмпирических данных: математико-статистические модели анализа качественных и количественных признаков; множественный анализ соответствий (SPSS HOMALS); факторный анализ (метод главных компонент); многомерный линейный регрессионный анализ.

**Материал исследования.** Исследование проводилось на базе кардиологического отделения городской клинической больницы №23 г. Санкт-Петербурга.

Изучалось в динамике психическое состояние и поведение 47 больных, экстренно госпитализированных в связи с обострением сердечно-сосудистого заболевания (87% - с диагнозом «инфаркт миокарда»; 13% - «нестабильная стенокардия»), проходивших лечение и последующую реабилитацию в условиях стационара и санатория.

### **Положения, выносимые на защиту:**

1. Эмоциональные нарушения при острой манифестации или обострении хронического заболевания сердца носят неспецифический реактивный характер и определяются, главным образом, тяжестью соматического состояния. По своим механизмам они являются психологическими проявлениями общей реакции на стресс, развивающейся в связи с болью и изменением самочувствия. Психологические вмешательства на этом этапе должны быть ограничены купированием острых реакций тревоги и способствовать редукции эмоционального напряжения.

2. Динамика психического статуса больных при существующей системе кардиореабилитации определяется главным образом исходной тяжестью соматического состояния, а поведение детерминировано сформировавшимися в преморбидный период установками в отношении здоровья и болезни. Целью психологического вмешательства на госпитальном и реабилитационных этапах является формирование адекватного новым условиям жизни поведения больных, включая приверженность лечению.

3. Мероприятия психологического сопровождения лечебно-реабилитационного процесса в кардиологической клинике должны быть дифференцированы в соответствии с тяжестью исходного соматического состояния, этапом лечебно-реабилитационного процесса и особенностями отношения личности к болезни.

### **Методологические и теоретические основы исследования.**

Методологическими основаниями исследования были приняты общая теория адаптации человека (Медведев В.И., 1983); психологическая теория отношений В.Н.Мясищева (Мясищев В.Н., 1960) и концепция отношения к болезни, разработанная Л.И.Вассерманом с соавт. (Вассерман Л.И., 2002); концепция локуса контроля Дж.Роттера (Rotter J. W., 1966).

**Научная новизна.** В результате проведенных исследований уточнены факторы динамики психического статуса при острой сердечно-сосудистой патологии. Установлено доминирующее влияние исходной тяжести соматического состояния на динамику состояния больных, что дает основания рассматривать нарушения психического состояния больных в рамках концепции стресса. Это позволяет определить выявленные нарушения психического статуса в качестве психологических (по аналогии с физиологическими) реакций адаптации к изменениям функционального состояния. Они отражают общую закономерность адаптационного синдрома и вместе с тем обладают собственным значением, поскольку служат стимулом для оценивания и осмысления непривычных условий жизни, результатом чего становится отношение к болезни. Показано, что психическая адаптация пациентов к болезни достигается путём формирования новых психологических отношений, обеспечивающих адекватное возникшим ограничениям поведение. Установлено, что одной из важнейших характеристик – предикторов качества адаптации больных является уровень субъективного контроля (интернальность). Полученные данные позволяют сформулировать направления и содержание мероприятий

психологического сопровождения лечебного и реабилитационного процессов в кардиологической клинике.

**Теоретическая значимость исследования.** В результате проведенных исследований расширены и углублены теоретические представления медицинской психологии о психологических аспектах стрессовой реакции, показана тесная связь психосоматического и соматопсихического векторов активности в достижении оптимального уровня функционирования человека в изменённых болезнью условиях. Выявлены маркеры риска нарушения психической и социальной адаптации у больных с острой формой ишемической болезни сердца на этапе стационарного лечения, обоснованы направления психологического сопровождения и целенаправленной подготовки пациента к изменению образа жизни, к преодолению последствий заболевания после проведенного интенсивного лечения.

**Практическая значимость.** Полученные в результате проведенных исследований данные позволяют осуществлять прогноз качества психической адаптации больных сердечно-сосудистыми заболеваниями на постгоспитальных этапах реабилитации и формировать группы динамического наблюдения для осуществления психологической коррекции отношения к болезни. Полученные анамнестические данные о «рискованном» поведении больных позволяют уточнить направления первичной и вторичной профилактики заболеваний сердечно-сосудистой системы и могут использоваться при профилактических осмотрах населения. Результаты анализа клинической динамики состояния больных, перенесших острое сердечно-сосудистое заболевание, позволяют дифференцировать мероприятия психологического сопровождения в соответствии со стадией адаптации к болезни и наполнить их конкретным содержанием. Материалы диссертационного исследования могут быть использованы в обучении и организации производственной практики психологов, клинических психологов и лечащих врачей.

**Апробация диссертации.** Результаты исследования были доложены и обсуждены на заседании кафедры клинической психологии и психологической помощи Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена, на всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы медицинской науки», посвященной 70-летию профессора А.А. Чумакова (Ярославль, апрель 2012), всероссийской студенческой научно-практической конференции «Актуальные проблемы человека в инновационных условиях современного образования и науки» (Санкт-Петербург, март 2012), всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Психическое здоровье населения как основа национальной безопасности России» (Казань, сентябрь 2012), всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы пограничной психической патологии (биопсихосоциальный подход)» (Курск, май 2013), международной научно-практической конференции «Психология стресса и совладающего поведения» (Кострома,

сентябрь 2013), всероссийской научно-практической конференции «Психология психических состояний: теория и практика» (Казань, ноябрь 2013), международной конференции молодых ученых «Психология – наука будущего» (Москва, ноябрь 2013).

По теме диссертации опубликовано 11 работ, из них 4 в изданиях, внесенных в перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук.

**Внедрение результатов исследования.** Результаты диссертационного исследования используются в практической работе медицинского психолога СПб ГУЗ «Городская больница № 23», СПб ГБУЗ «Городская клиническая больница № 15», а также используются в учебных курсах «Практикум по психосоматике», «Когнитивно-поведенческие технологии оказания психологической помощи населению», «Интегративное психотерапевтическое консультирование» на кафедре клинической психологии и психологической помощи психолого-педагогического факультета ФГБОУ ВПО «РГПУ им. А.И. Герцена».

**Личный вклад соискателя.** Автором обоснованы цель, задачи, научная новизна и практическая значимость исследования, сформулированы основные положения, выносимые на защиту и выводы, проведена статистическая обработка. Диссертант самостоятельно разработал программу научного исследования. Экспериментальные материалы, представленные в диссертации, получены автором лично в ходе клинико-психологического обследования больных, экстренно госпитализированных в связи с обострением сердечно-сосудистого заболевания, на базе кардиологического отделения СПб ГУЗ «Городская больница № 23». Полученные эмпирические данные обработаны и проанализированы соискателем, что позволило сформулировать оригинальные выводы.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация изложена на 133 страницах. Содержит: введение, 4 главы, заключение, выводы, практические рекомендации, список литературы. Включает 24 таблицы, 10 рисунков, 132 наименования в списке литературы (из них 55 - на иностранном языке).

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

**Во введении** обоснована актуальность темы диссертационного исследования, определены цель, задачи, гипотеза, предмет и объект исследования, раскрыта научная новизна, теоретическая и практическая значимость работы, сформулированы положения, выносимые на защиту.

**Глава 1 «Теоретические представления об адаптации человека к болезни»** посвящена анализу вопросов, составляющих теоретическую основу диссертационного исследования. Рассмотрено понятие «психическая адаптация» как процесс приспособления организма к внешним условиям его жизнедеятельности, то есть оптимизация взаимодействия «внешнего» и «внутреннего» в целях сохранения и поддержания жизни (Алехин А.Н.,

2010), раскрыт термин «непривычные условия жизнедеятельности», для которых в психологическом опыте человека нет адекватных отношений (Александровский Ю.А., 1976; Лебедев В.И., 1989), описаны основные закономерности процесса психической адаптации.

Приведен анализ поведенческих факторов обострения сердечно-сосудистых заболеваний: преморбидных психологических факторов риска (Noar S.M., Куимов А.Д., Вассерман Л.И., Положенцев С.Д., Friedman M., Rosenman R.H., Ениколопов С.Н., Chida Y., Everson S.A., Siegman A.W., Погосова Г.В., Шаробаро В.И., Strike P.C., Mostofsky E., Гагулин И.В., Vogt T.), личностных реакций пациентов на болезнь и госпитализацию (Васюк Ю.А., Смулевич А.Б., Moser D.K., Габбасова Э.Р., Корниенко В.Н., Добровольский А.В., Куимов А.Д., Fielding R., Croog S.H., Fukunishi I., Boutin-Foster C., Riegel B.J.), психической адаптации в отдаленном постинфарктном периоде (Петрова М.М., Хадзегова А.Б., Drory Y., Kristofferzon M-L., Brisson C., Covinsky K.E., Gander M.L., Нестеров Ю.И., Dawood N., Gerber Y., Rigotti N.A., Горбунов В.М.). Описаны психосоциальные факторы в формировании прогноза при инфаркте миокарда (Meijer A., Frasure-Smith N., Gander M.L., Moser D.K., Dracup K., O'Neil A., Mookadam F., Hoffmann A., Барбараш О.Л., Martens E.J., Строкова Е.В., Stenström U., Levenson J.L., Esteve L.G., Prince R., Welin C.).

Отдельный подраздел посвящен рассмотрению направлений и содержания деятельности клинического (медицинского) психолога в учреждениях здравоохранения, регламентированной приказом Министерства Здравоохранения РФ № 438 от 16.09.2003 г. Приложение № 2.

Кроме того в первой главе проанализированы перспективные направления медико-психологического обеспечения лечебного процесса при сердечно-сосудистых заболеваниях (Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Габбасова Э.Р., Корнетов Н.А., Лебедева Е.В., Корниенко В.Н., Gander M.L., von Känel R.).

Анализ теоретических данных позволил обосновать направления собственного исследования.

**Глава 2 «Организация и методы исследования психической адаптации больных при острой форме ишемической болезни сердца»** содержит описание организации исследования, характеристики обследованных больных, методик их клинико-психологического обследования. Особое внимание уделяется описанию методик анализа эмпирических данных.

Для анализа динамики адаптационного процесса у больных при обострении сердечно-сосудистых заболеваний проводилось лонгитюдное наблюдение и клинико-психологическое исследование соматопсихического статуса больных на разных этапах госпитализации (в начале и на завершающем этапе стационарной реабилитации) и по прошествии года после лечения в стационарных условиях. Клинико-психологическое обследование было направлено на изучение динамики функционального состояния больного в аспектах его психического и соматического статуса.

Соматическое состояние больных на разных этапах лечения и реабилитации оценивалось на основании анализа историй болезни и экспертных оценок лечащих врачей. Эти данные систематизировались в показатели актуального самочувствия и настроения пациента, отношения пациента к лечению (доверие врачу, выполнение врачебных предписаний, осведомленность о заболевании, качестве контакта врач-пациент, дополнительной оценки позиции пациента в лечебном процессе).

Социально-демографические факторы анализировались на основании данных о семейной ситуации, особенностях профессиональной деятельности, перенесенных стрессовых ситуациях, настроении пациента, жалобах различного характера. Для этих целей использовалось структурированное интервью с пациентом и метод включенного наблюдения.

Психические реакции и состояния больных в процессе всего наблюдения анализировались с помощью клинико-психологического метода и методик психологической диагностики. Основным приёмом исследования оставалось включённое наблюдение. Дополнительно использовалось интервьюирование больных по таким аспектам переживания болезни, как: степень и полнота информированности о заболевании, характер переживаний в связи с болезнью, степень доверия медицинским рекомендациям. В процессе интервьюирования анализировались различные аспекты системы личностных отношений.

Всего было обследовано 47 больных, экстренно госпитализированных в связи с обострением сердечно-сосудистого заболевания (87% - с диагнозом «инфаркт миокарда»; 13% - «нестабильная стенокардия»), проходивших лечение и последующую реабилитацию в условиях стационара; из них 29 человек (62%) госпитализированы впервые, 18 человек (38%) – повторно; по половому признаку больные распределились следующим образом: 36 мужчин, 11 женщин; возраст больных от 34 лет до 66 лет. Характеристики соматического состояния больных включали основной диагноз, наличие инфаркта миокарда, гипертонического криза, инсульта в анамнезе, количество госпитализаций по поводу обострения сердечно-сосудистого заболевания, наличие сахарного диабета (как отягчающего фактора течения сердечно-сосудистого заболевания), стадия гипертонической болезни, давность заболевания, хирургическое лечение в анамнезе.

Для формализованного описания психического статуса, отношения к болезни, эмоциональных, когнитивных и мотивационно-поведенческих компонентов отношений личности в динамике использовались следующие психодиагностические методики: опросник для изучения отношения к болезни и лечению «ТОБОЛ» (Вассерман Л.И. и соавт., 2005), модифицированная методика «Незаконченные предложения», опросник Мориски-Грина (D.Morisky et al., 1986, в интерпретации Ж.Д.Кобалава с соавт., 2008), опросник Кранца для исследования установок в отношении лечения (Л.П.Урванцев, 1993), «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS) (Zigmond AS, Snaith RP, 1983), опросник «Уровень субъективного контроля» (Бажин Е.Ф., Голынкина Е.А, Эткинд А.М., 1984), опросник

«Стратегии совладающего поведения» (Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А., 2010).

Математико-статистическая обработка данных проводилась в соответствии с целью и организацией исследования и была направлена на выявление факторов, способствующих или, напротив, препятствующих адаптации больных в изменённых болезнью условиях жизнедеятельности. Для анализа номинативных переменных (данные анкетирования) и оценки результатов катamnестического обследования был использован множественный анализ соответствий (SPSS NOMALS); для анализа и формализованного описания результатов психологической диагностики был использован факторный анализ (метод главных компонент), причём были рассчитаны вклады полученных факторов в индивидуальные данные оценки психического и соматического статуса; на заключительном этапе анализа данных использовались алгоритмы многомерной линейной регрессии показателей оптимального катamnеза (то есть – качества адаптации к заболеванию) от полученных психодиагностических показателей (как тех, что были получены при госпитализации, так и тех, что получены при выписке больных).

**Третья глава «Клинические и психологические факторы адаптации больных при острой форме ишемической болезни сердца»** посвящена анализу результатов клинико-психологического исследования и психологической диагностики.

**В параграфе 3.1. «Клинические и психологические факторы нарушения адаптации при манифестации болезни»** представлены результаты исследования, свидетельствующие о том, что самочувствие и степень социальной активности больных в анамнезе заболевания связаны с их поведенческими особенностями и клиническими признаками развития заболевания.

Проведённый в этой части исследования анализ указывает на то, что качество самочувствия и уровень социальной активности больных в период, предшествующий обострению или манифестации заболевания, определяют клинические признаки развития заболевания и поведенческие особенности будущего пациента. Иными словами, клиническая картина развившегося состояния определяется множеством анамнестических признаков, детерминируемым двумя ведущими факторами: соматической отягощённостью и поведением больных (табл. 1).

**В параграфе 3.2. «Клинические и психологические феномены переживания больными обострения заболевания»** рассмотрены различные аспекты психического статуса больных (эмоциональное состояние, отношение к болезни, приверженность лечению, уровень субъективного контроля).

Факторное пространство анамнестических признаков, определяющих риск обострения заболевания

Показатель	Фактор 1	Фактор 2
Самоконтроль АД	<b>0,556</b>	0,002
Приверженность лекарственной терапии	<b>0,500</b>	0,169
Сахарный диабет в анамнезе	<b>0,407</b>	0,033
Гипертонический криз в анамнезе	<b>0,361</b>	0,103
Соматические жалобы	<b>0,254</b>	0,084
Инфаркт миокарда в анамнезе	<b>0,143</b>	0,008
Профессиональная занятость	0,005	<b>0,443</b>
Физическая напряженность труда	0,048	<b>0,331</b>
Эмоциональная напряженность труда	0,004	<b>0,338</b>

Анализ результатов проведенного исследования показал, что у большинства больных отмечались те или иные нарушения эмоционального состояния. Больные не связывали эти нарушения настроения с заболеванием и объясняли их длительностью пребывания в стационаре («хочется скорее домой»), бытовыми неудобствами пребывания в стационаре. Основные жалобы касались физического состояния: слабость, одышка, «ощущение сердца». Настроение и самочувствие характеризовалось пациентами преимущественно как удовлетворительное (по 10-балльной шкале 80,9 % пациентов оценивают свое самочувствие на 6 баллов и более, аналогичный показатель в отношении настроения – 78,7%).

По методике HADS, непатологические варианты неспецифической эмоциональной напряженности обнаруживаются у подавляющего большинства пациентов, при этом выраженная эмоциональная напряженность, проявляющаяся навязчивыми опасениями, неусидчивостью, вегетативными эквивалентами тревоги выявляется у 12,8 % пациентов; в 6,4 % случаев пациентов имеет место выраженное снижение эмоционального фона с сопутствующими мотивационными изменениями. Нарушения сна, связанные с перенесенной психотравмирующей ситуацией болезни, переменной обстановки, физическим дискомфортом отмечают 42,6 % пациентов.

Ведущий тип отношения к болезни у обследованных – эргопатический, предполагающий выраженное стремление к преодолению недуга и восстановлению прежнего уровня социальной активности (в чистом виде и в смешанных вариантах в 51 % случаев). В остальных случаях имеют место разнообразные личностные реакции с доминированием тревожных переживаний.

В целом в группе отмечается некоторое ограничение адаптационных возможностей личности, что проявляется более редким использованием большинства стратегий совладания со стрессом за исключением поиска социальной поддержки (средние показатели ниже 50 Т-баллов).

Зависимости психического состояния на начальном этапе лечения от социальных характеристик выявлено не было, что позволяет рассматривать его в рамках относительно неспецифических адаптационных реакций.

Большинство пациентов высоко оценивали свою осведомленность о заболевании и приверженность терапии в условиях стационара. Тем не менее, по ретроспективным оценкам и актуально лишь менее половины пациентов стремились следовать рекомендациям врачей: только 18 пациентов (38,3 %) контролировали артериальное давление, 16 (34 %) – соблюдали медицинские рекомендации относительно лекарственной терапии ИБС, 17 (36,2 %) – хотя бы частично ограничивали употребление «нездоровой» пищи, 46,8 % - не курили.

Результаты проводимой психологической диагностики анализировались с помощью метода главных компонент. В табл. 2 представлены результаты проведенного анализа. Как видно из таблицы, вся совокупность психодиагностических оценок детерминируется одним фактором, который по содержанию интерпретирован нами как «тревожная реакция».

Таблица 2

Результаты факторного анализа психодиагностических показателей при госпитализации

Показатель	Компонент
Тревожный (тревожно-депрессивный и обсессивно-фобический) тип отношения к болезни	0,818
Ипохондрический тип отношения к болезни	0,770
Уровень тревоги	0,759
Меланхолический тип отношения к болезни	0,748
Неврастенический тип отношения к болезни	0,735
Эгоцентрический тип отношения к болезни	0,727
Анозогнозический тип отношения к болезни	-0,643
Паранойяльный тип отношения к болезни	0,695
Дисфорический тип отношения к болезни	0,638
Апатический тип отношения к болезни	0,587
Гармоничный тип отношения к болезни	-0,521
Уровень депрессии	0,494
Сензитивный тип отношения к болезни	0,364
Эргопатический (стенический) тип отношения к болезни	-0,364
Приверженность терапии (комплаенс)	0,289

Таким образом, оценки психического состояния, полученные с помощью психодиагностических опросников, не позволяют дифференцировать его, поскольку результаты обследования детерминируются тревожным состоянием больных, которое можно описать

как невротоподобное состояние с выраженными признаками тревожно-депрессивных расстройств в эмоциональном статусе. Дифференцированная оценка эмоционально-поведенческих реакций больных на этом этапе не представляется возможной. Этот факт вполне согласуется с концепцией стресса Г.Селье, где тревога и напряжение выступают в качестве первых и неспецифических последствий воздействия угрожающих жизни факторов на организм.

Важным аспектом полученных в этой части исследования данных является то, что психическое состояние не претерпевает существенной динамики за период госпитализации даже при очевидном улучшении соматического статуса больных. На рис. 1 представлена зависимость интегральной оценки тревоги при выписке от уровня тревоги в начальной стадии заболевания. Как видно из рисунка, связь эта практически линейна.

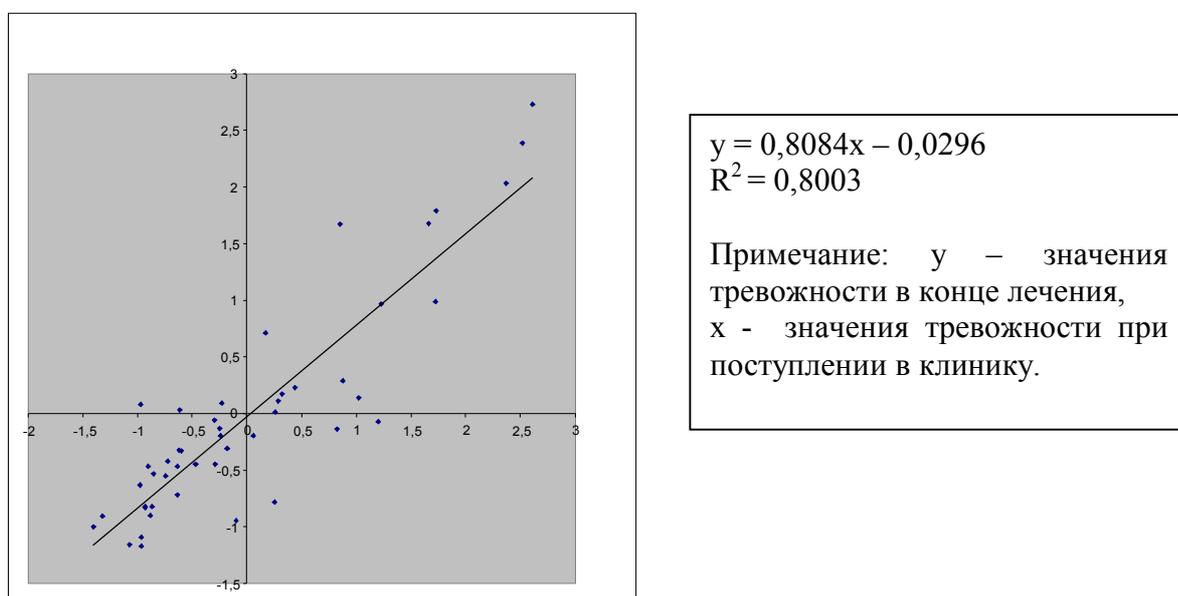


Рис. 1. Зависимость оценок фактора «тревожная реакция» в конце лечения от его оценок в начале госпитального периода (спустя 28 дней)

Клинико-психологический анализ врачебных оценок состояний больных показал, что важнейшими предикторами эффективности лечения с точки зрения врача являются тяжесть актуального состояния и соблюдение больным рекомендованного режима активности.

Линейная зависимость факторных оценок тревоги в период выписки, то есть проведенного уже лечения, от исходных значений тревоги при поступлении больного, свидетельствует о том, что само время госпитализации и проводимые в этот период мероприятия не играют существенной роли в изменениях психического состояния больных. Показатели тревоги в среднем по группе не изменяются, однако отмечается индивидуальное своеобразие процесса адаптации: больные с низкими оценками тревоги демонстрировали возрастание тревоги в период госпитализации, у больных с высокими показателями тревоги её показатели

за время госпитализации несколько снижались, всё равно оставаясь высокими.

Таким образом, за период госпитализации (21-28 дней) лечебные мероприятия, позволившие купировать острые проявления соматического неблагополучия, не оказывали существенного влияния на психическое состояние больных, которое оказалось более устойчивым. Вероятно, это обусловлено вторичной психотравматизацией госпитализированных больных вследствие переживания изменённых условий жизнедеятельности и формирующимся отношением к болезни. Важно отметить, что на этих этапах лечения состояние тревоги является уже психогенным фактором, способным усугублять течение основного заболевания и, следовательно, такое состояние нуждается в психологической коррекции.

В целом, полученные результаты свидетельствуют о том, что, если лечебные мероприятия, проводимые в период стационарного лечения, и приводят к купированию острых проявлений основного заболевания, позволяющему направить больного на санаторно-курортное лечение, то в аспекте психологической адаптации к болезни, подразумевающей трансформацию системы личностных отношений и поведения, существенной динамики не наблюдается. И это может свидетельствовать о высокой инерционности, ригидности поведения, детерминированного психологическими особенностями больных.

**Параграф 3.3. «Клинико-психологические особенности адаптации в условиях стационарного лечения и эффективность лечебно-реабилитационного процесса при сердечно-сосудистых заболеваниях»** содержит данные анализа влияния оцениваемых индивидуально-психологических особенностей больных (локус контроля, используемые стратегии совладающего поведения, тип отношения к болезни, комплаентность) на эффективность лечебно-реабилитационного процесса в аспекте соматического статуса больных (метод множественного регрессионного анализа). Результаты проведенного анализа представлены в табл. 3. Модель значима ( $p = 0,006$ ).

Таблица 3

Психосоциальные предикторы самочувствия пациентов в отдаленном катамнезе (результаты регрессионного анализа)

Показатель	Коэффициент уравнения регрессии	p =
Интегральная характеристика социальной активности в догоспитальный период	- 0,594	0,001
Уровень интернальности общий	0,331	0,034
Тенденция к избеганию в стрессовых ситуациях	0,440	0,028
Ориентированность на планирование решения проблемы в стрессовых ситуациях	0,462	0,049

Из представленных в табл. 3 данных следует, что помимо основного фактора – соматический статус в начале лечения, на оценки соматического статуса (адаптированность в физиологическом аспекте) в процессе лечения и реабилитации оказывают влияние такие психодиагностические переменные, как общий уровень интернальности, выраженность реакций бегства, стремление к планированию решения проблем.

Аналогичный анализ (множественная регрессия) проводился в отношении второго интегрального показателя – социально-психологической активности больных. Результаты этой части анализа представлены в табл. 4. Модель значима ( $p = 0,018$ ).

Таблица 4

Психосоциальные предикторы социально-психологической адаптированности пациентов в отдаленном катамнезе (результаты регрессионного анализа)

Показатель	Коэффициент уравнения регрессии	p =
Тенденция к дистанцированию (отстранению, субъективному снижению значимости ситуации) в стрессовых ситуациях	0,297	0,096
Ориентированность на планирование решения проблемы в стрессовых ситуациях	0,440	0,082
Осведомленность пациента о болезни и лечении при выписке	- 0,526	0,046

Из табл. 4 следует, что такие психологические характеристики, как привычные способы совладающего поведения: дистанцирование и планирование решения проблемы, а также осведомленность о заболевании и проводимом лечении пациента имеют существенное значение для качества социальной адаптации, оцениваемого по катамнестическим оценкам.

Результаты многомерной регрессии (табл. 5) показывают, что на динамику социальной адаптированности в процессе лечения помимо исходного уровня социальной активности значимо влияет темп изменения соматического статуса, то есть динамика улучшения соматического состояния и самочувствия. Модель значима ( $p = 0,001$ ).

**В параграфе 3.4. «Клинические и психологические факторы формирования отношения к болезни в период социальной реабилитации»** рассмотрен процесс адаптации в новых условиях жизнедеятельности после выписки пациента в отдаленном периоде по результатам катамнестического обследования.

В отдаленный постгоспитальный период показатели самочувствия и выраженности соматических жалоб у пациентов остались стабильными, выраженность эмоциональных жалоб несколько снизилась по сравнению с периодом перед выпиской, однако выявленная динамика статистически не значима ( $p = 0,09$ ).

Результаты регрессионного анализа показателей соматического и психического статуса больных и их социальной адаптированности

Показатель	Коэффициент уравнения регрессии	p =
<b>Физиологическое состояние (разница переменных в начале лечения и в катамнезе)</b>	<b>- 0,361</b>	<b>0,007</b>
<b>Социальная активность в начале лечения</b>	<b>- 0,842</b>	<b>0,001</b>
Самочувствие (разница переменных в начале лечения и в катамнезе)	- 0,260	0,142
Осведомленность о заболевании (разница переменных в начале лечения и в катамнезе)	0,175	0,317
Психическая адаптированность (разница переменных в начале лечения и в катамнезе)	0,034	0,809

Большинство пациентов (29 человек / 61,7 %) в катамнезе адекватно оценивали тяжесть своего состояния, были ориентированы на соблюдение медицинских рекомендаций, их отношение к болезни можно было охарактеризовать как нормонозогностическое. Вместе с тем существенная доля больных (18 человек / 38,3 %) демонстрировали недооценку серьезности своего состояния и риска рецидива болезни (гипо- и анозогнозии).

Зависимости отношения к болезни от причины госпитализации и социальных характеристик не выявлено.

В соответствии с методическими основаниями исследования, изменения поведения, самочувствия, образа жизни больными, перенесшими обострение или манифестацию заболевания сердечно-сосудистой системы, в совокупности отражают процесс адаптации к изменённым условиям жизнедеятельности. Адаптацией в данном контексте можно считать процесс формирования оптимального поведения, способствующего если и не выздоровлению, то предупреждению обострений и утяжеления клинической картины заболевания. Показатели адаптированности отражают, таким образом, самооценки соматического статуса и социального поведения больных.

Результаты анализа таких, полученных в катamnестическом наблюдении, оценок, с помощью описанного ранее метода представлены в табл. 6. Как видно из таблицы, оценки адаптированности больных, полученные в катamnестическом наблюдении, представлены двумя практически ортогональными факторами. Один фактор детерминирует признаки, относящиеся к физическому самочувствию, и отражает соматический статус. Другой фактор детерминирует признаки, относящиеся к социальному поведению больного, его социальной активности и косвенно характеризует психический статус.

## Результаты факторного анализа оценок состояния в катамнезе

Показатель	Фактор 1	Фактор 2
Прием лекарственных препаратов	<b>0,797</b>	0,445
Соматические жалобы	<b>0,796</b>	0,306
Эмоциональные жалобы	<b>0,777</b>	0,345
Тип отношения к болезни	<b>0,647</b>	0,214
Повторные приступы	<b>0,389</b>	0,130
Социальный статус	0,114	<b>0,369</b>
Образ жизни	0,029	<b>0,266</b>
Рабочие нагрузки	0,019	<b>0,287</b>
Профессиональная занятость	0,113	0,104
Соблюдение диеты	0,101	0,063
Курение	0,039	0,067
Самостоятельный контроль АД	0,034	0,074
Регулярные медицинские осмотры	0,017	0,002
Нарушения сна	0,000	0,162

Зависимость оценок состояния больных по этим факторам, полученным спустя год после манифестации заболевания, от аналогичных оценок, полученных при поступлении больных в стационар, носит практически линейный характер (рис. 2, 3). Такая зависимость свидетельствует о том, что не установлено действия других переменных, помимо оцениваемых: самочувствия и поведения, на общую динамику психосоматического статуса больных.

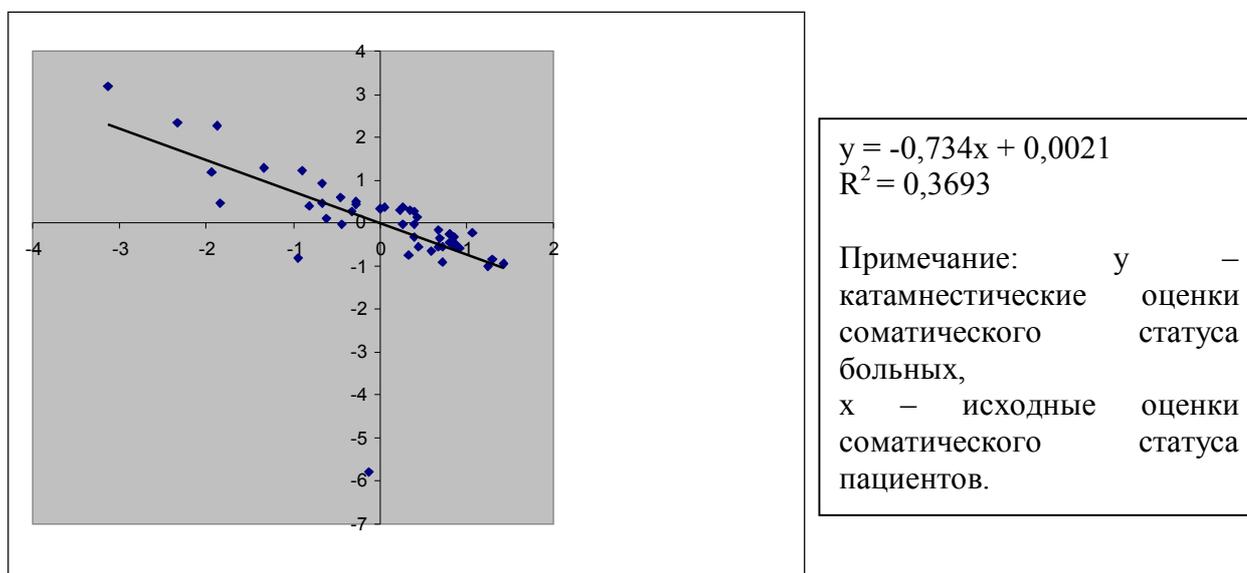


Рис. 2. Зависимость катамнестических оценок соматического статуса от оценок, полученных в начале лечения

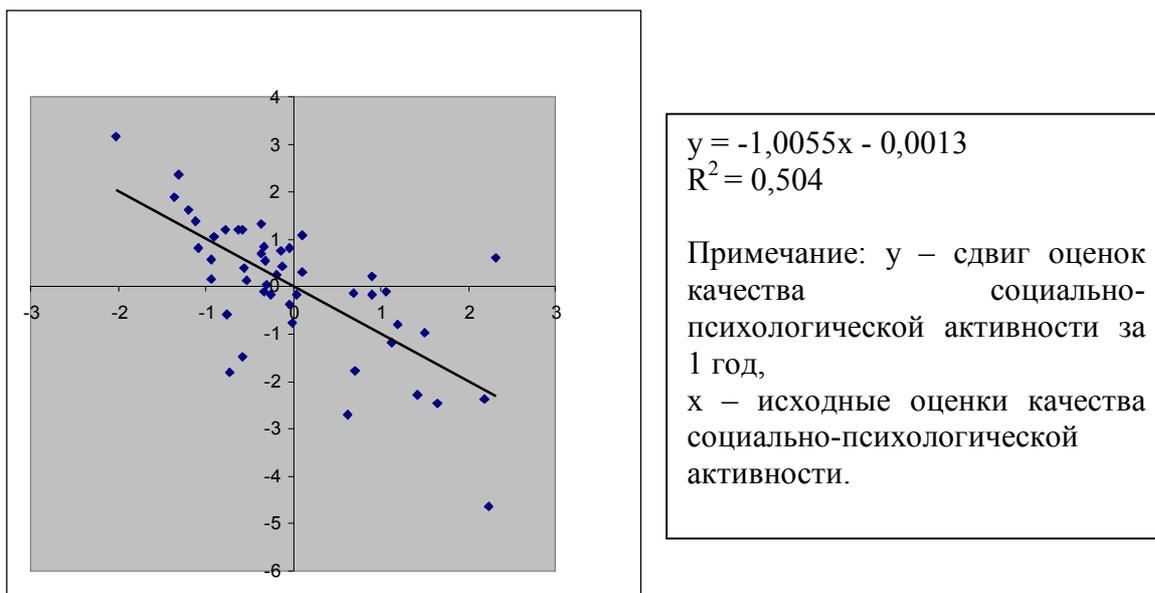


Рис. 3. Зависимость сдвига оценок социального статуса за 1 год от исходных оценок

Таким образом, помимо лечения основного заболевания, направленного на нормализацию физиологических функций, никаких иных существенных воздействий (на поведение, на отношения личности) больные в процессе лечения и реабилитации в стационаре не испытывают.

Данные наблюдения свидетельствуют в пользу того, что динамика соматического и психического состояния определяется в большей степени собственной динамикой патологического процесса, и значение психологических аспектов адаптации недооценивается в современной системе кардиореабилитации.

Результаты проведенных исследований показывают, что в целом динамика психического состояния больных укладывается в общие закономерные этапы адаптации, где болезнь является непривычными условиями жизнедеятельности, ограничивая привычные формы активности больных.

Установлено, что вслед за неспецифическими психологическими реакциями адаптации, обусловленными болью, нарушением функций, изменениями привычных условий жизни, проявляющимися состояниями эмоциональной напряженности депрессивной или тревожной модальности, разворачиваются процессы формирования новых отношений личности, адекватных складывающимся обстоятельствам.

На этом этапе поведение больных различается. Некоторые больные, фиксируясь на соматическом состоянии, ипохондризируются и сужают уровень социальной активности, что наблюдается даже на весьма отдаленных этапах лонгитюдного наблюдения. Другие больные, игнорируя признаки соматического неблагополучия, стремятся скорее вернуться к привычным формам социальной активности. Различаются также и стратегии совладающего поведения, с помощью которых больные адаптируются в условиях болезни. Вместе с тем, однозначной является зависимость темпов выздоровления и адаптации от такого психологического признака, как общая

интернальность – внутренний локус контроля личности. В клинико-психологическом аспекте внутренний локус контроля предполагает наиболее рациональное отношение к болезни и осознанные усилия по формированию адекватного новым условиям поведения.

Полученные в результате множественной линейной регрессии данные психологической диагностики разных аспектов адаптационного поведения личности позволили сформулировать основные направления, содержание и цели психологической интервенции на разных этапах кардиореабилитации.

**Четвертая глава «Основные направления и содержание мероприятий клинико-психологического сопровождения больных с острой формой ишемической болезни сердца на разных этапах адаптации к болезни»** содержит описание психологического обеспечения лечебно-реабилитационного процесса, обоснованное полученными в исследовании результатами. Сформулированы цели и задачи клинико-психологического сопровождения на этапах кардиореабилитации пациентов, перенесших жизнеопасные состояния. Эти мероприятия различаются, в зависимости от выделенных этапов процесса психической адаптации, в котором следует различать: 1) состояние «оглушенности» и растерянности, дезинтеграция поведения больного; 2) восстановление энергетически-мотивационного потенциала, актуализация адаптационно-компенсаторных механизмов; 3) диссоциация между прежними стереотипами поведения и объективными ограничениями, определяющая нарастание явлений раздражительной слабости; 4) опыты перестройки системы личностных отношений, формирование когнитивно-оценочного компонента отношения к болезни, субъективной оценки угрозы благополучию в связи с болезнью с соответствующим усилением либо ослаблением тревоги; 5) достижение стабильного адаптационно-компенсаторного уровня (с формированием либо нормонозогностического отношения к болезни, либо вариантов анозогнозии или гипернозогнозии).

**В направлении клинико-психологического сопровождения профилактики ишемической болезни сердца»** обоснована психологическая профилактика в рамках образовательных программ для населения, направленных на коррекцию устранимых поведенческих факторов риска заболевания (в соответствии с данными исследования анамнестических предвестников манифестации болезни).

**Параграф 4.2. «Цели и задачи клинико-психологического сопровождения лечебных мероприятий на начальных этапах адаптации к болезни»** содержит описание мероприятий по психологическому сопровождению больного после обострения ишемической болезни сердца в рамках лечения и реабилитации с учетом полученных в эмпирическом исследовании данных о дезинтеграции психического состояния больных после манифестации заболевания, проявляющейся выраженными признаками тревожно-депрессивного состояния.

**В параграфе 4.3. «Цели и задачи клинико-психологического сопровождения на этапе устойчивой адаптации к заболеванию»**

представлены методы психологической коррекции, направленные на восстановление энергетически-мотивационного потенциала, актуализацию адаптационно-компенсаторных механизмов; устранение диссоциации между прежними стереотипами поведения и объективными ограничениями, формирование интернальной позиции в отношении болезни и выздоровления у больного (терапевтическое обучение и психологическое консультирование в рамках рационально-эмоциональной психотерапии).

**В параграфе 4.4. «Цели и задачи клинико-психологического сопровождения на этапе социальной реабилитации»** рассмотрена основная цель клинико-психологического сопровождения пациентов после выписки, состоящая в достижении стабильного адаптационно-компенсаторного уровня с формированием нормонозогностического отношения к болезни. Достижение данной цели возможно при формировании когнитивно-оценочного компонента отношения к болезни, связанного с представлениями об актуальной и ожидаемой угрозе благополучию в связи с заболеванием, с перестройкой системы отношений пациента и формированием у него адекватного отношения к болезни на основании критического опыта (обострения), а также получением адекватной информации о состоянии своего здоровья, тесным взаимодействием с врачом, получением рекомендаций для улучшения своего состояния.

Таким образом, психологическое обеспечение при лечении неотложных состояний определяется задачами редукации неблагоприятных эмоциональных состояний, обучения пациента методам аутогенной релаксации и предоставлении больному по возможности полной информации о сути, клинических проявлениях, динамике заболевания и задачах по профилактике неблагоприятной динамики болезни.

**В заключении** диссертации кратко описаны организация исследования и полученные результаты, формулируются основные направления перспективных исследований в направлении научного обоснования мероприятий психологического обеспечения лечебно-реабилитационного процесса в соматической клинике.

## **ВЫВОДЫ**

1. Преморбидные особенности больных (соматическое состояние и навыки его самоконтроля, сопутствующие заболевания, характер социальной активности) определяют тяжесть клинического течения заболевания и характер поведения больных при обострении или манифестации заболеваний сердечно-сосудистой системы.

2. Нарушения эмоционального состояния, самочувствия, поведения, наблюдаемые у больных с обострением или манифестацией заболеваний сердечно-сосудистой системы, в целом отражают процесс адаптации к изменённым в результате боли и утраты работоспособности условиям жизнедеятельности. В качестве психогенных реакций при этом выступают эмоциональные расстройства тревожно-депрессивной модальности. Такие

расстройства являются проявлениями переживаемого нервно-психического напряжения.

3. Динамика соматического и психического состояния больных при обострении или манифестации заболеваний сердечно-сосудистой системы определяется в большей степени исходной тяжестью и динамикой нарушений функций организма. Выявлена практически линейная зависимость исходных оценок психического и соматического статуса от оценок, полученных в начале лечения, что свидетельствует об отсутствии существенного самостоятельного значения психологических факторов адаптации к изменённым условиям жизнедеятельности при современной системе кардиореабилитации.

4. Эмоциональные нарушения, а также такие особенности личности больных, как экстернальность препятствуют формированию рационального отношения к заболеванию и лечению, выработке приверженности лечению, самостоятельному изменению поведенческих стереотипов и образа жизни в направлении предупреждения неблагоприятной динамики заболевания. При этом ни развитие, ни обострение угрожающего жизни заболевания не становятся объектом проблематизации для больного и не являются смыслообразующим мотивом модификации поведения в направлении предупреждения неблагоприятного исхода в силу ригидности сформированных в преморбидном периоде образа жизни и привычек.

5. Мероприятия психологического сопровождения лечебно-реабилитационного процесса должны иметь своей целью оптимизацию активности больного в изменённых болезнью условиях жизнедеятельности. Эти мероприятия должны быть дифференцированы в соответствии со стадиями адаптации к болезни. Основной задачей психологической помощи на этапе экстренной госпитализации является коррекция эмоциональных реакций тревожно-депрессивной модальности. На этапах лечения и реабилитации психологическая помощь должна иметь своей целью выработку рационального отношения к болезни и формирование адекватных психологических отношений личности, обеспечивающих самостоятельный осознанный контроль поведения больными в интересах предупреждения рецидива заболевания (отказ от вредных привычек, соблюдение режимов труда и отдыха, неукоснительное исполнение врачебных рекомендаций).

### **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

Выводы и результаты исследования позволили нам сформулировать следующие практические рекомендации:

1. Изменения психического состояния больных при острой форме ишемической болезни сердца следует квалифицировать как психологические реакции адаптации к изменениям условий жизнедеятельности, обусловленным болевым синдромом и ограничением естественной активности больных. Ведущими проявлениями этих состояний являются эмоциональное напряжение и тревога, которые детерминируются тяжестью основного заболевания. По своему генезу эти состояния не являются

психопатологическими и нуждаются в психологической коррекции, поскольку являются дополнительным фактором, усугубляющим течение основного заболевания. Психологическая коррекция реакций, состояний, психологических отношений личности и поведения являются непосредственными задачами психологического обеспечения лечебного процесса при острых формах ишемической болезни сердца.

2. Мероприятия психологического сопровождения (психологической коррекции реакций, состояний и поведения) больных на разных этапах лечебного процесса должны быть дифференцированы по своим целям. На этапе интенсивной терапии острой формы ишемической болезни сердца они сводятся к задачам купирования тревожной реакции и оптимизации эмоционального состояния больных. Коррекция отношений личности к заболеванию и формирование приверженности лечению является следующей задачей психологического сопровождения больных и может осуществляться только после купирования острых проявлений заболевания как в госпитальный период, так и во время санаторно-курортного лечения.

3. Выявленные в исследовании анамнестические сведения об особенностях поведения больных и психологических отношениях личности, детерминирующих эти формы поведения, могут рассматриваться в качестве прогностических признаков качества адаптации больных, перенёвших острую форму ишемической болезни сердца и служить «мишенями» психологической коррекции при психологическом сопровождении больных.

4. Полученные в исследовании результаты могут быть использованы при разработке программ психологического сопровождения лечебно-реабилитационного процесса в учреждениях здравоохранения, в теоретической и практической подготовке клинических психологов и могут быть включены в программы таких дисциплин, как: «Медицинская психология», «Психотерапия», «Основы психосоматики», «Психологическое сопровождение лечебного процесса».

## **СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

**Статьи в научных журналах и изданиях, входящих в перечень рецензируемых российских научных журналов, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ для опубликования основных научных результатов диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук**

1. Чернорай А.В. Медико-психологический аспект адаптации пациентов, перенесших инфаркт миокарда: современное состояние проблемы / А.Н. Алёхин, Л.А. Сорокин, Е.А. Трифонова, А.В. Чернорай // Вестник психотерапии. – 2012. – Т. 47. - № 42. – С. 26-45 (1,3 / 1,0 п.л.).

2. Чернорай А.В. Отношение к болезни и лечению пациентов с обострением сердечно-сосудистого заболевания на этапе реабилитации / А.В. Чернорай // Известия Российского государственного педагогического университета имени А.И. Герцена. – 2012. - № 153 (1). – С. 237-242 (0,45 п.л.).

3. Чернорай А.В. Отношение к болезни у пациентов, перенесших неотложные кардиологические состояния / А.Н. Алёхин, Е.А. Трифонова, А.В. Чернорай // Артериальная гипертензия. – 2012. – Т. 18. - № 4. – С. 317-324 (0,7 / 0,4 п.л.).

4. Чернорай А.В. Динамика психической адаптации к заболеванию пациентов с ишемической болезнью сердца, перенесших жизнеопасные состояния / А.Н. Алёхин, Е.А. Трифонова, А.В. Чернорай // Вестник психотерапии. – 2013. – Т. 48. - № 53. – С. 16-27 (0,7 / 0,5 п.л.).

#### **Научные издания, статьи, тезисы докладов и статей**

5. Чернорай А.В. Клинико-психологическое сопровождение лечебного процесса в клинике внутренних болезней / А.В. Чернорай // Актуальные вопросы медицинской науки: Сборник научных работ студентов и молодых ученых Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы медицинской науки», посвященной 70-летию профессора А.А. Чумакова. – Ярославль: ООО Издательско-полиграфический комплекс «Индиго», 2012. – С. 316. – URL: <http://gw.uma.ac.ru> (дата обращения: 01.02.2013). (0,1 п.л.).

6. Чернорай А.В. Личностная реакция на болезнь у пациентов, перенесших неотложные кардиологические состояния / А.Н. Алёхин, Е.А. Трифонова, А.В. Чернорай // Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психическое здоровье населения как основа национальной безопасности России» / Под редакцией проф. Н.Г. Незнанова, проф. К.К. Яхина. – Санкт-Петербург: Издательство «Альта Астра», 2012. - С. 216-217 (0,2 / 0,1 п.л.).

7. Чернорай А.В. Болезнь как непривычное условие существования и проблема психической адаптации / А.В. Чернорай // Педиатр. – 2012. – Т. 3. – Выпуск 4. – С. 7-9 (0,25 п.л.).

8. Чернорай А.В. Копинг-компетентность и психосоматический риск у мужчин трудоспособного возраста с сердечно-сосудистой патологией / Е.А. Трифонова, Е.В. Пашенко, А.В. Чернорай // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013 (июнь). – N 3 (20). – URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 01.06.2013) (0,7 / 0,4 п.л.).

9. Чернорай А.В. Эффективность совладания со стрессом у пациентов с неотложными кардиологическими состояниями / Е.А. Трифонова, Е.В. Пашенко, А.В. Чернорай // Психология стресса и совладающего поведения: материалы 3 Международной научно-практической конференции Кострома, 26-28 сентября 2013 г.: в 2 т. / отв. ред.: Т.Л. Крюкова, Е.В. Кюфтяк, М.В. Сапоровская, С.А. Хазова. – Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2013 (сентябрь). – Т.1. – С. 136-137 (0,2 / 0,1 п.л.).

10. Чернорай А.В. Психические реакции и состояния при острой форме ишемической болезни сердца / А.Н. Алёхин, Г.В. Иванов, А.В. Чернорай // Психология психических состояний: актуальные теоретические и прикладные проблемы: Материалы Второй Всероссийской научной конференции. Казанский федеральный университет, 14-16 ноября 2013 г. Часть 2. – Казань: Издательство «Отечество», 2013. – С. 107-111 (0,2/0,1 п.л.).

11. Чернорай А.В. Стиль совладания со стрессом и кардиологический риск у мужчин трудоспособного возраста / А.В. Чернорай, Н.П. Долганова, Е.А. Трифонова // Психология – наука будущего. Материалы 5 международной конференции молодых ученых/ Отв. ред. А.Л. Журавлев, Е.А. Сергиенко, Н.Е. Харламенкова, К.Б. Зувев. – Москва: Изд-во «Институт психологии РАН», 2013. – С. 676-678 (0,2 / 0,1 п.л.).

Подписано в печать и отп. 25.04.2014      Формат 60x84<sup>1/16</sup>  
Печать цифровая      Объем 1,5 п.л.      Тираж 100 экз.