

4. *Chambers R., Taylor J. & Potenza M.* Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: A critical period of addiction vulnerability // *American Journal of Psychiatry*. 2003: 160. P. 1041–1052.
5. *Galvan A., Hare T. A., Parra C. E., Penn J. et al.* Earlier development of the accumbens relative to orbitofrontal cortex might underlie risk-taking behavior in adolescents // *Journal of Neuroscience*. 2006: 26: 25. P. 6885–6892.
6. *Gardner M., Steinberg L.* Peer Influence on Risk Taking, Risk Preference, and Risky Decision Making // *Developmental Psychology*. 2005. 41 (4). pp. 625–635.
7. *Millstein S. G.* Adolescent health: Challenges for behavioural scientists // *American Psychologist*, 1989. 44. P. 837–842.
8. *Omori M. and Ingersoll G. M.* Health-endangering behaviours among Japanese college students: a test of psychosocial model of risk-taking behaviours // *Journal of Adolescence*. 2005: 28. P. 17–33.
9. *Reyna V. F. & Rivers S. E.* Current theories of risk and rational decision making // *Developmental Review*. 2008: 28. P. 1–11.
10. *Romer D.* Adolescent Risk Taking, Impulsivity, and Brain Development: Implications for Prevention // *Developmental Psychobiology*. 2010. 3: Vol. 52. P. 263–276.
11. *Sethi D., Towner E., Vincenten J., Segui-Gomez M. and Racioppi F.* World report on child injury prevention // Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро. 2009. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/83757/E92049.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/83757/E92049.pdf).
12. *Steinberg L.* A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking // *Developmental Review*. 2008: 28. P. 78–106.

*А. А. Дмитриева*

## ОТНОШЕНИЕ К ИНТЕРВЕНЦИОННОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА

*Раскрывается характеристика отношения к интервенционному лечению у больных с нарушениями ритма сердца. Исследование проводилось на экспериментальной выборке, состоявшей из 55 человек (28 мужчин, 27 женщин в возрасте от 18 до 83 лет). С использованием опросника «Интегративный тест тревожности», проективного метода «Цветовой тест отношений», теста определения субъективной длительности временных интервалов, методики «Типов отношения к болезни» и «Уровня субъективного контроля» выделены различные варианты реагирования на вмешательство, определены ведущие типы отношения к болезни и к лечению, особенности предоперационного эмоционального состояния, а также установлены социально-демографические и личностные факторы формирования отношения к интервенционному лечению.*

**Ключевые слова:** отношение к болезни и к лечению, предоперационная тревога, психическая адаптация, личность, нарушения ритма сердца, интервенционное лечение.

*A. Dmitrieva*

## Attitude Towards Interventional Treatment of Patients with Heart Rhythm Disorders

*The study describes the characteristics of attitude towards interventional treatment of patients with heart rhythm disorders. The study was conducted on a pilot sample of 55 patients (28 males and 27 females aged 18-83). Using questionnaire "Integrative anxiety test", projection "Color Test", a test to determine the subjective duration of time-intervals, "Types of attitudes towards disease" questionnaire and "Locus of control", different types of response to the intervention were identified, major attitudes to the disease and treatment, as well as preoperative emotional states were described, and social and personality factors influencing the attitude toward interventional treatment were revealed.*

**Keywords:** *attitude towards disease and treatment, preoperative anxiety, psychological adaptation, personality, heart rhythm disorders, interventional treatment.*

Ведущее место в структуре заболеваемости населения России занимают болезни сердечно-сосудистой системы, значительную долю которых составляют нарушения ритма сердца (НРС), оказывающие существенное влияние на качество жизни и трудоспособность больных [13].

Несмотря на создание новых средств медикаментозной антиаритмической терапии, в клинической практике отмечается высокий риск возникновения побочных эффектов и рецидивов, что подтверждается многочисленными наблюдениями [11]. Активное развитие естественно-технических наук, недостаточная эффективность фармако-терапии сделали необходимым внедрение высокотехнологичного, относительно малоинвазивного (по сравнению с хирургическим) интервенционного лечения аритмий, включающего катетерные процедуры и имплантацию антиаритмических устройств [8].

Несмотря на минимальную степень инвазивности, интервенционное лечение является психотравмирующей процедурой, поскольку данное вмешательство осуществляется на жизненно важном органе — сердце, преимущественно под общим наркозом. Наряду с этим отмечается риск осложнений и отсутствия положительного эффекта [10], что определяет спектр переживаний и опасений больного в предоперационный период [1; 2].

В структуре отношения к инвазивному лечению существенное место занимает предоперационное эмоциональное состояние, наиболее часто — предоперационная тревога [1; 2; 6]. В исследованиях показано, что эмоциональная реакция на предстоящее вмешательство зависит от клинического статуса [10], от уровня информированности о заболевании и особенностях лечения, от длительности ожидания вмешательства [1; 14]. Установлено, что пациенты с высокой степенью тревожности имеют более высо-

кий риск периоперационных осложнений, обусловленных гиперактивацией симпатической нервной системы [7]. Вместе с тем данные исследования посвящены преимущественно реакции пациентов на хирургическое лечение, при этом недостаточно изученной остается специфика отношения пациентов к малоинвазивному вмешательству с учетом особенностей подобного лечения. Вне поля зрения остаётся вопрос относительно самих переживаний пациентов в связи с предстоящим вмешательством, обусловленных определенной мотивацией, ожиданиями, представлениями о предполагаемой эффективности и риске осложнений, а также предшествующим опытом лечения. Знание этих особенностей позволило бы обосновать направления и содержание психологического сопровождения процесса подготовки к интервенционному лечению, улучшить процесс восстановления здоровья после вмешательства, а также повысить качество жизни больных.

Цель настоящего исследования — определение особенностей отношения к интервенционному лечению у пациентов с нарушениями ритма сердца (для обоснования дифференцированного подхода к психологической подготовке больных к вмешательству).

На базе Федерального центра сердца, крови и эндокринологии им. В. А. Алмазова было обследовано 55 человек (27 женщин, 28 мужчин), трех возрастных групп (в возрасте от 18 до 35 лет обследовано 15 чел., от 36 до 60 — 20 чел., от 61 до 83 — 20 чел.). Исследование проводилось с информированного согласия пациентов преимущественно за день до вмешательства.

В рамках психологического исследования были использованы следующие методы и методики:

1. Структурированное интервью с целью получения информации об особенностях переживаний, об актуальной жизненной си-

туации, для медицинского и психологического анамнеза пациента и т. п.

2. Опросник «Интегративный тест тревожности» [4], направленный на оценку выраженности тревоги как ситуационной реакции и личностно-типологической характеристики.

3. Проективная методика: «Цветовой тест отношений» [12] с анализом реакций на понятия «я сейчас», «я в будущем», «болезнь», «врачи», «предстоящая операция», «страх».

4. Для косвенной оценки эмоционального состояния использовался тест определения длительности временных интервалов [9]. Пациентам предлагалось воспроизвести по образцу (щелчку или стуку) временные интервалы в 7, 10 и 30 секунд. Оценивалась степень искажения в восприятии времени, являющаяся косвенной мерой тревоги.

5. Для диагностики типов отношения к болезни использовалась методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) [5].

6. Базовые когнитивные установки в отношении контролируемости событий собственной жизни (локус контроля) оценивались с помощью методики «Уровень субъективного контроля» [3].

При математико-статистическом анализе использовались методы описательной статистики (частоты, таблицы сопряженности); методы выявления различий (U-критерий Манна — Уитни); методы выявления взаимосвязей (критерий Хи-квадрат; корреляции r-Пирсона, rho-Спирмена). Данные обрабатывались с помощью программы SPSS Statistics 19.

#### *Типы отношения к лечению у пациентов с нарушениями ритма сердца*

Клинико-психологический анализ переживаний пациентов на предоперационном этапе позволил выделить три группы, различающиеся степенью вовлеченности в актуальную ситуацию ожидания вмешательства. Эти варианты реагирования условно соотносятся со следующими типами реакции на болезнь: гипонозогнозический (65%

пациентов), нормонозогнозический (8%), гипернозогнозический (27%).

В большинстве случаев выявляется реакция недооценки серьезности и опасности предстоящего вмешательства. Пациенты уклоняются от обсуждения переживаний в связи с болезнью и лечением, подчеркивают свою незаинтересованность в подробной информации о вмешательстве, демонстрируют спокойствие либо приподнятое настроение. Основным мотивом обращения за помощью у этих пациентов является неудовлетворенность актуальным физическим состоянием, «давление» со стороны ближайшего окружения или авторитет врача.

Почти у трети обследуемых отмечаются аффективно насыщенные (гипернозогнозические) формы реагирования на предстоящее лечение, сопровождающиеся повышенным эмоциональным напряжением, навязчивыми опасениями, постоянными мыслями о болезни и полным подчинением поведения проблемам лечения.

Лишь в незначительном числе случаев наблюдается адекватное отношение пациентов к болезни, проявляющееся в позиции сотрудничества, в заинтересованности в медицинской информации, в конструктивном способе совладания с предоперационным эмоциональным напряжением.

Результаты беседы были подтверждены данными применения методики ТОБОЛ [5]: было установлено, что у пациентов с НРС (47,3%) ведущим является эргопатический тип, который отражает прагматическое отношение к вмешательству как средству «переломить» болезнь, преодолеть чувство уязвимости в связи с заболеванием за счёт вовлеченности в повседневные дела и сохранения привычного уровня социальной активности. Можно предположить, что за столь значимой социальной направленностью скрывается боязнь инвалидизации, физической неполноценности и собственной несостоятельности, беспомощности.

У 20% пациентов с НРС выявляются типы отношения к болезни, отражающие вы-

сокую эмоциональную напряженность (диффузный, сенситивный, тревожный). Диагностированные типы отражают негативно-аффективное отношение к предстоящему лечению, которое проявляется в чрезмерной чувствительности к замечаниям врачей и к опыту других пациентов, в тревожной мнительности, в ожидании послеоперационных осложнений и т. п. Гармоничный тип отношения к болезни был выявлен всего у пяти пациентов (9,1%).

Таким образом, ведущим типом отношения к болезни и к лечению у обследованных является эргопатический. Большинство пациентов склонны воспринимать интервенционное вмешательство как средство, необходимое для поддержания привычного ритма жизнедеятельности, что, с одной стороны, обеспечивает их удовлетворительную социальную адаптацию, а с другой стороны, определяет повышенный риск несоблюдения медицинских рекомендаций.

*Предоперационное эмоциональное состояние у пациентов с нарушениями ритма сердца.* По результатам применения методики ИТТ [4], для большинства (45,5%) пациентов с НРС характерно отрицание тревоги, носящее, по-видимому, защитный характер. В 40% случаев выявляется умеренная адаптивная ситуативная тревожность, адекватная стрессовой ситуации лечения. У 14,5% пациентов с НРС отмечались признаки непродуктивной эмоциональной напряженности, навязчивые опасения, невозможность отвлечься от мыслей о предстоящем вмешательстве. Данное состояние было квалифицировано как выраженная предоперационная тревога.

Анализ жалоб пациентов с НРС позволил установить, что выраженная предоперационная тревога связана с общей эмоциональной дестабилизацией. По результатам опроса, у пациентов с выраженной предоперационной тревогой чаще, чем у остальных пациентов, отмечаются трудности засыпания (31% в противоположность 25%  $\chi^2=6,57$ ,  $p<0,05$ ), поверхностный сон (36% в

противоположность 14%  $\chi^2=10,50$ ,  $p<0,01$ ), отчётливое снижение эмоционального фона (36% в противоположность 28%  $\chi^2=5,01$ ,  $p<0,05$ ), эмоциональная лабильность (57% в противоположность 33%  $\chi^2=12,92$ ,  $p<0,01$ ).

По результатам оценки субъективного восприятия времени было установлено, что практически у всех пациентов с НРС (86%) оно искажено в сторону более медленного течения. При правильном понимании инструкции пациенты существенно (в разы) увеличивают продолжительность эталонных интервалов времени вплоть до 11-кратного увеличения. Можно предположить, что данный феномен связан с недостаточной насыщенностью событиями периода пребывания в стационаре, а также с изменением биологической регуляции восприятия времени вследствие нарушения ритма сердца. Связь между степенью искажения в восприятии времени и самоотчётами об эмоциональном состоянии была характерна для пожилых пациентов ( $r=-0,67$ ,  $p < 0,05$ ), а также в целом для мужчин ( $r=-0,49$ ,  $p<0,05$ ): чем больше выражено эмоциональное напряжение, тем меньше продолжительность воспроизводимых ими временных интервалов.

Данные ЦТО позволяют заключить, что наиболее показательными параметрами выраженной предоперационной тревоги являются понятия «я сейчас» и «операция», негативная аффективная значимость которых коррелирует с ситуативной тревогой ( $r= 0,43$ ,  $p<0,01$ ), с субъективной оценкой эмоционального дискомфорта ( $r=0,53$ ,  $p<0,01$ ) и с тревожной оценкой перспектив ( $r=0,47$ ,  $p<0,01$ ).

*Факторы, влияющие на формирование отношения к лечению у пациентов с нарушениями ритма сердца.* При оценке роли клинических факторов в формировании отношения к болезни и к лечению было установлено, что оно преимущественно не зависит от наследственной отягощённости, от давности НРС и его формы, степени информированности о заболевании и лечении, а также от вида интервенционного лечения.

При сравнении отношения к лечению в разных возрастных группах было обнаружено следующее. У молодых пациентов образ здоровья связан с высоким уровнем интернальности в области производственных отношений ( $r=-0,67$ ,  $p<0,05$ ) и с повышенным уровнем тревожной оценки перспективы ( $r=0,75$ ,  $p<0,05$ ). Для пациентов зрелого возраста характерна общая эмоциональная напряжённость, связанная с актуальным состоянием здоровья ( $r=0,52$ ,  $p<0,05$ ) и с предстоящим вмешательством ( $r=0,61$ ,  $p<0,05$ ). Для пожилых пациентов больше характерны настойчивые опасения («я сейчас», «предстоящая операция») за своё здоровье ( $r=0,68$ ,  $p<0,05$ ).

Таким образом, в отношении к лечению молодые пациенты более обеспокоены жизненными перспективами в связи с болезнью, их усилия направлены на поддержание образа «Я здоровый». Пациенты зрелого возраста склонны рассматривать вмешательство как средство возвращения к профессиональной и к иной социальной активности, которая является фактором поддержания семейного благополучия. В пожилом/преклонном возрасте операция рассматривается в большей мере как жизнеподдерживающее средство и возможность снижения физического дискомфорта.

При оценке роли личностных особенностей в формировании отношения к лечению у пациентов с НРС была выявлена связь предоперационной тревоги (аффективного компонента отношения) с уровнем экстернальности ( $r=-0,349$ ,  $p<0,01$ ): пациенты, считающие события своей жизни зависящими преимущественно от случайности или от поведения других людей, испытывают больший страх перед операцией.

Важным отличием пациентов с аффективно насыщенными формами реагирования на предстоящее вмешательство являлись также меньшая выраженность эргопатических тенденций ( $r=-0,31$ ,  $p<0,05$ ), а также более узкий круг социальных контактов ( $r=-0,29$ ,  $p<0,05$ ). Иными словами, для

пациентов с выраженной аффективной реакцией на предстоящее лечение характерна несформированность установок на активное преодоление болезни, отсутствие субъективно значимых социальных обязанностей как мотива для совладания с болезнью и собственным страхом, недостаточность эмоционально положительных социальных контактов, позволяющих мобилизовать адекватную социальную поддержку и снизить сосредоточенность на негативных переживаниях.

#### Выводы

1. Для пациентов с нарушениями ритма сердца характерны неадаптивные формы реагирования на предстоящее интервенционное лечение с относительным преобладанием гипонозогнозических тенденций, формирующихся на основе эргопатического отношения к болезни и проявляющихся защитным отрицанием серьёзности вмешательства, а также склонностью рассматривать лечение преимущественно как средство сохранения социальной активности. Вместе с тем почти у трети пациентов (27%) выявляется гипернозогностический вариант реагирования, характеризующийся преобладанием тревожных и сенситивных тенденций, выраженностью предоперационного эмоционального напряжения с явлениями аффективной лабильности, навязчивыми опасениями, нарушениями сна, снижением эмоционального фона, а также общей фрустрированностью болезнью.

2. При нарушениях ритма сердца выраженность предоперационной тревоги в значительной степени зависит от степени информированности о предстоящем вмешательстве и от опыта лечения (первичная / повторная операция).

3. Отношение к интервенционному лечению характеризуется специфичностью в разных возрастных группах. Молодые пациенты более обеспокоены перспективами в связи с болезнью, их усилия направлены на поддержание образа «Я здоровый». Пациенты зрелого возраста склонны рассматри-

вать вмешательство как средство возвращения к профессиональной и иной социальной активности. В пожилом/преклонном возрасте вмешательство рассматривается в большей мере как жизнеподдерживающее средство и способ снижения физического дискомфорта.

4. Основными личностными факторами, участвующими в формировании аффективно насыщенного отношения к интервенционному лечению и выраженной предоперационной тревоги, являются экстернальный локус контроля (склонность к переживанию

жизненных событий как неподконтрольных), ограниченность социальных мотивов преодоления болезни (слабая выраженность эргопатических тенденций, отсутствие жизненных планов) и низкий уровень социальной интеграции (ограниченность социальных контактов).

5. Полученные данные позволяют определить направления психологической коррекции в комплексе мероприятий по подготовке пациентов с нарушениями ритма сердца к интервенционному лечению.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алёхин А. Н., Трифонова Е. А., Лебедев Д. С., Михайлов Е. Н. Психологические проблемы в аритмологии (на модели фибрилляции предсердий) // Вестник аритмологии. 2011. № 63. С. 45–54.
2. Алёхин А. Н., Чумакова И. О., Трифонова Е. А., Лебедев Д. С., Михайлов Е. Н. Клинические факторы формирования отношения к болезни у пациентов с фибрилляцией предсердий // Психологические исследования: Электрон. научн. журн. 2011. № 5. [Электронный ресурс] <http://psystudy.ru/index.php/component/content/article/54-n5-19/550-alekhin-et-al19.html?directory=82>
3. Бажин Е. Ф., Гольнкина Е. А., Эткин А. М. Метод исследования уровня субъективного контроля // Психологический журнал. 1984. Т. 5. № 3. С. 152–162.
4. Бизюк А. П., Вассерман Л. И., Иовлев Б. В. Применение интегративного теста тревожности (ИГТ): Методические рекомендации. СПб.: Изд-во НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2003. 23 с.
5. Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Карпова Э. Б., Вукс А. Я. Психологическая диагностика отношения к болезни: Пособие для врачей. СПб.: Изд-во НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2005. 32 с.
6. Вознюк О. А. Тревожно-депрессивные расстройства у больных с нарушениями ритма сердца // Вестник ОГУ. 2006. № 12. С. 166–170.
7. Кабанова Н. В., Ясногор Л. А. К вопросу о премедикации: компоненты, критерии адекватности (обзор литературы) // Медицина неотложных состояний. 2011. № 4. С. 19–25.
8. Кондрашин С. А., Царегородцев Д. А., Васюков С. С. Интервенционные методы лечения нарушений ритма // Медицинский алфавит. Радиология. 2009. № 2. С. 21–23.
9. Кузнецов О. Н., Алёхин А. Н., Самохина Т. В., Мусеева Н. И. Методические подходы к исследованию чувства времени у человека // Вопросы психологии. 1985. № 4. С. 140–144.
10. Лебедева У. В., Лебедев Д. С. Психологические аспекты и качество жизни пациентов при хирургическом лечении аритмий // Вестник аритмологии. 2005. № 38. С. 23–28.
11. Раибаева Г. С. Показания и результаты хирургического лечения изолированных наджелудочковых тахикардий в условиях «открытого» сердца, в том числе после их неэффективного интервенционного устранения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук, 2011.
12. Собчик Л. Н. Метод цветных выборов — модификация восьмицветового теста Люшера: Практическое руководство. СПб.: Речь, 2010. 128 с.
13. Школьникова М. А., Шубик Ю. В., Шальнова С. А., Школьников, В. М., Ваупель Д. Сердечные аритмии у лиц пожилого возраста и их ассоциация с характеристиками здоровья и смертностью // Вестник аритмологии. 2007. № 49. С. 5–13.
14. Aalouane R., Rammouz I., Tahiri-Alaoui D., Elrhazi K., Boujraf S. Determining factors of anxiety in patients at the preoperative stage // Neurosciences (Riyadh). 2011. 16(2). P. 146–9.

## REFERENCES

1. *Aljohin A. N., Trifonova E. A., Lebedev D. S., Mihajlov E. N.* Psihologicheskie problemy v aritmologii (na modeli fibrilljatsii predserdij) // Vestnik aritmologii. 2011. № 63. S. 45–54.
2. *Aljohin A. N., Chumakova I. O., Trifonova E. A., Lebedev D. S., Mihajlov E. N.* Klinicheskie faktory formirovaniya odnoshenija k bolezni u patsientov s fibrilljatsiej predserdij // Psihologicheskie issledovanija: Elektron. nauchn. zhurn. 2011. № 5. [Elektronnyj resurs] <http://psystudy.ru/index.php/component/content/article/54-n5-19/550-alekhin-et-al19.html?directory=82>
3. *Bazhin E. F., Golyunkina E. A., Etkind A. M.* Metod issledovanija urovnja subjektivnogo kontrolja // Psihologicheskij zhurnal. 1984. T. 5. № 3. S. 152–162.
4. *Bizjuk A. P., Vasserman L. I., Iovlev B. V.* Primenenie integrativnogo testa trevozhnosti (ITT): Metodicheskie rekomendatsii. SPb.: Izd-vo NIPNI im. V. M. Behtereva, 2003. 23 s.
5. *Vasserman L. I., Iovlev B. V., Karpova Je. B., Vuks A. Ja.* Psihologicheskaja diagnostika odnoshenija k bolezni: Posobie dlja vrachej. SPb.: Izd-vo NIPNI im. V. M. Behtereva, 2005. 32 s.
6. *Voznjuk O. A.* Trevozhno-depressivnye rasstrojstva u bol'nyh s narushenijami ritma serdtsa // Vestnik OGU. 2006. № 12. S. 166–170.
7. *Kabanova N. V., Jasnogor L. A.* K voprosu o premedikatsii: komponenty, kriterii adekvatnosti (obzor literatury) // Meditsina neotlozhnyh sostojanij. 2011. № 4. S. 19–25.
8. *Kondrashin S. A., Tsaregorodtsev D. A., Vasjukov S. S.* Interventsionnye metody lechenija narushenij ritma // Meditsinskij alfavit. Radiologija. 2009. № 2. S. 21–23.
9. *Kuznetsov O. N., Aljohin A. N., Samohina T. V., Moiseeva N. I.* Metodicheskie podhody k issledovaniju chuvstva vremeni u cheloveka // Voprosy psihologii. 1985. № 4. S. 140–144.
10. *Lebedeva U. V., Lebedev D. S.* Psihologicheskie aspekty i kachestvo zhizni patsientov pri hirurgheskom lechenii aritmij // Vestnik aritmologii. 2005. № 38. S. 23–28.
11. *Rashbaeva G. S.* Pokazaniya i rezul'taty hirurgheskogo lechenija izolirovannyh nadzheludochkovykh tahiaritmij v uslovijah «otkrytogo» serdtsa, v tom chisle posle ih nejeffektivnogo intervencionnogo ustraneniya: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk, 2011.
12. *Sobchik L. N.* Metod cvetovyh vyborov — modifikatsija vos'mitsvetovogo testa Ljushera: Prakticheskoe rukovodstvo. SPb.: Rech', 2010. 128 s.
13. *Shkol'nikova M. A., Shubik Ju. V., Shal'nova S. A., Shkol'nikov V. M., Vaupel' D.* Serdechnye aritmii u lic pozhilogo vozrasta i ih assotsiatsija s harakteristikami zdorov'ja i smertnost'ju // Vestnik aritmologii. 2007. № 49. S. 5–13.
14. *Aalouane R., Rammouz I., Tahiri-Alaoui D., Elrhazi K., Boujraf S.* Determining factors of anxiety in patients at the preoperative stage // Neurosciences (Riyadh). 2011. 16(2). P. 146–9.

*Н. П. Долганова*

## СТРЕСС-СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ ЛИЦ С ПОВЫШЕННЫМ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИМ РИСКОМ

*В проведенном исследовании раскрываются особенности стресс-совладающего поведения у лиц с разным уровнем кардиометаболического риска. По результатам обследования 98 респондентов (42 мужчины и 56 женщин в возрасте 20–62 лет) с применением методов медицинского обследования, клинико-психологических методов (беседа, наблюдение) и опросников «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» (опросник CISS) и «Стратегии совладающего поведения» было выявлено, что пациенты с кардиометаболическими нарушениями используют неэффективные копинг-стратегии, которые оказывают влияние на образ жизни, что указывает на необходимость психологической коррекции когнитивных и поведенческих паттернов у лиц с повышенным кардиометаболическим риском.*

**Ключевые слова:** метаболический синдром, кардиометаболический риск, стресс, адаптация, копинг-стратегии, образ жизни.