

На правах рукописи
УДК 159.9:616.12-005.4-058-072.8:615.851

Кувшинова Наталия Юрьевна

**Психокоррекционная работа с больными ишемической болезнью
сердца с учетом параметров качества жизни**

Специальность: 19.00.04 – медицинская психология
(психологические науки)

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Санкт-Петербург
2011

Работа выполнена на кафедре медицинской психологии и психотерапии Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Научный руководитель:

доктор медицинских наук
профессор **Наталья Игоревна Мельченко**

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук
профессор **Сергей Александрович Кулаков**

кандидат психологических наук
Евгения Михайловна Янковская

Ведущая организация:

Научный центр психического здоровья Российской академии медицинских наук

Защита состоится 26 мая 2011 г. в 17 часов на заседании Совета по защите докторских и кандидатских диссертаций Д 212.199.25 Российского государственного педагогического университета им. А.И.Герцена по адресу: 191186, г.Санкт-Петербург, Набережная реки Мойки, д.48, корпус 11, аудитория 37.

С диссертацией можно ознакомиться в фундаментальной библиотеке Российского государственного педагогического университета им. А.И.Герцена по адресу: 191186, г.Санкт-Петербург, Набережная реки Мойки, д.48, корпус 5.

Автореферат разослан « ____ » _____ 2011 г.

УЧЕНЫЙ СЕКРЕТАРЬ
диссертационного совета
кандидат психологических наук

Г.В.Семенова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность. В настоящее время в медицине и клинической психологии в контексте оптимизации профилактики и лечения различных заболеваний и повышения качества жизни больных наиболее приемлемой считается холистическая модель, в рамках которой рассматриваются в системном единстве биологический, психологический, социальный и духовный уровни функционирования человека (Ташлыков В.А., 1986; Николаева В.В., 1988, 2009; Бройтигам В., Кристиан П., Рад М., 1999; Мельченко Н.И., 1999; Носачев Г.Н., 2003; Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., 2005; Незнанов Н.Г., 1994, 2008; Карвасарский Б.Д., 2003, 2008 и др.). Наиболее ярко сущность холистического подхода прослеживается в работе с психосоматическими больными. Традиционно к психосоматическим заболеваниям принято относить ишемическую болезнь сердца (ИБС), которая на сегодняшний день продолжает удерживать первенство не только среди всех болезней сердечно-сосудистой системы, но и в структуре общей заболеваемости, смертности и инвалидизации населения многих экономически развитых стран и Российской Федерации, несмотря на постоянное совершенствование методов диагностики и лечения (Чазов Е.И., 2003; Фатенков В.Н., 2002, 2008; Погосова Г.В., 2007; Оганов Р.Г., 2004, 2007). По данным государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины, в настоящее время 13 млн. трудоспособного населения РФ страдает ИБС, из них 2-3% ежегодно переносят инфаркт миокарда.

Многие авторы относят ИБС к «болезням цивилизации» (Бауман У., Перре М., 1998; Хитров Н.К., Салтыков А.Б., 2003). Тенденция к непрерывному росту ишемической болезни, в том числе и среди лиц молодого возраста, связана с особенностями жизни современного человека, социальной нестабильностью, которые влекут за собой увеличение эмоционально-поведенческих факторов риска – таких как эмоциональное напряжение, стресс, депрессия (Мареев В.Ю., 1999; Сыроева Н.Ю., 2000; Смулевич А.Б., 2003; Погосова Г.В., 2004; Алехин А.Н., 2009; Погосова Г.В., Байчоров И.Х. и др., 2010), малоподвижный образ жизни, курение (Гиндикин В.Я., 2000; Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я., 2007).

В современном обществе с его высокими требованиями к личности важна не только проблема выживаемости на фоне проводимой терапии, но и поддержание оптимального качества жизни (КЖ) пациента. Многие параметры КЖ отражают характеристики социально-психологического здоровья индивида, предполагают системное исследование клинических, психологических и социальных факторов болезни (Шпак Л.В. и соавт., 1996; Крылов А.А. и соавт., 1999; Барбараш О.Л. и соавт., 2001; Провоторов В.М. и соавт., 2001; Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Новикова И.А., 2006; Swenson J.R., Clinch J.J., 2000), что по существу отражает содержание интегрального междисциплинарного подхода к личности больного человека, отношение к нему как к единой биопсихосоциодуховной системе. Во многих исследованиях понятие «качество жизни» рассматривается аналогично понятиям «удовлетворенность жизнью» (Савченко Т.Н., Головина Г.М., 2006), «субъективное благополучие» (Петренко В.Ф., 2005), «счастье» (Аргайл М., 1990).

При наличии большого количества работ, посвященных изучению психологических особенностей и качества жизни больных ИБС, некоторые аспекты

данной проблемы остаются недостаточно разработанными. Так, снижение качества жизни при ИБС многие исследователи связывают преимущественно с особенностями клинического течения заболевания – с наличием инфаркта миокарда (ИМ), нарушениями сердечного ритма, нарастанием сердечно-сосудистой недостаточности (Hardt J. et al., 2001; Смулевич А.Б. и соавт., 2005; Погосова Г.В., 2002-2008; Оганов Р.Г., 1998-2008; Strik J. et al., 2004; de Jonge P. et al., 2006; Dickens C.M. et al., 2006). Некоторые авторы подчеркивают, что врача интересуют преимущественно те параметры КЖ конкретного пациента, которые изменяются в связи с болезнью и ее лечением, в первую очередь – удовлетворенность пациентов физическим функционированием (Аронов Д.М., Зайцев В.П., 2002; Hunt S.M., 1997; Drummond M.F., 1987; Troidl H., 1991; Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П., 1999). В структуре психологического блока КЖ основной акцент делается на тревожно-депрессивной симптоматике (Frasure-Smiht N. et al., 1995; Spizer R.L. et al., 1995; Mayou R.A., Gill D., 2000; Погосова Г.В., 2002-2008; Оганов Р.Г., 1998-2008; Strik J. et al., 2004; de Jonge P. et al., 2006; Dickens C.M. et al., 2006; Сидоров П.И. и соавт., 2006;). При этом роль личностных особенностей в оценке пациентами с указанной патологией качества жизни остается по сей день недостаточно изученной, несмотря на то, что изначально именно личностные характеристики выступают в виде фактора, обуславливающего возникновение дезадаптивных психических реакций и типов реагирования на заболевание. Малопонятна взаимосвязь между объяснительными стилями, характером интерперсональных отношений, типом внутренней картины болезни и удовлетворенностью жизнедеятельностью. В ряде крупных многоцентровых исследований, выполненных в последние годы (EUROASPTRE I, II, III; ATP-Angina Treatment Patterns; РЕЛИФ), показана недостаточная эффективность вторичной профилактики в отношении коррекции факторов риска у больных ИБС с использованием информационных технологий. К настоящему времени в литературе имеются лишь косвенные указания на положительную динамику КЖ в случае реализации комплексных, включающих и психологический блок, программ лечения и реабилитации.

В связи с вышеобозначенными проблемами наша работа была направлена на определение роли психологических особенностей в общей картине КЖ больных ИБС и выяснение влияния психокоррекции на их удовлетворенность жизнедеятельностью.

Гипотеза исследования включает следующие положения:

1. Низкие показатели удовлетворенности КЖ больных ИБС связаны с высокими значениями тревоги, депрессии, дезадаптивными типами отношения к болезни, недостатком коммуникативной компетентности, пессимизмом, а также с такими личностными особенностями больных, как эмоциональная неустойчивость, фрустрированность, недостаток самоконтроля. Высокие значения КЖ сопряжены с такими психологическими особенностями, как общительность, уверенность в себе, нормогнозия, гармоничное эмоциональное состояние, оптимизм.

2. Психокоррекционная работа способствует повышению качества жизни больных ИБС.

Объект исследования: субъективное качество жизни больных ишемической болезнью сердца.

Предмет исследования: взаимосвязь психологических особенностей больных ИБС с параметрами качества жизни и динамика показателей качества жизни после реализации программы психокоррекции.

Цель работы: выявить психологические особенности, влияющие на качество жизни больных ишемической болезнью сердца, в связи с задачами организации психокоррекционной работы с данным контингентом больных и оценить влияние психокоррекции на качество жизни.

Задачи исследования:

1. определить особенности психологического статуса и структуру качества жизни больных ИБС с различными клиническими формами заболевания и в сравнении со здоровыми людьми; определить выраженность дезадаптивных проявлений;

2. выявить взаимосвязь между психологическими характеристиками больных ИБС и качеством их жизни;

3. построить математическую модель, позволяющую определить степень влияния отдельных психологических составляющих на удовлетворенность качеством жизни в различных клинических группах;

4. на основе данных экспериментально-психологического исследования определить «мишени» психокоррекционной работы и разработать программу психокоррекции для пациентов с ИБС; оценить ее влияние на динамику показателей качества жизни;

5. разработать блок практических рекомендаций по организации психокоррекционных мероприятий для пациентов с ИБС с целью оптимизации качества их жизни.

Для достижения цели и решения поставленных задач были использованы следующие **методы:**

• *теоретический анализ проблемы;*

• *эмпирические* – клиническая беседа (интервьюирование); анкетирование; психодиагностика [16-факторный личностный опросник Кеттелла Р.; интегративный тест тревожности (Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.Г., 1997), шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDRS); методика диагностики типа отношения к болезни (Вассерман Л.И., Иовлев Б.И., и соавт., 1987); опросник оптимизма (Рудина Л.А., 2003), опросник изучения межличностных отношений (Horowitz M.J., 1991)]; для изучения качества жизни больных был применен опросник Всемирной организации здравоохранения ВОЗ КЖ-100;

• *статистические методы* обработки данных – дескриптивная статистика, корреляционный анализ (r_s -критерий Спирмена), факторный анализ (Хи-квадрат), дискриминантный анализ (λ -Уилкса); для межгруппового сравнения данных – U-критерий Манна-Уитни, Z-критерий Колмогорова-Смирнова; критерий Вилкоксона для связанных выборок (расчет производился с использованием пакета стандартных компьютерных программ MS Excel 2003 и прикладных программ SPSS 11,5, Statistika 6.0);

• *психокоррекционные методы* – индивидуальная и групповая формы работы в рамках интегративного подхода с применением техник рациональной, когнитивно-

поведенческой, гештальт-психотерапии, психодрамы, нейролингвистического программирования, семейного консультирования.

Методологической основой диссертационного исследования явились: теоретические принципы биопсихосоциального подхода к здоровью и болезни, (Brautigam W., Перре М., Бауман У., Незнанов Н.Г., Карвасарский Б.Д.); концепции психосоматической медицины и фундаментальные отечественные работы по психосоматике, психологии телесности, учение о внутренней картине болезни (Александр Ф., Rosenman R.H., Friedman M., Губачев Ю.М., Положенцев С.Д., Руднев Д.А., Николаева В.В, Кулаков С.А., Александров А.А., Ташлыков В.А., Симаненков В.И., Менделевич В.Д.); концепция отношений личности Мясищева В.Н.; концепции качества жизни в психологии и медицине (Вассерман Л.И., Михайлов В.А., Новик А.А., Ионова Т.И.); работы по психологии и физиологии здоровья (Ананьев В.А., Никифоров Г.С., Крюков Н.Н.); работы о роли депрессии в происхождении и течении ИБС (Краснов В.Н., Погосова Г.В., Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Frasure-Smith N.); концепция объяснительного стиля (Seligman M., Peterson C., Рудина Л.М., Гордеева Т.О.).

Научная новизна

Доказано, что КЖ обусловлено не только клиническими особенностями течения заболевания, но и личностными характеристиками самого больного, его актуальным психологическим состоянием, особенностями восприятия действительности. Выделены основные факторы психологической дезадаптации, связанные с низким уровнем КЖ больных ИБС, и психологические факторы, обеспечивающие адаптационный потенциал в ситуации болезни, сопряженные с высокими значениями удовлетворенности жизнедеятельностью.

В результате проведенного исследования спектра различных эмоционально-личностных характеристик при помощи дискриминантного анализа создана математическая модель диагностики удовлетворенности пациентами различных клинических групп качеством жизни. Были определены основные психологические составляющие в соответствии с их диагностической чувствительностью, оказывающие существенное влияние на распределение дискриминантной функции по уровням КЖ в различных клинических группах.

Для каждой группы в соответствии с клиническим статусом предложена методика расчета уровня удовлетворенности жизнедеятельностью больных ИБС, позволяющая с вероятностью 98,8-100% дифференцировать уровень качества жизни на основе ведущих психологических факторов с вычислением коэффициентов влияния, и в дальнейшем учитывать психологические составляющие, оказавшие наиболее существенное влияние на дискриминацию, при разработке программ психологического сопровождения.

Доказано наличие статистически значимой положительной динамики интегрального показателя КЖ в результате психокоррекции с максимальным положительным сдвигом по шкалам «Психологической сферы» и сферы «Социальные отношения» у пациентов с различным диагнозом и умеренным отрицательным сдвигом по шкале «Духовность» у больных с неосложненной формой ИБС с преобладанием напряженности в межличностном общении.

Составлена математическая модель, позволяющая прогнозировать эффективность влияния психокоррекции на качество жизни больных ИБС при различных психологических особенностях. Выделены психологические предикаторы «резистентности» больных ИБС к психокоррекции.

Теоретическая значимость исследования. Полученные данные дополняют и расширяют существующие сведения об особенностях КЖ больных ИБС и о влиянии психокоррекции на различные составляющие КЖ. Обоснована необходимость определять ведущие психологические характеристики, влияющие на удовлетворенность больными ИБС различными сторонами своей жизнедеятельности; осуществлять дифференцированный подход к организации психокоррекционной работы с больными ИБС с учетом параметров качества их жизни и психологических факторов влияния. Полученные результаты исследования вносят вклад в развитие одного из современных направлений психосоматической медицины – психокордиологии.

Практическая значимость. Подробный анализ психологической структуры КЖ больных ИБС в сопоставлении с объективными данными клинической картины заболевания позволяют детально установить, в каких областях жизни пациент испытывает выраженное неблагополучие в связи с болезнью, какие сферы требуют психокоррекционного вмешательства, а какие сферы являются сохранными. Выявленные психологические факторы, сопряженные с высоким и низким уровнями качества жизни больных ИБС, дают возможность объективизировать мишени психокоррекционной работы с целью оптимизации КЖ данного контингента пациентов в дополнение к медикаментозной терапии, а также определить психологические ресурсы, способствующие поддержанию психологического благополучия в ситуации болезни. Полученные данные о качестве жизни больных ИБС и о влиянии психокоррекции на качество жизни можно учитывать в ходе реализации диагностического и лечебного процессов в клинике ишемической болезни сердца и своевременно включить в работу с больными клинического психолога или врача-психотерапевта. Материалы по изучению психологической структуры качества жизни больных ИБС и разработанный блок психокоррекционных мероприятий могут быть использованы при реализации программ лечения, вторичной и третичной профилактики ССЗ в центрах оказания медицинских услуг (кардиодиспансер, отделения кардиологии областных и городских больниц, поликлиники, санатории, профилактории).

Положения, выносимые на защиту

1. Качество жизни больных ИБС обусловлено не только спецификой и клиническими проявлениями самого заболевания (наличием/отсутствием инфаркта миокарда, функциональным классом стенокардии напряжения), но и психологическими характеристиками больного: его актуальным эмоциональным состоянием, личностными чертами, особенностями внутренней картины болезни, типом интерперсональных отношений, объяснительных стилей.

2. Ведущими психологическими особенностями больных ИБС, сопряженными с низким уровнем КЖ, являются: недостаток самоконтроля, низкое чувство долга, конформизм, такие характеристики межличностных отношений как экспрессия,

уступчивость, неуверенность, заботливость, социальное избегание; а также ситуативная и личностная тревожность, мягкость. Тенденция к снижению КЖ больных ИБС отмечается в случае преобладания доминантности, подозрительности, фрустрированности, радикализма, пессимистического стиля объяснения происходящих событий, дисфорического и паранойяльного типов отношения к болезни, повышенной озабоченности влиянием болезни на социальный статус, доминирования в сфере межличностных взаимодействий конкурентности, холодности, автократичности. Тенденция к повышению КЖ имеется у пациентов с оптимистическим объяснительным стилем. С высокими значениями КЖ сопряжены экстравертированная направленность личности, эмоциональная уравновешенность, уверенность в себе, интеллектуальные способности, гармоничное эмоциональное состояние.

3. Результаты диагностики психологических характеристик и КЖ можно рассматривать как основание для разработки программы психокоррекции, цель которой – улучшение КЖ больных ИБС, при этом основными мишенями психокоррекции должны являться те психологические составляющие, которые оказывают наиболее существенное влияние на КЖ пациентов в каждой клинической группе.

4. Критериями эффективности психокоррекции, включающей индивидуальную и групповую формы работы, тренинги и направленной на стабилизацию эмоционального состояния, гармонизацию внутренней картины болезни, оптимизацию системы межличностных отношений пациентов, построение конструктивной оптимистичной жизненной позиции, повышение приверженности терапии являются достоверное повышение интегрального показателя КЖ и значений составляющих его сфер – в первую очередь «Психологической сферы» и «Социальных отношений».

Достоверность результатов исследования обеспечена репрезентативностью выборки; содержательным анализом выявленных фактов, соотнесением полученных данных с аналогичными данными других исследований; применением современных средств математико-статистической обработки результатов.

Реализация и апробация работы

Материалы исследования представлены на III Всероссийской научно-практической конференции «Вызовы эпохе в аспекте психологической и психотерапевтической науки и практики» (Казань, 2007); на II Всероссийском съезде врачей скорой помощи (Москва, 2007); на I Всероссийской научно-методической конференции «Роль гуманитарных наук в системе современного высшего образования» (Самара, 2008); на Всероссийской научной конференции с иностранным участием «Психология мышления: смысл в познании» (Москва, 2008); на Всероссийской научно-методической конференции «Психолого-педагогические аспекты совершенствования качества медицинского и фармацевтического образования», посвященной 90-летию СамГМУ (Самара, 2009); на II Международной научно-практической конференции «Здоровье здоровых» (Самара, 2009); на IV Международной научно-практической конференции «Вызовы эпохе в аспекте психологической и психотерапевтической науки и практики» (Казань, 2009); на аспирантском семинаре психологического факультета Российского

государственного педагогического университета им. А.И.Герцена (Санкт-Петербург, 2011). Автор исследования явился победителем конкурса «Молодой ученый – 2010», проводимого Министерством образования и науки Самарской области.

Объем и структура работы. Диссертация изложена на 178 страницах машинописного текста, состоит из введения; пяти глав, включающих обзор литературы, характеристику объекта и методов исследования, результаты собственных наблюдений, математическое преобразование данных, описание задач и этапов психокоррекции с оценкой эффективности; заключения с обсуждением полученных результатов; выводов; практических рекомендаций; 10 приложений; списка литературы. Работа иллюстрирована 28 таблицами и 19 рисунками. Библиографический список включает 312 источников, из них 97 иностранных.

ОСОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **Введении** обосновывается актуальность темы исследования, формулируется проблема, излагаются гипотеза, объект, предмет, цель и задачи, раскрывается новизна, приводятся теоретическая и практическая значимость исследования, формулируются положения, выносимые на защиту, описывается сущность методов исследования, методологическая основа

Глава I «Психологические особенности и приоритетные направления психокоррекционной работы с больными ИБС в контексте проблемы изучения качества жизни» включает три основных параграфа.

В **параграфе 1.1. «Качество жизни как проблема здравоохранения»** представлены и обобщены различные точки зрения на изучение КЖ, изложен взгляд на проблему изучения КЖ с позиции междисциплинарного подхода, приведены основные определения.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет КЖ как индивидуальное восприятие человеком своей позиции в жизни в контексте с культурной средой и системой ценностей, в которой проживает индивид, и в соответствии с его целями, ожиданиями, стандартами и воззрениями [Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument].

В работах Testa M., Simonson D. (1996) это понятие включает основные группы определяющих здоровье критериев: *физические, психические и социальные*.

Принято выделять *объективную* сторону КЖ, которая отражает актуальное соматическое и психологическое состояние пациента, особенности его поведенческой активности, материальное и социальное положение, трудовой и семейный статус; и *субъективную*, где основное значение отводится степени удовлетворенности различными сторонами бытия и жизнедеятельности в связи с ситуацией болезни (Орлов В.А., Гиляревский С.Р.1992; Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П., 1999; Вассерман Л.И., Михайлов В.А., Табулина С.Д., 2008).

Проблему изучения КЖ Вассерман Л.И. и соавторы (2008) предлагают рассматривать с позиций междисциплинарной концепции психической адаптации человека, поскольку нарушения здоровья неминуемо изменяют всю систему отношений человека, блокируют его актуальные потребности, снижают уровень общего жизненного благополучия. (Гельцер Б.И., Фрисман М.В., 2002; Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Новикова И.А., 2006).

На изменения КЖ при ИБС указывают многие исследователи (Коц Я.И., Либис Р.А., 1993; Либис Р.А. и соавт., 1999; Clinch J.J., 2000; Линчанская Т.П., Герасимова Е.В., 2002; Беленков Ю.Н., Чазов Е.И., Ратова Л.Г., 2003; Крюков Н.Н., 2005; Качковский М.А., 2005; Сидоров П.И. и соавт., 2006; Swenson J.R.), подчеркивая преимущественно снижение повседневной физической активности и уровня независимости больных ИБС.

В параграфе 1.2. «Значение психологических факторов в развитии и прогрессировании ИБС» рассмотрены классические и современные теории и результаты экспериментальных исследований, отражающих изменения психической деятельности при ИБС, подчеркнута значимость интегративной модели болезни для лечения и реабилитации; приведены характерные особенности личностных изменений при длительно текущих хронических заболеваниях (Бауман У., Перре М., 2003; Николаева В.В., 1988; 2009).

Возникающие при ИБС психологические изменения представляют собой интегральную совокупность многих составляющих и являются результатом внешних взаимодействий и внутренних условий (Коханов В.П., Краснов В.Н., 2000). Смулевич А.Б. (2003; 2005) указывает, что важную роль в формировании аффективных расстройств при ИБС играет личностное предрасположение. В структуре личности пациентов с ИБС выделяют такие особенности, как высокий уровень внутренней напряженности, завистливость, неуверенность, тревожность, амбициозность, агрессивность, перфекционизм (Friedman M. et al., 1986, Levenkron J.C. et al., 1983; Положенцев С.Д., Руднев Д.А., 1990; Соловьева С.Л., 1996; 2006; Боева И.О., 2007); истерические и ипохондрические черты у больных со стенокардией напряжения; астено-депрессивный радикал и преобладание алекситимии – у пациентов с ИМ (Мелентьев И.А., 1994; Провоторов В.М. и соавт., 2001; Ананьев В.А., 2006). Все эти особенности отражаются на системе межличностных отношений больных.

В качестве ведущих эмоциональных реакций больных ИБС, оказывающих негативное влияние на качество их жизни, выделяют депрессию и тревогу (Denollet J., 1997; Семке В.Я., 1999; Takeichi M. et al., 2001; Wulsin L.R. et al., 2003; Погосова Г.В., 2002; Чазов Е.И., 2003; Смулевич А.Б. и соавт., 2005; Карвасарский Б.Д., Незнанов Н.Г., 2008). Депрессия существенно осложняет течение ИБС и отягощает прогноз при ИМ, хронической сердечной недостаточности, значительно увеличивает стоимость лечения и вероятность летального исхода (Погосова Г.В., 2004; 2008; Strik J. et al., 2004; de Jonge P. et al., 2006; Dickens C.M. et al., 2006). Тревога и состояние хронического стресса нарушают возможности адаптации не только на психологическом, но и на физиологическом уровне (Шхвацабая И.Н., 1975; Губачев Ю.М., 1978; Соколов Е.И., 1987; Березин Ф.Б., 1998; Пшеничникова М.Г., 2000; Rutledge T., Reis S.E. et al., 2001), усугубляя ишемическое повреждение сердца.

Согласно данным Александровского Ю.А. (1999), процесс развития стресса во многом является результатом когнитивной оценки и объяснения стрессовой ситуации и собственных возможностей по адаптации в ней. *Пессимистический* объяснительный стиль существенно снижает устойчивость к стрессу и рассматривается некоторыми авторами как фактор риска возникновения соматических заболеваний (Wesintainer M., 1975; Peterson C., Seligman M., Vaillant G., 1998); *оптимистический стиль*, напротив, связан с активным совладанием со

стрессом, и, что немаловажно в клинике ИБС, со снижением риска развития атеросклероза периферических и коронарных сосудов (Симаненков В.А., 2008). У оптимистов состояние здоровья и продолжительность жизни выше, чем у пессимистов (Гордеева Т.О. и соавт., 2009; Ениколопов С.Н., Перова Е.А., 2009). Соловьева С.Л. (2009) рассматривает оптимизм в структуре психологического феномена счастья.

В конце параграфа приведены сведения о внутренней картине болезни. Согласно имеющимся в литературе данным, для больных ИБС типичны два основных типа реагирования на заболевания – это гипогнозия и гипергнозия (Зайцев В.П., Белякова Н.А., 1982; Дробижев М.Ю., 2000; Смудевич А.Б., Сыркин А.Л., 2005).

Параграф 1.3. «Роль психологических мероприятий в общей системе реабилитации и профилактики больных ИБС» посвящен характеристике наиболее распространенных направлений психологической реабилитации больных ИБС; в нем подчеркнута важность осуществления психологической работы с пациентами на госпитальном этапе; отмечена точка зрения большинства авторов, согласно которой для больных ИБС предпочтительны комплексные программы реабилитации, включающие, наряду с восстановлением соматического состояния, коррекцию психологического статуса, использование методов социальной поддержки и обучения больных ИБС для повышения комплайенса (Шхвацабая И.Н., 1975; Губачев Ю.М., 1988; Зайцев В.П., 1988; Кондрашенко В.Т., Донской Д.И., 1997; Гройсман А.Л., 1997; Менделевич В.Д., 2001; Сандомирский М.Е., 2001; Чазов Е.И. и соавт., 2007; Карвасарский Б.Д., 2003; 2008).

Глава II «Характеристика выборки и методов исследования» включает 2 основных параграфа, в которых приведены описание исследуемых групп, характеристика и обоснование психодиагностических методов.

Изучение качества жизни и психологического статуса было проведено у 127 больных ИБС в возрасте от 45 до 58 лет с длительностью заболевания от полугода до 5 лет, находившихся на плановом лечении в отделениях кардиологии и пропедевтической терапии Клиник Самарского государственного медицинского университета. Группы были сформированы по нозологическому критерию. Среди обследованных было 63 пациента без инфаркта миокарда (ИМ) в анамнезе – с диагнозом ИБС стабильная стенокардия напряжения 2-го (*группа 1А* – 31 человек) и 3-го (*группа 1Б* – 32 человека) функциональных классов (ССН 2-го и 3-го ф.кл.); и 64 человека, которые в прошлом перенесли инфаркт миокарда – с диагнозом ИБС, постинфарктный кардиосклероз (ПИК), ССН 2-го (*группы 2А* – 34 человека) и 3-го (*группа 2Б* – 30 человек) функциональных классов.

Первая контрольная группа была представлена 50 лицами аналогичного половозрастного состава, у которых при прохождении медицинского осмотра не было выявлено каких-либо отклонений со стороны органов и систем. Во вторую контрольную группу вошли 50 пациентов с ИБС, не принимавшие участие в психокоррекции, которые по полу, возрасту, клиническому и социальному статусу были идентичны лицам основной группы. Данная группа была сформирована для оценки эффективности влияния психокоррекционных мероприятий на КЖ больных.

Среди пациентов преобладали лица мужского пола (59,8%). У большинства исследуемых длительность заболевания составила от 1 года до 3 лет. В

официальном браке состояли 63,8% респондентов (81 человек), из них 18 человек заключили повторный брак. 57,5% больных, принявших участие в эксперименте, имели высшее образование, 32,3% – среднее. Большинство пациентов (83,5%) на момент проведения исследования работали; те, кто перенес ИМ, имели группу инвалидности.

Глава 3 «Результаты сравнительного исследования качества жизни и психологического статуса больных ИБС» включает описание результатов диагностики качества жизни и психологических особенностей больных ИБС (параграфы 3.1 – 3.7) с обсуждением.

Диагностика *качества жизни* позволила выделить три основных уровня удовлетворенности жизнедеятельностью больных ИБС: низкий (32,3 %), средний (52%) и выше среднего (15,7%). Результаты диагностики КЖ по сферам представлены в таблице 1.

В ходе эксперимента было установлено, что КЖ во всех клинических группах снижено. Обнаружены достоверные различия показателей между клиническими группами и с группой здоровых лиц (КГ). При детальном анализе выявлены максимально низкие значения удовлетворенности пациентов физической сферой и уровнем независимости, психологической сферой, социальными отношениями.

Таблица 1

Структура качества жизни больных ИБС и здоровых людей
(с применением U-критерия Манна-Уитни)

Группа, U	Группа 1А	U	Группа 1Б	U	Группа 2А	U	Группа 2Б	U	Контрольная группа
Сфера КЖ	1А-КГ	1А-КГ	1Б-КГ	1Б-КГ	2А-КГ	2А-КГ	2Б-КГ	2Б-КГ	
Физическая	12,43±1,54	224,0	10,02±1,06**	18,0	11,18±1,26**	96,0	10,53±1,08**	63,0	15,76±1,77
Психологическая	12,83±1,41	433,0	11,03±1,19**	199,0	11,89±1,27**	340,0	11,15±0,86**	208,0	15,28 ±1,49
Ур. независим.	13,9±1,18**	57,0	11,08±1,29**	0,0	12,16±1,16**	18,0	11,63±1,02**	6,0	18,4 ±1,06
Соц. отношения	13,1±1,18*	385,5	10,37±1,39**	85,0	12,42±1,56**	312,0	11,64±1,42**	189,0	16,15 ±2,15
Окруж. среда	13,1±1,12**	312,5	12,72±1,32**	342,0	14,11±1,17	581,0	13,5±0,96	460,0	15,75± 1,84
Духовная	15,35±1,23	419,0	14,84±2,13	428,0	15,88±1,74	580,0	15,2±1,63	420,0	15,75± 1,84

Примечание: * – отличие от аналогичных показателей здоровых лиц при $p < 0,05$

** – отличие от аналогичных показателей здоровых лиц при $p < 0,01$

В результате анализа субсфер опросника выявлено, преимущественно за счет каких составляющих снижены значения той или иной сферы. Так, пациенты с ИБС испытывают выраженный недостаток жизненной энергии, дефицит положительных и избыток отрицательных эмоций. Многие больные указывали на значительный физический и эмоциональный дискомфорт, связанный с приступами ишемии миокарда. Данная особенность преобладала в группах 1Б и 2Б, что объясняется большей частотой возникновения болевых приступов. В этих же группах пациенты достоверно чаще считали, что жизнь зависит от лечения и лекарств и качества оказания медицинской помощи.

Достаточно часто больные были неудовлетворены возможностью получать и оказывать практическую социальную поддержку. Проблемной оказалась и сфера личных отношений, однако максимально низкой в структуре сферы «Социальные отношения» оказалась удовлетворенность пациентов сексуальной активностью.

Поскольку в группах 1Б и 2Б показатели по большинству параметров КЖ оказались существенно ниже, чем в группах 1А и 2А, можно заключить, что удовлетворенность КЖ зависит от функционального класса стенокардии

напряжения – при увеличении количества ангинозных приступов удовлетворенность различными параметрами КЖ однозначно снижается. Максимально низкие значения КЖ характерны для пациентов группы 1Б (ИБС ССН 3 ф.кл.). Так как объективно клиническое состояние пациентов группы 2Б (ИБС ПИК ССН 3 ф.кл.) является более серьезным (сопряжено с хронической сердечной недостаточностью, снижением фракции сердечного выброса и т.д.), полученные результаты подтверждают точку зрения, высказанную Jette A. (1994), Сидоровым П.И. и соавт. (2006) и др., согласно которой не всегда КЖ больного зависит лишь от тяжести диагноза.

В результате диагностики *психологического статуса* больных ИБС был выявлен ряд психологических особенностей, свойственный как всем пациентам, так и представителям отдельных клинических групп. Различия психологических характеристик во многом отражают психосоматический аспект изменения личности в условиях ситуации хронического заболевания.

У всех больных ИБС определено наличие таких *личностных особенностей*, как высокий уровень фрустрированности (Q4), эмоциональная неуравновешенность (С), умеренная сдержанность в социальных контактах (F), склонность к доминантности (Е). У пациентов с ПИК (2А и 2Б) выявлены более высокие показатели по факторам О (чувство вины) и Q3 (самоконтроль); у пациентов без ИМ (1А и 1Б) – высокий уровень подозрительности (L). Для пациентов со 2-м ф.кл. стенокардии напряжения в большей мере свойственны нормативность поведения (G) и решительность (H), чем для больных с 3-м ф.кл. стенокардии.

В группе 2Б оказались достоверно выше ($p \leq 0,01$) по сравнению с группой здоровых лиц и с другими экспериментальными группами показатели консерватизма (Q1) дипломатичности в общении (N) и практической направленности (M). С прогрессированием функционального класса стенокардии напряжения у пациентов с ПИК сопряжено усиление конформистских тенденций, терпимости, повышение тенденции к принятию иной точки зрения, но при этом – снижение социальной активности.

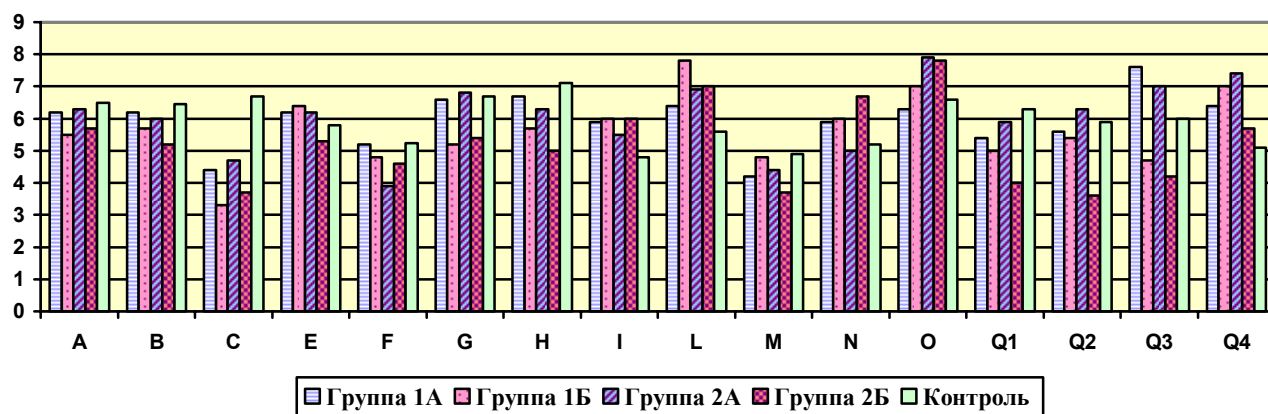


Рис.1. График распределения факторных частот по методике Кеттелла

При анализе вторичных факторов установлено следующее. Для группы 1А характерно некоторое увеличение по сравнению с группой здоровых лиц показателей тревоги ($5,8 \pm 1,2$ и $4,5 \pm 1,1$ соответственно) при достаточной адаптации ($6,9 \pm 1,3$ в 1А; $6,5 \pm 1,2$ в КГ), выраженная экстравертированная направленность

личности ($7,7 \pm 1,3$ в 1А; $6,3 \pm 1,4$ в КГ), повышенные значения неконформизма ($7,4 \pm 1,2$ в 1А; $5,7 \pm 1,4$ в КГ). Максимальная степень невротизации и социальной дезадаптации свойственна пациентам группы 1Б, на что указывает достоверное повышение средних значений Ф1 (фактор тревожности $6,88 \pm 2,25$; $p < 0,01$) и снижение Ф3 (фактор адаптации $4,43 \pm 1,67$; $p < 0,01$) по сравнению с группой контроля. У пациентов группы 2А средние значения вторичных факторов были в пределах нормы, однако по сравнению с КГ были несколько повышены показатели тревожности ($5,47 \pm 1,3$) и снижены адаптации ($5,21 \pm 1,19$; $p < 0,05$). В группе 2Б показатели тревожности не имели статистически достоверных различий с КГ, были умеренно снижены показатели адаптации ($5,4 \pm 1,54$; $p < 0,05$) и увеличена групповая зависимость ($3,53 \pm 1,71$; $p < 0,01$).

Результаты исследования эмоционального состояния показали, что уровень *ситуативной тревоги* преобладал в группе 1Б, депрессивные реакции – в группах 1Б, 2А, 2Б. Ситуативное эмоциональное состояние пациентов группы 1А характеризовалось незначительным преобладанием по сравнению со здоровыми лицами симптомов депрессивного спектра.

В структуре ситуативной тревоги у больных без ИМ доминировали реакции эмоционального дискомфорта ($6,3 \pm 1,3$ в 1А; $7,5 \pm 0,6$ в 1Б); у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом – астенический компонент ($5,9 \pm 1,6$ в 2А; $6,53 \pm 2,14$ в 2Б), в группе 2Б – дополнительно – реакции социальной защиты ($6,0 \pm 1,58$). У больных с 3-м ф.кл. стенокардии напряжения в структуре и ситуативной, и личностной тревоги преобладали реакции тревожной оценки перспективы ($7,38 \pm 1,74$ в 1Б; $6,45 \pm 0,6$ в 2Б).

В структуре *личностной тревоги* во всех группах больных были достоверно повышены ($p < 0,01$) значения астенического компонента ($6,84 \pm 1,86$ в 1А; $6,72 \pm 2,05$ в 1Б; $6,47 \pm 1,94$ в 2А; $7,73 \pm 1,36$ в 2Б) по сравнению с группой контроля ($4,9 \pm 1,2$) и эмоционального дискомфорта ($6,48 \pm 2,03$ в 1А; $5,84 \pm 2,07$ в 1Б; $6,35 \pm 1,84$ в 2А; $6,93 \pm 1,8$ в 2Б; $5,1 \pm 0,9$ в КГ).

У всех обследованных пациентов с ИБС были выявлены значимые различия уровня *депрессии* ($7,94 \pm 3,71$ в 1А; $11,34 \pm 4,91$ в 1Б; $10,59 \pm 3,86$ в 2А; $12,2 \pm 4,48$ в 2Б) по сравнению с респондентами контрольной группы ($5,9 \pm 1,6$). Показатели, полученные по шкале Гамильтона, как правило, были повышены за счет малого депрессивного эпизода с преобладанием таких симптомов, как подавленное настроение, усталость, слабость, ощущение нехватки жизненной энергии, гиподинамия, чувство вины, раздражительность, бессонница, ангедония, чувство бесперспективности, снижение либидо, в некоторых случаях – тревожное возбуждение, суебливость, ипохондрические тенденции. Пациенты отмечали утрату интереса к деятельности, собственную несостоятельность и неэффективность в повседневных житейских и профессиональных делах. Количество депрессивных проявлений было напрямую связано с тяжестью клинической симптоматики.

Для большинства больных ИБС со 2-м ф.кл. стенокардии напряжения свойственны *типы отношения к болезни* с сохранением социально-психологической адаптации (гармоничный, эргопатический, анозогнозический); у больных с 3-м ф.кл. стенокардии напряжения преобладают дезадаптивные типы (тревожный, ипохондрический, неврастенический, эгоцентрический и паранойальный).

Особенности диагностики *межличностных отношений* пациентов отражают стремление доминировать, властность, ориентацию на достижение высоких жизненных целей. В группах 1А, 1Б и 2А были повышены значения автократичности (19,3±3,89 в 1А; 18,19±3,51 в 1Б; 19,76±3,14 в 2А) конкурентности (16,87±4,86 в 1А; 20,38±4,61 в 1Б; 19,53±3,1 в 2А), холодности (13,58±3,91 в 1 А; 13,53±3,89 в 1 Б; 15,47±2,81 в 2А) в противовес факторам заботливости, уступчивости, экспрессии. Показатели характеризуют высокий уровень недоверия по отношению к другим людям, желание «переделать» окружающих, усилить над ними контроль.

У пациентов группы 2Б по сравнению с другими экспериментальными группами и КГ были значимо выше показатели уступчивости (16,2±4,05), социального избегания (12,5±2,26 в 2Б; 11,3±0,9 в КГ), неуверенности (13,9±3,35 в 2Б; 12,0±1,7 в КГ), заботливости (15,5±3,67 в 2Б; 12,8±2,0 в КГ).

Пациенты группы 2Б отличались большим доверием по отношению к окружающим, эмоциональностью и вместе с тем, социальной робостью, пассивностью. Данный факт указывает на то, что при прогрессировании заболевания возрастает зависимость больных от близкого окружения и медицинского персонала, следовательно, пациентам приходится таким образом выстраивать систему интерперсональных отношений, чтобы избегать конфликтов. С другой стороны, болезнь способствует развитию неуверенности в себе, что также проявляется в межличностных отношениях.

Результаты изучения *объяснительных стилей* свидетельствуют о том, что для пациентов с ИБС характерен преимущественно пессимистический настрой. Большинство показателей соответствовали значению «умеренный пессимизм», либо «промежуточная ситуация». Показатели фактора *персонализации* у представителей всех экспериментальных групп (особенно в группах 1А и 2А) свидетельствуют о стремлении брать ответственность на себя за происходящие события.

Приверженность лечению. Максимально низкие значения приверженности лечению (выполнение менее 30% врачебных рекомендаций) были выявлены в группах 1А и 2А, то есть у пациентов со вторым функциональным классом стенокардии напряжения. Пациенты группы 2А отмечали, что сразу после перенесенного инфаркта они старались следовать всем рекомендациям, но по мере того, как их состояние улучшалось, увеличивалось количество нарушений. В группе 1Б приверженность лечению была выше, чем в группе 1А; аналогично в группе 2Б выше, чем в 2А. Так, 53,1 % пациентов группы 1Б имели средний уровень комплайентности (выполняли от 30 до 70% рекомендаций) и 21,9% – высокий (выполняли более 70% рекомендаций); в группе 2Б средний уровень комплайентности диагностирован у 50%, высокий – у 30%.

Корреляционный анализ с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена позволил выявить большое количество взаимосвязей между параметрами КЖ и личностными особенностями (табл.2).

Установлено, что *удовлетворенность КЖ* пациентов с ИБС *выше* в случае большей представленности таких личностных черт как высокий уровень коммуникативной компетентности, эмоциональная устойчивость, ответственность, организованность, принятие общественных правил и норм, высокий уровень

стрессотолерантности, экспрессивность, эмоциональная яркость, хорошо развитые волевые качества; уверенность в себе, практическая направленность.

Низкая удовлетворенность КЖ и различными его сферами обусловлено такими личностными особенностями пациентов как доминантность, подозрительность, высокая эмоциональная чувствительность, мечтательность, чувство вины, радикальные наклонности, фрустрированность.

Таблица 2

Взаимосвязь между личностными особенностями (по опроснику Кеттелла) и качеством жизни больных ИБС с применением коэффициента ранговой корреляции Спирмена

Сфера КЖ Личн. черты	Физическая сфера	Психическая сфера	Уровень независимости	Социальные отношения	Окружающая среда	Духовность	Общее КЖ
A	0,462**	0,620**	0,436**	0,758**	0,298**		0,768**
B	-0,485**	-0,562**	-0,344*	-0,470**	-0,813**		-0,547**
C	0,559*	0,742**	0,436**	0,774**	0,775**		0,857**
E	-0,608**		-0,449**	-0,350*	-0,382*		
F		0,463**		0,673**	0,501**		0,568**
G			0,370*			0,575**	
H						0,526**	0,374*
I		-0,368*		-0,468**	-0,346*		-0,408*
L							-0,487
M			-0,501				-0,469
N							
O		-0,450**	-0,380*	-0,522**			
Q1	-0,571**		-0,394*	-0,650**			-0,376*
Q2				-0,388			
Q3			0,626**	0,402*			0,336*
Q4	-0,496**	-0,398*	-0,631**	-0,699**	-0,546**		-0,657**

Примечание: * - $p \leq 0,05$; ** - $p \leq 0,01$

Результаты корреляционного анализа подтверждают и дополняют предположение о том, что удовлетворенность жизнедеятельностью (субъективное качество жизни) определяется не только тяжестью клинической картины заболевания, но во многом – личностными особенностями больного.

Глава 4 «Определение комплекса ведущих психологических характеристик, сопряженных с качеством жизни» представлена описанием результатов факторного (параграфы 4.1– 4.3) и дискриминантного (параграфы 4.4 – 4.5) анализов.

Факторный анализ был проведен по методу главных компонент с вращением Varimax Normalization. В результате были выделены 6 основных факторов, объясняющих 66,7% дисперсии.

Фактор 1 (описывает 20,4% дисперсии) включил шкалы: самоконтроль (Q3; -0,805), экспрессия в межличностных отношениях (NO; 0,722), уступчивость (IK; 0,683), неуверенность (HI; 0,669), низкое чувство долга (G; -0,630), социальное избегание (FG; 0,617), зависимость от группы (Q2; -0,590), заботливость (LM; 0,573). Недостаточный самоконтроль у данного контингента больных проявляется преимущественно в сфере межличностных отношений, также как и низкое чувство долга, дезорганизованность, безответственность. Исследовательский интерес представляет сочетание указанной личностной характеристики (G-) с конформизмом (Q2-), поскольку наиболее часто групповая зависимость сопряжена с высоким чувством долга, добросовестностью и моральной ответственностью перед членами группы, принятием общегрупповых норм и ценностей. Обращают на себя внимание и противоречивые тенденции особенностей межличностных отношений,

представленные в данном факторе как сочетание экспрессивности и заботливости со шкалой социального избегания, что, по сути, отражает противоположную направленность межличностного взаимодействия.

Исходя из содержания выделенных шкал, фактор 1 был назван *«Компетентность в межличностных отношениях»*. Составляющие фактор шкалы свидетельствуют о недостаточной коммуникативной компетентности больных ИБС.

Фактор 2 (объясняет 12,9% дисперсии) включил преимущественно типы отношения к болезни: тревожный (0,702), меланхолический (0,702), неврастенический (0,684), апатический (0,663), ипохондрический (0,568). Отрицательный полюс фактора был представлен гармоничным (-0,742), эргопатическим (-0,686) и анозогнозическим (-0,518) типами отношения к заболеванию. Кроме этого, в фактор вошли показатель депрессии (0,523) и интегральный показатель ситуативной тревожности (0,498). Данный фактор получил название *«Влияние осознания болезни на эмоциональное состояние»*.

В фактор 3 (11,2% дисперсии) вошли шкалы, характеризующие особенности межличностных отношений: конкурентность (BC; 0,734), холодность (DE; 0,670), автократичность (PA; 0,490), уступчивость (IK; -0,467), заботливость (LM; -0,436); дисфорический (0,543) и паранойяльный (0,408) типы отношения к болезни; такие личностные особенности как доминантность (E; 0,670), фрустрированность (Q4; 0,557), подозрительность (L; 0,548), радикализм (Q1; 0,456). Данный фактор отражает взаимосвязь типов отношения к болезни с личностными чертами и особенностями интерперсонального взаимодействия. В противоположность фактору 1, содержание шкал, входящих в фактор 3, указывает на то, что среди больных ИБС имеются лица, которые стремятся к независимости, склонны оказывать давление на окружающих и манипулировать ими, стремятся контролировать свое окружение, проявляют агрессию, склонны не доверять другим людям, часто провоцируют споры и конфликты, скрывают собственные чувства, склонны не принимать на себя обязательства в отношении других, предпочитают держать с окружающими *«эмоциональную дистанцию»*.

Поскольку фактор включил преимущественно особенности поведения в ситуации межличностного общения, типы отношения к болезни с интерпсихической направленностью, личностные особенности, характеризующие социально-психологические свойства индивида, мы назвали данный фактор *«Напряженность в межличностном общении»*.

Фактор 4 (9,2% дисперсии) включил такие личностные особенности как экспрессивность (F; 0,665), общительность (A; 0,638), эмоциональная уравновешенность (C; 0,625), смелость (H; 0,622), уверенность в себе (O; -0,595), интеллектуальные способности (B; 0,512). Положительная нагрузка на данной фактор позволяет охарактеризовать респондентов как эмоционально устойчивых, уверенных в себе, открытых, общительных, проявляющих активность в установлении как межличностных, так и социальных контактов, решительных, социально смелых, склонных к оправданному риску, аналитически мыслящих. В целом, приведенные социально-психологические особенности описывают экстравертированную направленность личности, указывают на сохранность адаптационного потенциала, в связи с чем данный фактор получил названием *«Социальная адаптированность»*.

Фактор 5 (7,9% дисперсии) включил эгоцентрический (0,553) и сензитивный типы отношения к болезни (0,553), дипломатичность в общении (N; 0,669). Анализируя содержание перечисленных шкал, можно предположить, что дипломатичность является важной составляющей интерперсонального поведения пациентов как в случае озабоченности возможным неблагоприятным впечатлением на других людей сведениями о болезни, так и в случае привлечения внимания окружающих к соматическому состоянию с целью демонстрации «исключительности» своего положения.

Поскольку фактор 5 указывает на желание пациентов выстроить нужную им модель общения в ситуации заболевания, отражает установку больных на формирование у окружающих «правильного» восприятия их болезни и желаемого отношения к ним, данный фактор получил название «*Озабоченность влиянием болезни на социальный статус*».

Фактор 6 (5,1% дисперсии) включил шкалы ситуативной (0,441) и личностной тревожности (0,628), мягкость (I; 0,639). Характеризуя данный фактор, мы можем заметить, что такие черты как чувствительность, ранимость, утонченность восприятия окружающего мира, склонность к рефлексии, мечтательность, художественный склад личности, добросердечность по отношению к окружающим обуславливают легкость возникновения беспокойства и тревоги, которые в свою очередь обостряют ранимость и впечатлительность. Данный фактор получил название «*Тревожность*».

Далее нами было проведено изучение сопряженности выделенных факторов с особенностями клинического статуса и уровнем качества жизни больных ИБС, их актуальным эмоциональным состоянием. Расчет был произведен с использованием методов дескриптивной статистики.

В результате было установлено следующее. Фактор 1 «*Компетентность в межличностных отношениях*» максимально выражен у пациентов группы 1Б, несколько меньше у больных группы 2Б ($\chi^2=38,935$; $p=0,000$), то есть достоверно преобладает у больных с 3-м функциональным классом стенокардии напряжения. Фактор в большей степени представлен у пациентов с ситуативной дезадаптацией по тревожному (83,3%) и по депрессивному (52%) типам. Данный фактор сопряжен с низкими и средними значениями интегрального показателя КЖ ($\chi^2=17,288$; $p=0,05$), доминирует у больных с низкой удовлетворенностью «Физической», «Психической» сферами, «Социальными отношениями» и средними значениями удовлетворенности по сфере «Уровень независимости».

Фактор 2 «*Влияние осознания болезни на эмоциональное состояние*» в большей степени представлен в группе 2Б, чуть меньше – в группах 1Б и 1А ($\chi^2=29,679$; $p=0,000$). Фактор преобладает у пациентов с ситуативной дезадаптацией по тревожно-депрессивному (82,1%) и депрессивному типам (66%); у больных с гармоничным эмоциональным состоянием нагрузка на фактор очень низкая или отсутствует вовсе. Фактор несколько больше выражен у пациентов со средним и низким уровнем КЖ (сопряженность с уровнем КЖ недостоверна; $\chi^2=8,617$; $p=0,196$), доминирует у пациентов с низким и средним уровнями удовлетворенности «Физической сферой», с низким и высоким уровнями удовлетворенности «Психической сферой», со средними и низкими показателями удовлетворенности по

сфере «Уровень независимости» и высокой удовлетворенностью по сфере «Социальные отношения».

Фактор 3 «*Напряженность в межличностном общении*» наиболее выражен в группе 1Б и несколько меньше у пациентов группы 2А ($\chi^2=42,611$; $p=0,000$). Сопряженность фактора с КЖ недостоверна ($\chi^2=10,684$; $p=0,099$). Не удалось выявить значимую взаимосвязь фактора и с ситуативным эмоциональным состоянием. Фактор максимально выражен у больных с низким уровнем удовлетворенности физическим функционированием, у пациентов с низкими и средними значениями по шкале «Уровень независимости», преобладает у больных с низкой удовлетворенностью «Социальными отношениями».

Фактор 4 «*Социальная адаптированность*» максимально представлен у пациентов группы 1А ($\chi^2=17,046$; $p=0,05$). Положительная нагрузка на данный фактор характерна преимущественно для лиц с гармоничным эмоциональным состоянием (67,3%). Фактор выражен у пациентов со средним и выше среднего уровнем КЖ ($\chi^2=12,602$; $p=0,05$), преобладает у лиц с высоким и средним уровнем удовлетворенности по «Физической» и «Психической» сферам, с высоким уровнем удовлетворенности «Социальными отношениями».

Фактор 5 «*Озабоченность влиянием болезни на социальный статус*» распределен приблизительно равномерно среди пациентов групп 1А, 1Б и 2Б ($\chi^2=25,409$; $p=0,03$). Сопряженность с эмоциональным состоянием и уровнем КЖ, как и в случае фактора 3, оказалась недостоверной. Данный фактор умеренно преобладает у пациентов со средним и низким КЖ ($\chi^2=8,614$; $p=0,196$). Фактор несколько больше выражен у тех респондентов, у кого диагностированы средний и низкий уровни удовлетворенности по «Физической» сфере, «Уровню независимости», а также у лиц со средним и высоким уровнем удовлетворенности по шкале «Социальные отношения».

Фактор 6 «*Тревожность*» максимально представлен у пациентов группы 2Б, несколько больше выражен у пациентов, перенесших ИМ; у пациентов без ИМ нагрузка на фактор преимущественно средняя ($\chi^2=17,401$; $p=0,04$). Фактор преобладает у 78,6% больных с тревожно-депрессивным состоянием и 50% больных с повышенным уровнем ситуативной тревоги. Фактор в большей мере представлен у больных со средним и низким уровнем КЖ ($\chi^2=25,162$; $p=0,000$), его выраженность высока у пациентов с низкой удовлетворенностью «Физической» и «Психической» сферами, с низкой и средней удовлетворенностью «Уровнем независимости», со средней и низкой удовлетворенностью «Социальными отношениями».

В ходе исследования было изучено влияние оптимистического и пессимистического объяснительных стилей на КЖ. Установлена сопряженность факторов «Оптимизм» и «Пессимизм» с КЖ на уровне тенденции. Показатели пессимизма больше были представлены у пациентов с низким уровнем КЖ ($\chi^2=10,348$; $p=0,058$), характеристики оптимистического объяснительного стиля – у больных с интегральным показателем КЖ выше среднего ($\chi^2=9,924$; $p=0,067$).

Достоверное преобладание показателей оптимизма выявлено у пациентов без ИМ в анамнезе (группы 1А и 1Б; $\chi^2=31,879$; $p=0,000$). Взаимосвязь данного фактора с эмоциональным статусом также оказалась достоверной – оптимистическое объяснение действительности было присуще респондентам с гармоничным эмоциональным состоянием ($\chi^2=20,399$; $p=0,05$). Наряду с этим характеристики объяснительных стилей, отражающие пессимистические тенденции, статистически

значимой сопряженности с клинической группой и эмоциональным состоянием не обнаружили.

Таким образом, установлено, что у больных ИБС с высокими значениями КЖ сопряжен только фактор 4 «Социальная адаптированность», который преобладает в группе 1А, т.е. у пациентов с наименьшими клиническими проявлениями заболевания. С низким уровнем КЖ установлена достоверная сопряженность факторов 1 и 6. Оба фактора в большей мере представлены у больных с 3-м функциональным классом стенокардии напряжения (группы 1Б и 2Б). Предположительно, увеличение частоты возникновения болевых приступов в области сердца (при 3-м ф.кл. стенокардии доходит до 10-12 в день, при 2-м – до 5-ти) отражается не только на снижении уровня физической активности, но также способствует дезорганизации межличностного поведения, нарастанию тревожной симптоматики, что неминуемо приводит к снижению качества жизни.

Математическое моделирование. В результате проведенного исследования психологических характеристик при помощи *дискриминантного анализа* была создана математическая модель диагностики удовлетворенности пациентами различных клинических групп качеством жизни (уровни удовлетворенности – ниже среднего, средний, выше среднего). Были определены основные психологические составляющие в соответствии с их диагностической чувствительностью, оказывающие существенное влияние на распределение дискриминантной функции в группах больных. Визуальное подтверждение распределения объектов по группам представляется в виде графика рассеивания канонических значений дискриминантных функций (рис.2).

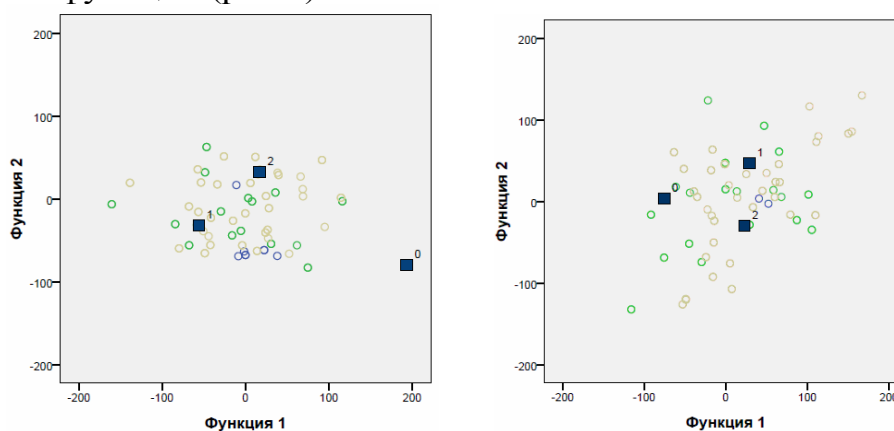


Рис 2. Рассеивание канонических значений в дискриминантной модели описания качества жизни больных ИБС ССН 2 ф.кл. (группа 1А - слева) и ИБС ССН 3 ф.кл. (группа 1Б - справа).

Центры группировки данных: 0 – низкая удовлетворенность КЖ; 1 – средняя; 2 – выше среднего.

Для каждой группы было составлено математическое уравнение с учетом ведущих коэффициентов влияния, позволяющее рассчитать диагностические типы с учетом различных психологических критериев и с вероятностью 98,8% - 100% дифференцировать степень удовлетворенности пациентов качеством жизни.

К примеру, в группе 1А максимальную степень влияния на дискриминацию оказывают следующие переменные: общий уровень эрго-напряженности (Q4) по результатам 16-факторного личностного опросника Кеттелла), F1 (физическая боль и дискомфорт), F11 (зависимость от лекарств), F14 (практическая социальная поддержка) – по опроснику ВОЗ КЖ-100; гармоничный (Г), анозогнозический (З), эргопатический (Р), тревожный (Т) и паранойяльный (П) типы отношения к болезни

– по опроснику ТОб; ситуативные показатели компонента социальных защит (СЗс) и уровень астенического компонента личностной тревожности (АСТл) – по ИТТ; значения показателей конкурентности (BC) и неуверенности (Нl) – по опроснику изучения межличностных отношений; а также фактор постоянства в интерпретации хороших событий (PmG) и коэффициент надежды (HoB) – по опроснику изучения особенностей объяснительных стилей. Формула расчета для группы 1А выглядит следующим образом:

$$X_1 = 1,5 \times Q4 + 6,5 \times F1 - 17,3 \times F11 + 7,9 \times F14 + 6,1 \times \Gamma + 8,6 \times P - 19,1 \times 3 - 3,1 \times T - 24,8 \times \Pi - 1,8 \times C3c - 2,7 \times ACTл + 8,1 \times BC + 30,6 \times Hl + 31,1 \times PmG - 10,1 \times HoB$$

$$X_2 = 4 \times Q4 + 17,8 \times F1 - 18,7 \times F11 + 11 \times F14 - 0,5 \times \Gamma + 3,3 \times P - 7,19 \times 3 + 0,5 \times T + 6,2 \times \Pi - 0,95 \times C3c - 3,5 \times ACTл - 6,5 \times BC + 2,2 \times Hl + 0,4 \times PmG + 2,6 \times HoB$$

Полученные значения X1 (функция 1) следует отложить по оси абсцисс, X2 (функция 2) – по оси ординат. Объект считается принадлежащим к той группе, расстояние до центра которой является наименьшим.

В группе 2А максимальное влияние на дискриминацию оказывали переменные: эмоциональная устойчивость (С), дипломатичность-прямолинейности (N); F5 (познавательные функции), F9 (подвижность), F11 (зависимость от лекарств), F16 (физическая безопасность и защищенность); эмоциональный дискомфорт в структуре ситуативной тревожности (ЭДс), общий показатель личностной тревожности (ИТТл) и астенический компонент в структуре личностной тревожности (АСТл); коэффициент надежды (HoB). Поскольку в группе 2А удовлетворенность КЖ была средней и выше среднего, для составления функции была применена только одна формула расчета:

$$X = 11,78 \times C + 1,33 \times N + 28,59 \times F5 - 7,98 \times F9 + 30,83 \times F11 - 2,73 \times F16 - 0,71 \times \text{ЭДс} + 8,67 \times \text{ИТТл} + 22,27 \times \text{АСТл} - 3,03 \times \text{HoB}$$

Математическая модель является подтверждением того факта, что психологические характеристики могут выступать в качестве достоверных маркеров диагностики удовлетворенности больными ИБС качеством жизни. Определение ведущих психологических факторов влияния позволяет сократить количество тестов при проведении первичного психодиагностического исследования, а также учитывать психологические составляющие, оказавшие наиболее существенное влияние на дискриминацию, при разработке программ психологического сопровождения.

Аналогичные уравнения были составлены для групп 1Б и 2Б.

Глава 5 «Психокоррекционная работа и оценка эффективности её влияния на качество жизни больных ИБС» включает характеристику задач и направлений психокоррекционной работы с больными ИБС в общем и в каждой группе в отдельности (параграф 5.1), план психокоррекционных занятий. В параграфе 5.2. приводится оценка эффективности проведенных мероприятий. Параграф 5.3. посвящен анализу случаев с отрицательной и нулевой динамикой по шкалам КЖ после психокоррекции.

Ведущими «мишенями» психокоррекции явились наиболее проблемные сферы КЖ и выявленные психологические особенности, свидетельствующие о социально-

психологической дезадаптации пациента. Разработанная программа психологической работы была ориентирована на коррекцию эмоционального состояния больных ИБС, улучшение их общего самочувствия, повышение стрессоустойчивости, оптимизацию системы социальных отношений, формирование новых здоровых «экологических» моделей поведения с отказом от вредных привычек, повышение приверженности лечению; построение конструктивной оптимистичной жизненной позиции.

Все респонденты, принявшие участие в исследовании, получили информацию по результатам психодиагностики. Работа осуществлялась преимущественно в групповой форме, включала групповые дискуссии, тренинги. При необходимости пациенты дополнительно приходили на индивидуальные консультации. В работе были задействованы техники рациональной, когнитивно-поведенческой, гештальт-психотерапии, психодрамы, нейро-лингвистического программирования с дальнейшим обсуждением возникающих мыслей и чувств.

Целью *обучающего* блока явилось информирование больных о факторах риска и образе жизни при ИБС; активное вовлечение пациентов в «учебный» процесс с целью модификации их представлений о необходимости придерживаться здорового образа жизни с дальнейшим изменением поведения; создание мотивации сохранения и укрепления здоровья, формирование культуры здорового образа жизни как условия сохранения и поддержания психологического и соматического здоровья, а через него и предупреждение прогрессирования сердечно-сосудистой патологии.

Лекционный курс был посвящен роли психологических аспектов в развитии и прогрессировании сердечно-сосудистых заболеваний. Подробно были освещены вопросы психопрофилактики. Целью практических занятий явилось обучение пациентов возможности диагностировать у себя проявления поведенческих симптомов, способствующих развитию ИБС; формирование навыков и умений по снижению неблагоприятного влияния факторов риска на здоровье.

Всех участников мы старались подвести к пониманию того, как формируются в каждом конкретном случае деструктивные поведенческие стереотипы, какие установки лежат в основе того или иного типа поведения, каким образом можно добиться нужного результата другими, более «гуманными» для организма средствами; к осознанию необходимости поддерживать оптимально возможный уровень здоровья при наличии уже имеющегося заболевания.

«Антистрессовый тренинг» включил обучение техникам психической саморегуляции, навыкам конструктивного совладания со стрессом, эмоциональным напряжением, тревогой (прогрессивная мышечная релаксация по Вольпе, аутогенная тренировка в модификации Клейнзорге-Клюмбиенса по комплексу «сердце», дыхательная гимнастика, позитивная визуализация). В рамках *«Мотивационного тренинга»* участникам предлагалось проанализировать логические уровни личности (Дилтс Р., 2003) – окружение, поведение, способности, убеждения и ценности, личностная идентичность, духовность – и оценить, какой вклад каждый из них вносит в состояние здоровья или болезни. Активно проводилась проработка иррациональных убеждений в отношении собственного состояния здоровья, вредных привычек, образа жизни. С целью обучения пациентов навыкам позитивного мышления был разработан тренинг *«Позитивно мыслю –*

позитивно живу». Проработка межличностных отношений, обучение конструктивному разрешению межличностных конфликтов, выявление и разрешение внутриличностных противоречий осуществлялись в рамках «Социально-психологического тренинга». В рамках групповых и индивидуальных занятий акцентировалось внимание на расширении системы жизненных смыслов пациентов с целью предотвращения социальной дезадаптации.

Оценка эффективности. Поскольку все пациенты, с которыми нам довелось работать, находились на плановом лечении и регулярно получали медикаментозную терапию, изменения показателей качества жизни мы рассматривали как критерий, отражающий эффективность психокоррекционной работы (табл.3).

Во избежание неадекватной оценки, повторная диагностика КЖ проводилась не сразу по окончании психокоррекционной работы, а спустя месяц. Динамика по шкалам была умеренной, вместе с тем различия были значимыми. Максимальный положительный сдвиг наблюдался по сфере «Социальные отношения» ($p < 0,01$), «Психологической» ($p < 0,001$) и «Физической» сферам ($p < 0,01$). Оптимизировались показатели «Уровня независимости» ($p < 0,05$) и несколько повысилась удовлетворенность сферой «Окружающая среда».

Таблица 3

Динамика показателей КЖ по сферам у больных ИБС после психокоррекции (n=127)
(с применением теста Вилкоксона)

	Минимум	Максимум	Среднее	Стд.отклонение	Z	P
Физическая сфера	-0,8	4,30	1,03	1,06	-8,123	<0,001
Психическая сфера	-0,8	4,60	1,58	1,18	-9,205	<0,001
Ур. независимости	-1,2	3,70	0,57	0,8	-7,044	<0,05
Соц.отношения	-0,70	5,0	1,78	1,19	-9,531	<0,001
Окружающая среда	-2	3	0,29	0,72	-4,614	<0,05
Духовность	-5,0	4,0	-,01	1,67	-0,76	0,939
КЖ общее	-0,8	4,0	0,87	0,83	-8,821	<0,001

В самоотчетах и отзывах о психокоррекционных занятиях, многие пациенты говорили о появлении «нового видения жизни, ситуаций, обстоятельств», о новом понимании проблем. Среди пациентов, не принимавших участие в психокоррекционных занятиях, повторная диагностика КЖ показала некоторое увеличение средних значений «Уровня независимости» и показателей шкалы «Удовлетворенность медицинской помощью», однако изменения не были достоверными.

После курса психокоррекции зарегистрированы значимое уменьшение тревоги и депрессии, сдвиг типов отношения к болезни в сторону гармонизации, изменение характера объяснительных стилей с увеличением параметров широты и постоянства в объяснении позитивных событий.

Умеренный сдвиг показателей КЖ после психокоррекции можно объяснить как возрастными особенностями участников (большинство старше 45 лет), так и тем фактом, что человеку с течением времени свойственно возвращаться к прежнему уровню субъективного благополучия после пережитых жизненных событий, выходящих за рамки «привычных ежедневных» (Петренко В.Ф., Митина О.Н., 2000).

Вместе с тем, по сфере «Духовность» в группах 1А и 1Б был диагностирован достоверный отрицательный сдвиг у 37,8% больных (преимущественно у пациентов

без ИМ – в группах 1А и 1Б). Данный факт можно объяснить воздействием психотерапии на установки и убеждения пациента, от которых сложно отказаться сразу, глобально их изменить. Тот объем информации, эмоционального опыта и опыта общения, который пациенты получили на занятиях, требует определенного времени для переосмысления и усвоения. Проанализировав все случаи с отрицательным сдвигом по шкале «Духовность», мы пришли к выводу, что изменения показателей со знаком «минус» сопряжены с определенными психологическими характеристиками пациентов. С целью установления более точного психологического портрета тех пациентов, у кого был выявлен отрицательный сдвиг по шкале «Духовность» после психокоррекции, мы выделили их в отдельную подгруппу (n=48). Проведенный корреляционный анализ позволил выявить большое количество достоверных связей со шкалой доминантности (фактор Е по тесту Кеттелла). Так, отрицательная связь была установлена с различными сферами КЖ – физической ($r_s=-0,608$; $p\leq 0,01$), уровнем независимости ($r_s=-0,449$; $p\leq 0,01$), социальными отношениями ($r_s=0,350$; $p\leq 0,05$), окружающей средой ($r_s=0,382$; $p\leq 0,05$); положительная – с такими особенностями поведения в межличностных отношениях как автократичность ($r_s=0,675$; $p\leq 0,01$), конкурентность ($r_s=0,682$; $p\leq 0,01$), холодность ($r_s=0,488$; $p\leq 0,01$), общий индекс выраженности проблем ($r_s=0,349$; $p\leq 0,05$); отрицательная взаимосвязь определена с показателями уступчивости ($r_s=-0,520$; $p\leq 0,01$) и заботливости ($r_s=0,453$; $p\leq 0,01$). С отрицательным сдвигом по данной шкале установлена достоверная сопряженность фактора 3 «Напряженность в межличностном общении» ($\chi^2=18,712$; $p\leq 0,05$), с положительной динамикой выявлена связь на уровне тенденции с фактором 2 «Влияние уровня осознания болезни на эмоциональное состояние» и фактором 6 «Тревожность».

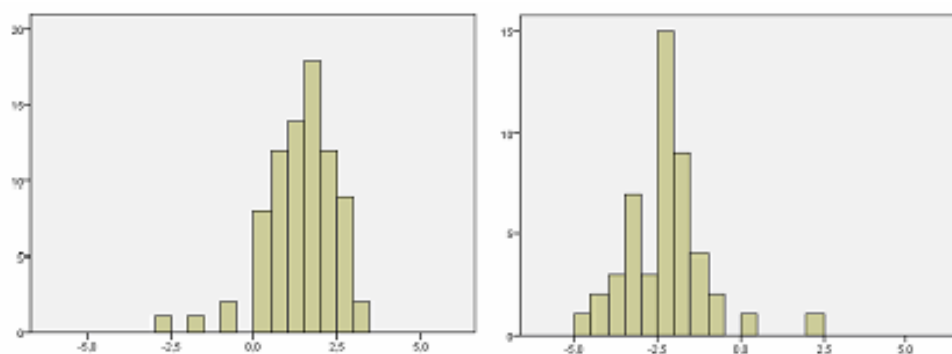


Рис. 3. Каноническая дискриминантная функция. Слева – отсутствие отрицательной динамики по сфере «Духовность» (n=79) после психокоррекции (максимальное скопление данных вокруг значения функции = 1,405), справа – наличие отрицательной динамики (n=48) после психокоррекции (максимальное скопление данных вокруг значения функции = -2,362).

Далее при помощи дискриминантного анализа нами была создана математическая модель, позволяющая на основании данных первичной психодиагностики с вероятностью 98,8% прогнозировать положительный или отрицательный сдвиг по данной шкале после психокоррекции при соответствующих значениях переменных.

В определенной мере доминантность отражает содержательную характеристику коронарного типа А, способствует социальным достижениям. Вместе с тем люди с сильно развитой доминантностью не склонны доверять другим и достаточно

ригидны, а иногда и враждебны, когда речь идет о принятии иной точки зрения, вследствие чего склонны игнорировать медицинские рекомендации, особенно если они противоречат личным установкам и убеждениям. Тот объем информации, эмоционального опыта и опыта общения, который пациенты получили на психокоррекционных занятиях, требует времени для переосмысления и усвоения.

В заключении обобщены результаты проведенного исследования, сделан вывод о подтверждении гипотезы.

ВЫВОДЫ

1. Результаты психодиагностики позволили установить сходства в особенностях психологического статуса пациентов с различными клиническими формами ишемической болезни сердца. Так, для большинства больных характерны сниженная эмоциональная устойчивость, подозрительность, фрустрированность, склонность к доминантности, повышенная личностная тревожность с преобладанием реакций тревожной оценки перспективы и эмоционального дискомфорта, симптомы депрессивного спектра, дисгармоничные типы отношения к болезни. Межличностные отношения больных ИБС характеризуются напряженностью, преобладанием у большинства пациентов автократичности и конкурентности. В структуре объяснительных стилей отмечается наличие пессимистических тенденций.

2. Различия в психологических особенностях больных взаимосвязаны с особенностями клинического статуса пациентов. По результатам факторного анализа установлено, что для больных с 3-м функциональным классом стенокардии напряжения (больше в группе 1Б) характерна недостаточная компетентность в межличностных отношениях; фактор «Напряженность в межличностном общении» максимально выражен в группе 1Б, несколько меньше у пациентов группы 2А; фактор «Влияние уровня осознания болезни на эмоциональное состояние» в большей степени представлен у пациентов группы 2Б, чуть меньше – в группе 1Б; фактор «Социальная адаптированность» максимально представлен у пациентов группы 1А; фактор «Озабоченность влиянием болезни на социальный статус» распределен приблизительно равномерно среди пациентов групп 1А, 1Б и 2Б; положительная нагрузка на фактор «Тревожность» преобладает в группе 2Б.

3. Качество жизни пациентов с ИБС существенно отличается от КЖ здоровых людей. У пациентов с ишемической болезнью сердца выявлено значительное снижение удовлетворенности различными сторонами жизнедеятельности, кроме сферы «Духовность». Наиболее низкие показатели КЖ среди больных ИБС зафиксированы по «Физической сфере» и «Уровню независимости». Значимые различия с группой здоровых определены также по «Психологической сфере», сфере «Социальные отношения», «Окружающая среда».

4. КЖ взаимосвязано с особенностями клинического течения заболевания: суммарный показатель удовлетворенности жизнедеятельностью ниже у пациентов, перенесших инфаркт миокарда по сравнению с теми, у кого инфаркта не было; средние значения интегрального показателя КЖ больных с 3-м функциональным классом стенокардии достоверно ниже, чем у пациентов со 2-м

функциональным классом стенокардии. Вместе с тем наиболее низкие значения КЖ по «Физической сфере», «Психологической сфере», «Уровню независимости» и «Социальным отношениям» были зафиксированы в группе пациентов с 3-м функциональным классом стенокардии напряжения без инфаркта миокарда, где факторы психологической дезадаптации проявлялись в максимальной степени.

5. Субъективная оценка КЖ пациентов с ИБС определяется не только тяжестью соматического состояния, но и комплексом психологических особенностей – личностными чертами, актуальным эмоциональным состоянием пациентов, характером межличностных взаимодействий. Низкая удовлетворенность жизнедеятельностью у больных ИБС сопряжена с дефицитом коммуникативной компетенции, тревожно-депрессивным состоянием, высокой эмоциональной чувствительностью, радикальными наклонностями, на уровне тенденции – с пессимизмом. КЖ достоверно выше у пациентов с гармоничным эмоциональным состоянием, с преобладанием таких личностных особенностей, как эмоциональная уравновешенность, высокий уровень коммуникативной компетентности, жизнерадостность, ответственность, организованность, стрессоустойчивость, достаточный самоконтроль, уверенность в себе, практическая направленность. Высокий уровень КЖ максимально сопряжен с фактором «Социальная адаптированность», на уровне тенденции – с фактором «Оптимизм».

6. Определение при помощи дискриминантного анализа ведущих психологических факторов, влияющих на удовлетворенность качеством жизни в каждой группе в соответствии с клинической формой ИБС, является основанием для выделения психокоррекционных «мишеней» с последующей организацией дифференцированного подхода к психокоррекции больных ИБС. Психокоррекционная работа, реализуемая с учетом ведущих психологических факторов влияния, позволяет добиться достоверного повышения удовлетворенности по сфере «Социальные отношения», «Психологической сфере». В результате психокоррекции также оптимизировались показатели «Физической сферы», «Уровня независимости» и несколько повысилась удовлетворенность сферой «Окружающая среда».

7. Умеренная отрицательная динамика по шкале «Духовность» после психокоррекции выявлена у пациентов с преобладанием повышенной напряженности в межличностных отношениях. С превалированием в структуре личности доминантности (фактор E+ по Кеттеллу) сопряжен отрицательный и нулевой сдвиг по шкале «Духовность» и отсутствие динамики по сфере «Окружающая среда». Установлена достоверная взаимосвязь положительной динамики по шкале «Духовность» с преобладанием дисгармоничных типов отношения к болезни и тревожности (фактор 2 «Влияние уровня осознания болезни на эмоциональное состояние» и фактор 6 «Тревожность»). Построенная при помощи дискриминантного анализа математическая модель позволяет прогнозировать эффективность влияния психокоррекционных мероприятий на КЖ при различных психологических особенностях больных и вносить коррективы уже в саму работу на этапе ее планирования.

РЕКОМЕНДАЦИИ

- В случае использования показателей качества жизни как критерия эффективности терапевтических мероприятий следует учитывать особенности психологического статуса пациента, сопряженные с высоким и низким уровнями удовлетворенности жизнедеятельностью.

- С целью повышения качества жизни больных ИБС в программы лечения и вторичной профилактики следует включать психологические мероприятия, позволяющие заметно повысить удовлетворенность пациентов «Социальными отношениями» и «Психологической сферой», что опосредованно повышает удовлетворенность «Физической сферой» и «Уровнем независимости».

- Необходимо реализовывать дифференцированный подход к организации психокоррекционной работы с указанным контингентом больных, учитывая ведущие психологические факторы влияния на удовлетворенность КЖ в различных клинических группах.

- Психологическая работа с больными ИБС должна быть направлена на снижение уровня тревоги, депрессии, гармонизацию внутренней картины болезни, коррекцию пессимистического объяснительного стиля, являющегося фактором, поддерживающим депрессивное состояние, коррекцию межличностных отношений с формированием возможности построения отношений, основанных на доверии и взаимопонимании. Наиболее проблемные стороны КЖ требуют подробного анализа и разъяснения возможностей решения.

- При проведении психокоррекционных мероприятий следует учитывать «резистентность» к психокоррекции у лиц с выраженной доминантностью.

Основное содержание и результаты исследования отражены в изданиях, включенных в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий ВАК России:

1. Кувшинова Н.Ю. Оценка качества жизни больных ишемической болезнью сердца во взаимосвязи с эмоционально-личностными характеристиками // Известия Самарского научного центра РАН. – Т.12. №3(2), 2010. Педагогика и Психология. – С.397- 401. (0,5 п.л.).

2. Носачев Г.Н., Краснов А.Н., Смирнова Д.А., Слоева Е.А., Кувшинова Н.Ю. Методика предельных смыслов в изучении языковой картины мира пациентов с невротической депрессией // Известия Самарского научного центра РАН. – Т.12. №3 (2), 2010. Педагогика и Психология. – С.412-416. (0,5/0,1 п.л.).

3. Кувшинова Н.Ю. Психокоррекционная работа с больными ишемической болезнью сердца: влияние на качество жизни // Вестник Ленинградского государственного университета им. А.С.Пушкина. – №2, 2010. – С.62-70. (0,55 п.л.).

4. Кувшинова Н.Ю. Психологические факторы, влияющие на удовлетворенность качеством жизни больных ишемической болезнью сердца // Мир психологии. – №3 (63), 2010. – С.221-231. (0,8 п.л.).

5. Кувшинова Н.Ю., Мостовая Л.И. Здоровьесберегающие технологии в клинике ишемической болезни сердца и их влияние на качество жизни больных (психологический аспект) // Известия Самарского научного центра РАН. – Т.12. №5 (2), 2010. Педагогика и Психология. – С.444-449. (0,5/0,25 п.л.).

6. Мельченко Н.И., Краснов А.Н., Кувшинова Н.Ю. Типы психологического реагирования больных ишемической болезнью сердца в зависимости от клинической картины и качества жизни // Известия Самарского научного центра РАН. – Т.13. №2, 2011 (март). Педагогика и Психология. – С. 117 – 121. (0,6/0,2 п.л.).

а также в следующих публикациях автора:

7. Кувшинова Н.Ю. Приоритетные направления психокоррекционной работы с больными ИБС // От исследований к стандартам лечения: Материалы Российского национального конгресса кардиологов. Москва, 7-9 октября 2003 г. – Приложение к журналу «Кардиоваскулярная терапия и профилактика», 2003. –Т.2, №3. – С. 179. (0,075 п.л.).

8. Кувшинова Н.Ю. Коррекция дезадаптивных проявлений у больных ишемической болезнью сердца // Медико-психологические и психолого-педагогические аспекты адаптации и социализации человека: Материалы 2-й Всероссийской научно-практической конференции. – Волгоград: Изд-во Волгоградского института экономики, социологии и права, 2003. – С.65-67. (0,15 п.л.).

9. Кувшинова Н.Ю. Влияние психокоррекции на состояние клинического и психологического статуса больных ИБС // Неделя здорового сердца: Материалы VII межрегионального кардиологического форума. – Нижегородская государственная медицинская академия, 13-16 мая 2003 г. – Нижний Новгород, 2003. – С. 27-28. (0,1 п.л.)
10. Кувшинова Н.Ю. Влияние различных форм психокоррекционного вмешательства на состояние клинического и психологического статуса больных ИБС // Материалы I съезда кардиологов Приволжского и Уральского Федеральных округов Российской Федерации. – Пермская государственная медицинская академия, 26-28 марта, 2003 г. – Пермь: ГОУ ВПО «ПГМА Минздрава России», 2003. – С.135. (0,07 п.л.)
11. Сухобрус Е.А., Кувшинова Н.Ю. Значение методов психологической реабилитации в системе повышения качества жизни больных хроническими заболеваниями // Проблемы качества жизни в здравоохранении: Материалы III конференции с международным участием. – Турция, Кемер, 18-23 октября 2005 г. – Москва, 2005. – С.35. (0,1/0,05 п.л.)
12. Кувшинова Н.Ю., Кистенева Е.Е. Характеристика психологического статуса пациентов с различными формами ишемической болезни сердца и особенности психокоррекционной работы с ними // Психология XXI века: Материалы международной межвузовской научно-практической конференции студентов, аспирантов и молодых специалистов. Санкт-Петербургский государственный университет, 19-21 апреля 2007 г./ Под ред. В.Б.Чеснокова. – Санкт-Петербург: Изд-во СПб государственного университета, 2007. – С.146-148. (0,15/0,075 п.л.)
13. Кувшинова Н.Ю. Особенности психических состояний и их взаимосвязь с качеством жизни у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы // Психология XXI века: Материалы международной межвузовской научно-практической конференции студентов, аспирантов и молодых специалистов. Санкт-Петербургский государственный университет, 19-21 апреля 2007 г./ Под ред. В.Б.Чеснокова. – Санкт-Петербург: Изд-во СПб государственного университета, 2007. – С.148-149. (0,15 п.л.)
14. Давыдкин И.Л., Кувшинова Н.Ю., Борзенкова Г.А. Значение психокоррекции в структуре общей реабилитации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Вызовы эпохи в аспекте психологической и психотерапевтической науки и практики: Материалы Третьей Международной научно-практической конференции. Казанский государственный университет, 22-23 ноября 2007 г. / Под ред. С.В.Петрушина. – Казань: ЗАО «Новое знание», 2007. – С.429-434. (0,4/0,13 п.л.)
15. Смирнова Д.А., Краснов А.Н., Слоева Е.А., Кувшинова Н.Ю., Осипова Т.Н. Исследование изменений в смысловой сфере пациентов с невротическими депрессиями с помощью методики предельных смыслов (значение для диагностики) // Социальная психиатрия будущего: Материалы третьего национального конгресса по социальной психиатрии, посвященной 150-летию со дня рождения В.П.Сербского. – Москва, 27-28 ноября 2008 г. – Москва, 2008. – С.125. (0,1/0,02 п.л.)
16. Кувшинова Н.Ю. К вопросу о личностных особенностях больных ИБС // Личность в современных исследованиях: Материалы VIII международной научно-практической конференции. – Рязань: ООО «Копи Принт», 2008. – С.36-38. (0,1 п.л.)
17. Кувшинова Н.Ю. Некоторые аспекты психологической работы в клинике сердечно-сосудистых заболеваний // Личность в современных исследованиях: Материалы VIII международной научно-практической конференции. – Рязань: ООО «Копи Принт», 2008. – С. 38-42. (0,18 п.л.)
18. Кувшинова Н.Ю. Когнитивно-поведенческий подход в работе с больными ишемической болезнью сердца // Современная психология мышления: смысл в познании: Материалы Всероссийской научной конференции / Отв.редакторы Ю.П.Зинченко, А.Е.Войскунский, Т.В.Корнилова. – Московский государственный университет, 17-18 октября 2008 г.– Москва: Изд-во «Смысл», 2008. – С.277-279. (0,12 п.л.)
19. Кувшинова Н.Ю. Динамика некоторых психологических характеристик у больных инфарктом миокарда // Психология психических состояний: теория и практика: Материалы I Всероссийской научно-практической конференции. / Под ред. С.В.Петрушина. – Казанский государственный университет, 13-15 ноября 2008 г.– Казань: «Отечество», 2008. – Часть 1. –С. 496. (0,1 п.л.)
20. Кувшинова Н.Ю., Сухобрус Е.А., Алещенко С.Ф. Роль психологической подготовки в создании системы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний среди студентов вузов г.Самара // Роль гуманитарных наук в системе современного высшего образования: Материалы Всероссийской научно-практической конференции / Под ред. В.Ф.Новодрановой. – Самарский государственный медицинский университет, 28-31 мая 2008 г. – Самара: ООО «МатриКС», 2008. – С.153-158. (0,35/0,17 п.л.)
21. Кувшинова Н.Ю., Алещенко С.Ф., Сухобрус Е.А., Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний у студентов Самарской области, проводимая в контексте национального проекта «Здоровье» // Образование в России: психологические, педагогические, медицинские, экологические аспекты: Материалы XII Всероссийской научно-практической конференции. – Калуга: КГПУ им. К.Э.Циолковского, 2008. – Том 1. – С.208-210. (0,15/0,05 п.л.)
22. Мельченко Н.И., Кувшинова Н.Ю. Объяснительные стили в контексте психологической работы с больными ишемической болезнью сердца // Здоровье здоровых: Материалы 2-й Международной научно-практической конференции. Самара, 20-21 мая 2009 г. – Экран муниципального здравоохранения. – №16, 2009.– С. 45-46.(0,2/0,1 п.л.)
23. Кувшинова Н.Ю., Дьячков В.А. Особенности психологического статуса и качества жизни больных ИБС пожилого возраста // Психолого-педагогические аспекты совершенствования качества медицинского и фармацевтического образования: Материалы Всероссийской научно-методической конференции, посвященной 90-летию СамГМУ / Под ред. Г.П.Котельникова. – Самарский государственный медицинский университет, 18-21 мая 2009 г. – Самара: «Самарский научный центр РАН», – 2009. – С.49-52. (0,45/0,25 п.л.)
24. Кувшинова Н.Ю. Основные характеристики объяснительных стилей больных ишемической болезнью сердца // Психология – наука будущего: Материалы III международной конференции молодых ученых / Под ред. А.Л.Журавлева, Е.А.Сергиенко. – Москва: ИП РАН, 2009. – С. 295-298. (0,25 п.л.)
25. Мостова Л.И., Кувшинова Н.Ю., Смирнова Д.А. Депрессия в контексте смысловой сферы пациентов с ишемической болезнью сердца // Вызовы эпохи в аспекте психологической и психотерапевтической науки и практики: Материалы IV Международной научно-практической конференции / Под ред. С.В.Петрушина. – Казанский государственный университет, 12-14 ноября 2009 г. – Казань: «Отечество», 2009. – С.246-249. (0,3/0,1 п.л.)
26. Новокшенов В.С., Березин А.В., Сухобрус Е.А., Кувшинова Н.Ю. Психологическое сопровождения лечебного процесса как способ оптимизации комплайенса // Инновации и информационные технологии в диагностической, лечебно-профилактической и учебной работе клиник: Материалы научно-практической конференции Центрального

федерального округа России с международным участием. Тверь, 10-11 ноября 2009 г. – Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2009. – С.276-277. (0,2/0,05 п.л.).

27. Кувшинова Н.Ю. Когда померкли краски жизни... Как победить депрессию // Личный врач: научно-популярный журнал. Рубрика «Беседы с психологом». – №1, 2010. – С.40-42. (0,3 п.л.).

28. Кувшинова Н.Ю. Психокоррекция как способ оптимизации качества жизни больных ИБС // Актуальные вопросы медицинской реабилитации, восстановительной медицины, курортологии и физиотерапии: Материалы конференции, посвященной 25-летию кафедры восстановительной медицины ИПО / Под ред. Г.П.Котельникова. – Самарский государственный медицинский университет, 9-10 июня 2010 г. – Самара: Изд-во «ООО «ЦПР», 2010. – С.157-159. (0,2 п.л.).

29. Кувшинова Н.Ю. Роль психокоррекции в оптимизации качества жизни больных ишемической болезнью сердца // Ананьевские чтения 2010. Современные прикладные направления и проблемы психологии: Материалы научной конференции / Отв.редактор Л.А.Цветкова. Санкт-Петербург, 19-21 октября 2010 г. – Санкт-Петербург: Изд-во СПб университета, 2010. – Часть II. – С.101-103. (0,15 п.л.).

30. Кувшинова Н.Ю. Жизнь: каторга или праздник. Об оптимизме и пессимизме // Личный врач: научно-популярный журнал. Рубрика «Беседы с психологом». – №3, 2010. – С.56-57. (0,2 п.л.).

31. Кувшинова Н.Ю., Мостовая Л.И. Качество жизни больных ИБС пожилого возраста: психологический аспект // Старение человека и качество жизни. Роль семейного врача: Материалы Всероссийской конференции с международным участием. – Санкт-Петербург, 27 ноября 2010 г. – Российский семейный врач: медицинский научно-практический журнал. – Т.14. – №3, 2010. – С.37-38. (0,2/0,1 п.л.).

32. Мостовая Л.И., Кувшинова Н.Ю., Смирнова Д.А., Филиппов А.А. Особенности смысложизненных ориентаций и качества жизни больных ИБС пожилого возраста // Старение человека и качество жизни. Роль семейного врача: Материалы Всероссийской конференции с международным участием. – Санкт-Петербург, 27 ноября 2010 г. – Российский семейный врач: медицинский научно-практический журнал. – Т.14. – №3. (0,3/0,075 п.л.).