

УДК 651.851

ВОЗМОЖНОСТИ ИНТЕГРАТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Е. В. Пчелинцева¹, кандидат психологических наук,

В. В. Белова^{1*}, кандидат медицинских наук,

Н. А. Горшков¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8

Ключевые слова: интегративная психотерапия, острый инфаркт миокарда, реабилитация.

*Ответственный за переписку (corresponding author): ivoreab37@mail.ru

Рассматривая психосоматическую составляющую сердечно-сосудистых заболеваний, современные научные исследования все чаще обращаются к внешним и внутриличностным конфликтам, вызывающим не только негативные эмоциональные состояния, но и апатию, отказ от выполнения своих социальных ролей, недостаточное удовлетворение социогенных потребностей. Пограничные психические нарушения (травматический опыт прошлого, продолжающий оказывать влияние в настоящем; идея о собственной болезни, принимаемая человеком без критики) отягощают эмоциональное состояние пациентов, вызывая тревогу, депрессию, подавленность. Психотерапия может служить важным внешним ресурсом для улучшения психоэмоционального статуса и повышения эффективности лечения и реабилитации больных.

Целью нашего исследования стало изучение эмоционального состояния и отношения к болезни женщин, перенесших острый инфаркт миокарда. Обследовано 30 пациенток, проходивших третий (амбулаторный) этап медицинской реабилитации на базе клиники ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России в 2017–2018 гг. Средний возраст больных составил $60,2 \pm 5,5$ года. Большинство (61,1%) женщин проживали в городе, доля одиноко проживающих составила 14,1%. Преобладали лица со средним и неполным средним образованием (44,3%), 24,9% пациенток имели высшее образование.

В рамках кардиореабилитации за год наблюдения им проведено по три курса психотерапии, каждый по 14 дней. В соответствии с целью исследования для оценки уровня реактивной и личностной тревожности пациенток была использована шкала Ч. Спилбергера – Ю. Ханина (1976). Исследование уровня депрессии проводилось с помощью опросника Бека (1961), внутренняя картина болезни определялась с помощью Личностного опросника Бехтеревского ин-

ститута (ЛОБИ). Статистический анализ проводился с использованием программы Statistica 6,0.

Исходно низкий уровень реактивной тревожности отмечен у 8,4% (3 женщин), умеренный – у 65,8% (20), высокий – у 25,8% (7). Низкий уровень личностной тревожности зарегистрирован у 6,0% (2 пациенток), умеренный – у 24,2% (7), высокий – у 70,8% (21). Таким образом, наибольшее число женщин имело умеренный и высокий уровни реактивной и личностной тревожности, что свидетельствовало о наличии внутриличностного конфликта, вызывающего тревожные состояния в связи с заболеванием.

По данным опросника Бека, отсутствие депрессии зарегистрировано у 21,8% (7 женщин), легкая депрессия – у 22,1% (7), умеренная – у 25,0% (8), выраженная – у 15,4% (4), тяжелая – у 15,7% (4). Тяжелая депрессия, выявленная у 4 больных, объясняется наличием психологической дезадаптации в связи с заболеванием и создает высокий риск неблагоприятного его течения.

Развитие тревожно-депрессивных состояний взаимосвязано с типом отношения к болезни. Среди наших пациенток тревожный тип отношения к болезни отмечен у 23,6%, сенситивный – у 20,0%, неврастенический – у 16,6%. Более редкими оказались дисфорический, апатический и эргопатический типы.

С целью коррекции личностных черт поведения, способствующих развитию тревожно-депрессивных состояний, реализовывалась интегративная модель психотерапии, которая предполагает три этапа.

I этап – психодиагностический. В ходе анкетирования и беседы с целью обозначения индивидуальной стратегии психотерапии выявляли склонность женщин фиксировать внимание на своем состоянии («нет никаких сил», «совсем обессилела», «расшатала свое здоровье»). Данные высказывания о болезни указывали на пассивную роль женщин в процессе лечения, нежелание проявлять активность, интерес

к самопознанию. Анкетирование показало, что большинство из них отмечали неблагоприятные последствия болезни в виде социальных дисфункций: заниженной ролевой гибкости, завышенных ожиданий и требований к другим, ограничение межличностных контактов. Однако, испытывая дефицит в доброжелательных теплых отношениях с родственниками, друзьями, пациентки отказывались проявлять активность по их налаживанию.

II этап – симптоматически ориентированный, основанный на принципах когнитивной терапии. Анализировались проблемные ситуации, вызывающие у пациенток печаль, чувство одиночества, тоски, отчуждения. При совместном рассмотрении травмирующих ситуаций больной предлагалось дифференцировать отдельные эмоции и соответствующее им когнитивное содержание. Во время групповых и индивидуальных сеансов моделировались проблемные эмоциогенные ситуации (ролевое проигрывание, гештальт-техника «пустого стула»), где пациентка должна была описать возникающие чувства и озвучить сопровождающие их мысли.

III этап реализует задачу формирования опыта, противоречащего дисфункциональным базисным посылам и подводящего к альтернативному взгляду на людей, на себя и на мир. Результативным приемом на данном этапе является анализ последствий базисных иррациональных убеждений для жизни человека и его отношений с людьми. Так, представление о собственной слабости, беспомощности обрекают пациенток сенситивного и тревожного типа на подавление активности. Представление женщин с неврастенической акцентуацией о враждебности окружающих усиливает чувство одиночества и способствует развитию разрушительных патологических реакций

на лечение. Психолог, анализируя личностные средовые ресурсы, подводит пациентку к осознанию неэффективности привычных размышлений, привычного образа жизни, что побуждает сделать осознанный выбор в пользу лечения, принятия медицинских назначений. Осознание своего поведения часто происходит при использовании символ-драмы в групповом тренинге альтернативного поведения. Пациентка не только рефлектирует свой опыт переживаний, но и стремится выбрать наиболее рациональный выход из ситуации болезни, взяв на себя незнакомую роль (например, родственника, при общении с которым больная испытывает напряжение; прохожего, впервые познакомившегося с ситуацией и т. д.). При этом безынициативная пациентка ставит перед собой цель сблизиться с родственниками, а больная с тоскливым, равнодушным аффектом переключается на интересный вид досуговой деятельности, приносящий удовлетворение.

После завершения программы интегративной психотерапии у больных установлено статистически значимое снижение среднего уровня личностной с $39,3 \pm 1,2$ до $25,4 \pm 1,7$ балла ($p < 0,05$), реактивной тревожности – с $45,8 \pm 1,7$ до $24,7 \pm 1,2$ балла ($p < 0,01$), выраженности депрессивных расстройств по шкале Бека – с $19,5$ до $5,5$ балла ($p < 0,05$).

Следовательно, интегративная психотерапия позволяет через осознание текущих поведенческих процессов и снижение уровня негативных, эмоциональных реакций повысить мотивацию пациентов к лечению. Полученные данные подтверждают эффективность проведенной психодиагностической и дифференцированной психотерапевтической работы в рамках курса реабилитации больных после перенесенного острого инфаркта миокарда.

THE POSSIBILITIES OF INTEGRATIVE PSYCHOTHERAPY IN THE REHABILITATION IN WOMEN AFTER ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

E. V. Pchelintseva, V. V. Belova, N. A. Gorshkov

Key words: integrative psychotherapy, acute myocardial infarction, rehabilitation.