

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ПЕРВЫЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.П.ПАВЛОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра общей и клинической психологии

Зав. кафедрой общей
и клинической психологии
д.пс.н., профессор
Исаева Е.Р. _____

Председатель ГАК
д.пс.н., профессор
Соловьева С.Л. _____

Выпускная квалификационная работа

на тему:

***«Психологические особенности и приверженность лечению у пожилых
пациентов с ОНМК и ИБС»***

по специальности 37.05.01 – Клиническая психология

Выполнил:

Студент 6 курса, 65 группы,
отделения клинической психологии
Бальжиева Татьяна Тумэновна
_____ (подпись)

Научный руководитель:

ассистент кафедры общей и клинической психологии
ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова
Демченко Татьяна Владимировна
_____ (подпись)

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СТАРЕНИЯ И ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ И ЗАРУБЕЖНОЙ ЛИТЕРАТУРЕ	8
1.1. Старение как позитивный период поздней взрослости.....	8
1.2. Приверженность лечению у лиц старших возрастных групп	12
1.3. Психологические особенности пожилых пациентов с сердечно-сосудистой патологией	16
2. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	22
2.1. Характеристика обследуемой группы.....	22
2.2. Организация исследования	24
2.3. Методы исследования	25
2.3.1. Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25).....	25
2.3.2. Тип отношения к болезни (ТОБОЛ).....	27
2.3.3. Шкала психологического благополучия К. Рифф (адаптация Т.Д. Шевеленковой и П.П. Фесенко)	28
2.3.4. Семантический дифференциал времени Л.И. Вассермана	33
2.3.5. Математико-статистический метод.....	35
3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	36
3.1. Описательная статистика психологических характеристик пожилых пациентов с ОНМК и ИБС.....	36
3.2. Сравнительная статистика психологических характеристик пожилых пациентов с ОНМК и ИБС.....	42
3.3. Корреляционный анализ психологических характеристик пожилых пациентов с ОНМК и ИБС.....	45
4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ	49
ВЫВОДЫ.....	53
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	54

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	55
ПРИЛОЖЕНИЕ 1	60
ПРИЛОЖЕНИЕ 2	64
ПРИЛОЖЕНИЕ 3	68
ПРИЛОЖЕНИЕ 4	74

ВВЕДЕНИЕ

Согласно докладу Фонда ООН в области народонаселения совместно с региональными комиссиями ООН и организацией Help Age International, одной из доминирующих тенденций XXI века выступает старение населения как социокультурный и экономический вызов для сообществ всего мира. Прогнозируемая численность лиц старше трудоспособного возраста в России в 2035 г. составит 24%, в 2050 г. – 30%, т.е. каждый четвертый (третий) житель России будет старше трудоспособного возраста (Качкова О.Е., Хальфин Р.А., Мадьянова В.В., 2019).

В свою очередь, уровень заболеваемости и смертности высок среди населения старших возрастных групп, поскольку в процессе старения организм становится более восприимчивым и уязвимым к разного рода заболеваниям.

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (далее ВОЗ), ведущей причиной смертности в мире вследствие болезней являются именно сердечно-сосудистые заболевания. Более того, лидирующие позиции занимают:

1. Ишемическая болезнь сердца (далее ИБС), на которую приходится 16% от общего числа смертей в мире. За 9 лет смертность от этой болезни возросла более чем на 2 млн и достигла 8,9 млн случаев;
2. Острое нарушение мозгового кровообращения (далее ОНМК), на которое приходится приблизительно 11% от общего числа смертей, таким образом достигая 6,3 млн случаев смерти.

Увеличение числа заболеваемости и смертности людей пожилого возраста в современном обществе делает проблему профилактики возрастной патологии и состояния здоровья пожилого населения приоритетной (Вахнина Н.В., 2019). Поэтому на сегодняшний день важно повышать эффективность лечения, снижать частоту повторных сосудистых

эпизодов и повышать реабилитационный потенциал пожилых пациентов после перенесенных болезней системы кровообращения.

Особенно актуальной при длительной терапии пациентов с ОНМК и ИБС является проблема приверженности лечению, поскольку одной из ведущих причин уменьшения терапевтического эффекта является несоблюдение врачебных предписаний, что снижает качество жизни пациентов, увеличивает затраты на лечение, приводит к инвалидизации, а также повышает смертность среди пациентов.

Приверженность лечению является необходимым звеном в длительной терапии пожилых пациентов с ОНМК и ИБС наравне с личностными особенностями, так как в современной психологической литературе общепризнана роль психологических характеристик больных с сердечно-сосудистой патологией в формировании качества их жизни и медицинского прогноза. Ситуация болезни сердечно-сосудистой патологией переживается пациентами остро с высоким риском психотравматизации и витальной угрозы, в связи с чем выявление особенностей отношения к болезни, психологического благополучия и восприятия времени пациентов может помочь в определении трудностей перестройки системы личностных отношений, адаптации (Е.В. Строкова, 2012; Продовикова А.Г., 2021).

Цель исследования: выявить значимые различия между психологическими характеристиками (тип отношения к болезни, психологическое благополучие, восприятие времени и приверженность лечению) у пожилых пациентов с установленными диагнозами «Острое нарушение мозгового кровообращения» (I60-I69) и «Ишемическая болезнь сердца» (I20, I21).

Для достижения цели исследования были поставлены следующие **задачи:**

1. Выявить особенности типа отношения к болезни, психологического благополучия, восприятия времени, приверженности лечению у пожилых пациентов с ОНМК.
2. Выявить особенности типа отношения к болезни, психологического благополучия, восприятия времени, приверженности лечению у пожилых пациентов с ИБС.
3. Выявить значимые различия между типом отношения к болезни, психологическим благополучием, восприятием времени, приверженностью лечению у пожилых пациентов с ОНМК и ИБС.
4. Выявить взаимосвязи между типом отношения к болезни, психологическим благополучием, восприятием времени, приверженностью лечению у пожилых пациентов с ОНМК и ИБС.

Гипотеза исследования: у пациентов пожилого возраста с установленными диагнозами «Острое нарушение мозгового кровообращения» (I60-I69) и «Ишемическая болезнь сердца» (I20, I21) существуют значимые различия в приверженности лечению и ее связи с психологическими характеристиками.

Объект исследования: пациенты пожилого возраста с установленными диагнозами «Острое нарушение мозгового кровообращения» (I60-I69) и «Ишемическая болезнь сердца» (I21, I21).

Предмет исследования: тип отношения к болезни, психологическое благополучие, восприятие времени, приверженность лечению у пожилых пациентов с установленными диагнозами «Острое нарушение мозгового кровообращения» (I60-I69) и «Ишемическая болезнь сердца» (I20, I21).

Методы исследования:

1. Экспериментально-психологический метод:
 - а. Тип отношения к болезни (ТОБОЛ);
 - б. Шкала психологического благополучия К. Рифф (адаптация Т.Д. Шевеленковой и П.П. Фесенко);

- c. Семантический дифференциал времени Л.И. Вассермана;
 - d. Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25).
2. Математико-статистический метод:
- a. Описательная статистика;
 - b. Сравнительная статистика (U-критерий Манна-Уитни);
 - c. Корреляционный анализ (коэффициент корреляции Спирмена).

Теоретическая значимость заключается в обобщении и систематизации разрозненных научных данных по проблеме исследования.

Практическая значимость полученных результатов заключается в возможности доведения теоретических разработок до уровня практических рекомендаций, направленных на выявление специфики функционирования ценностно-смысловой сферы пожилых пациентов в связи с имеющейся нозологией, обозначение мишеней в реабилитации для организации более эффективного сопровождения пожилых пациентов с ОНМК и ИБС.

1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СТАРЕНИЯ И ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ И ЗАРУБЕЖНОЙ ЛИТЕРАТУРЕ

1.1. Старение как позитивный период поздней взрослости

Старение является непрерывным естественным процессом, протекающим в различных плоскостях жизни человека (биологической, психологической, социальной). Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) установлена следующая возрастная периодизация старших групп населения: 60 - 74 года - пожилой возраст, 75 - 90 лет - старческий возраст; старше 90 лет – долгожители.

Еще в 2019 году ВОЗ было предложено провести Десятилетие здорового старения в период 2020-2030 годов для объединения усилий в улучшении жизни лиц старших возрастных групп. Это предложение продиктовано не только тенденцией к росту численности пожилого населения и увеличением продолжительности жизни, но и в целях изменения отношения к старению, которое должно восприниматься не как проблема, а как возможность.

С начала прошлого столетия старение изучалось с акцентом на дегенеративные процессы, описывались такие негативные явления, как снижение когнитивных способностей, нарушения адаптации в изменяющихся условиях, обострение хронических заболеваний (Prados M., Fried E.C., 1947).

Однако с течением времени и накоплением научных данных относительно вопроса старения, был осуществлен плавный переход от дефицитарной парадигмы к пониманию наличия конструктивно-позитивных изменений в пожилом возрасте.

Так, в 1961 году в рамках одноименной теории американский психолог и геронтолог Р. Хэвихерстон (1961, 1963) вводит понятие

«успешного старения», которое определил как внутреннее чувство счастья и удовлетворения своим настоящим и прошлым.

Стоит сказать, что в дальнейшем ученые предлагали различные вариации терминов, сопрягаемых с «успешным старением», такие как:

- активное старение (важность трудовой деятельности и включенности в социальную жизнь);
- здоровое старение (приоритет физического здоровья);
- позитивное старение (наполненность жизни позитивными эмоциями и событиями).

Утверждение о том, что старение — это эволюционный процесс, в котором все еще возможен рост и совершенство, было впервые выдвинуто американским психологом и ученым К. Д. Рифф (1989, 1995), которая выделяла важнейшим критерием «успешного старения» психологическое благополучие, составляющими которого явились:

- a) положительные отношения с другими;
- b) автономия;
- c) управление окружением;
- d) личностный рост;
- e) наличие цели в жизни;
- f) самопринятие.

Также к концу 80-х годов прошлого века данная идея получила развитие благодаря американским геронтологам Дж. Роу и Р. Кану (1997), которые выдвинули трехкомпонентную модель «успешного старения», состоящую из способности поддерживать:

- 1) поведенческие паттерны для предотвращения заболеваемости и инвалидизации;
- 2) высокую сохранность умственных и физических функций;
- 3) активную вовлеченность в социальную жизнь.

Можно отметить, что авторы сделали упор на самостоятельное поддержание активности в разных аспектах жизнедеятельности. В дополнение к теоретической стороне концепции Роу и Кан предложили практические рекомендации для лиц старших возрастных групп, среди них:

- физическая активность (ходьба, садоводство, танцы);
- соблюдение режима питания для снижения вероятности возникновения и обострения возрастных и хронических заболеваний;
- отказ от вредных привычек (курение);
- поддержание отношений с близкими (родственниками и друзьями);
- регулярная когнитивная стимуляция (чтение, интеллектуальные упражнения и игры).

В дальнейшем многие зарубежные исследователи на основе вышеописанных теорий формировали собственные концепции, дополняя новыми составляющими, способствующими позитивному старению (Estebansari F., Dastoorpoor M., Khalifehkandi Z R. et al., 2020).

Среди отечественных авторов, рассматривающих позитивные аспекты старения, можно отметить Б. Г. Ананьева, М. Д. Александрову, Н. Ф. Шахматова, О. Ю. Стрижицкую.

Н. Ф. Шахматов уделял большое внимание осознанию собственного прошлого. Он отмечал необходимость осмысления и принятия пережитого опыта в отсутствии сожалений и поиска виноватых, поскольку зрелая личность, проживающая позитивную старость, характеризуется ориентировкой на настоящее, а анализ прошлых событий ведет к формированию созерцательной жизненной установки (Хвостунова О.Б., 2020).

В своей научной статье О. Ю. Стрижицкая (2022) описывает становление конструктивно-позитивного подхода к пониманию процесса старения, который развился в противовес доминирующих на тот период

времени дефицитарным концепциям старения. Данный подход получил свое развитие в рамках Ленинградской (Санкт-Петербургской) школы психологии старения, основы которой были заложены Б. Г. Ананьевым и получили продолжение в трудах М. Д. Александровой. Основные тезисы, выдвинутые Б. Г. Ананьевым:

1. Характер изменений в старости зависит от предшествующих этапов онтогенеза, все периоды жизни человека составляют единый цикл;
2. В периоде старения прослеживается высокая вариативность развития, дефицитарная парадигма не является единственным возможным вариантом старения;
3. Социальные факторы имеют большое влияние на характер старения человека.

Одним из членов команды под руководством Б. Г. Ананьева, изучавшей сенсорно-перцептивные функции человека на протяжении всей жизни, особенностями периода старения заинтересовалась М. Д. Александрова. Она доказала, что человек может не только сохранить свой уровень психического функционирования, но и развивать, открывать в себе новые возможности в период старения благодаря включенности в профессиональную деятельность.

Сама О. Ю. Стрижицкая (2013, 2018) способствовала развитию теории геротрансцендентности в России, провела ряд исследований для изучения данного феномена и разработала авторский опросник под названием «Опросник геротрансцендентных изменений» в рамках диссертационной работы, тем самым внося весомый вклад в разработку теоретических и практических аспектов данного направления.

Однако зачастую объектом исследований на геротрансцендентность выступали именно пожилые люди, в анамнезе которых отсутствовали тяжелые заболевания, угрожающие жизни и приводящие к инвалидизации (Демченко Т.В., Исаева Е.Р., 2020).

Стоит отметить, что теоретические разработки концепции старения как позитивного процесса в отечественной и зарубежной литературе происходили хронологически параллельно, и явились инновационными, доказав, что старение не определяется неизбежно дегенеративными процессами, имеет разнообразие. Исследователями были намечены тенденции, направленные на решение задач здорового долголетия и повышение статуса старшего поколения путем переосмысления стереотипов в отношении процесса старения (Колосова В.В., 2019).

Тем временем, авторы психологических теорий старения не отрицали положения, лежащие в основе биологических теорий старения, наоборот, расширили имеющиеся представления о процессе старения, поскольку биосоциальная сущность человека диктует обществу необходимость рассмотрения психологической сферы в позднем возрасте как совокупность взаимовлияния биологического и социального в ее формировании.

Таким образом, концепция «успешного старения» может иметь практическое значение и использоваться в различных направлениях работы с пожилыми людьми: в социальной реабилитации, паллиативной помощи, разработке коррекционных программ для пожилых пациентов.

1.2. Приверженность лечению у лиц старших возрастных групп

Позитивное старение в рамках различных концепций предполагает активное противодействие болезням или отсутствие заболеваний вовсе. Это не означает, что концепция «успешного старения» неприменима к болеющим пожилым людям, наоборот, факторы, способствующие позитивному старению, нацелены на помощь в борьбе с болезнью. Многие принципы, описанные различными авторами в рамках концепции «успешного старения», пересекаются с направленным поведением пациента согласно рекомендациям врача, которое нацелено на более эффективный процесс лечения и реабилитации. Такое «поведение» пациентов во многих источниках зачастую именуют как приверженность лечению.

Более развернутое определение приверженности лечению, или приверженности к лечению, может иметь следующую формулировку: «комплексная модель поведения пациента в отношении своего здоровья, реализующаяся в степени соответствия такого поведения относительно рекомендаций, полученных от врача в отношении приема препаратов, алгоритмов самоконтроля, соблюдения диеты и других мер изменения образа жизни» (Холкина А.А., Исаков В.А., Тимофеев Е.В., 2023, с. 18).

Во второй половине XX века первым в научной литературе был предложен термин «compliance» (в буквальном переводе означает податливость), отражающий состояние пассивного, подчиненного согласия, степени, в которой поведение пациента соответствует рекомендациям врача (Bland J.S., 2021). Однако, со сменой патерналистической модели отношений «врач-пациент» пришло и понимание важности большей степени вовлеченности пациента в процесс лечения, чтобы последний мог принимать активное добровольное решение о необходимости выполнения всех назначений.

Так, произошел переход от патерналистической модели взаимодействия врача и пациента, в которой врач являлся фигурой контролирующей и руководящей, к информационной, в которой врач уже информирует пациента о прогнозах лечения, особенностях фармакотерапии, других рекомендациях, помогающих пациенту вести более активное участие в терапевтическом альянсе. Теперь на смену термину «compliance» пришел термин «adherence to treatment» (приверженность лечению), который фокусирует внимание на добровольности пациента, его заинтересованности в позитивном результате лечения.

Позже был предложен термин «concordance» (согласованность), который предполагает большую активность и инициативность пациента в альянсе «врач-пациент», где роль врача поддерживающая. В данной

парадигме акцент смещается на пациента, что может явиться некой преградой к повышению эффективности терапевтического взаимодействия.

Следует сказать, что многие авторы относят понятия комплаенса и приверженности лечению к рангу взаимозаменяемых. Проанализировав проблему терминологии и придя к выводу об обоснованности использования термина «приверженность лечению» в данной работе, мы можем переходить к основному аспекту настоящей части теоретического обзора, а именно к обсуждению приверженности лечению у лиц старших возрастных групп.

Известно, что приверженность лечению имеет тенденцию к снижению с возрастом. Нередко назначенная медикаментозная терапия оказывается низко эффективной. Это может быть связано с несколькими факторами, включая как низкую дозировку препаратов, назначаемую врачами, так и несоблюдение режима лечения уже самим пациентом.

Врачи могут назначать меньшие дозы лекарств из-за опасений возможных побочных эффектов, которые могут быть более выражены у пожилых людей. Подобные меры связаны с особенностями протекания такого процесса, как фармакокинетика, который имеет свою специфику у пациентов пожилого возраста. Так, вследствие снижения метаболизма и выведения препаратов приемлемые дозировки для взрослых могут привести к интоксикации пациентов пожилого возраста.

Стоит отметить, что зачастую пожилые пациенты отмечают причиной снижения регулярности приемов лекарств забывчивость, которая может быть связана со снижением когнитивных процессов, в частности памяти, однако нередко в связи с такой же причиной нерегулярно принимают лекарства и более молодые группы населения.

Следующая особенность, способная повлиять на восстановительный процесс пациентов и не только пожилых — это информированность. Немаловажным фактором, способным увеличить эффективность лечения и

реабилитации пожилых пациентов является высокий уровень индивидуальной осведомленности и достаточный уровень информированности об имеющемся заболевании (Погосова Н.В., Лысенко М.А., Самсонова И.В. и др., 2017; Погосова Н.В., Юферева Ю.М., Аушева А.К., и др., 2019). Поэтому психологическая коррекция должна включать в себя снижение информационного дефицита о развитии заболевания, способов лечения и путей реабилитации, формирование мотивации к стабильному следованию рекомендаций врача.

Врачам важно обсуждать с пациентами все возможные побочные эффекты лекарств, объяснять необходимость правильного соблюдения режима лечения и отвечать на все вопросы и сомнения пациента (De Mauri A, Carrera D, Vidali M, et al., 2022). Однако, не стоит винить врачей в недостаточной информированности пациентов, поскольку существуют ограничивающие факторы, такие как временной регламент работы, который предусматривает среднее время на прием около 10-15 минут, чего бывает недостаточно для всестороннего описания состояния больного и способах лечения, большая нагрузка на амбулатории и стационары, нередко и сами пациенты относятся к своему здоровью не так внимательно, как это могло бы быть необходимо.

Как отмечалось ранее, социально-экономическая сторона жизни пенсионеров имеет свои особенности, которые могут осложнять способность следовать плану лечения и снижать качество жизни, при этом эти факторы взаимосвязаны, один может явиться предпосылкой другого и наоборот.

Действительно, со снижением приверженности лечению уменьшается и эффективность проводимого лечения и реабилитации, что неизбежно ведет к ухудшению качества жизни, так как сама болезнь и ее последствия затрагивают многие аспекты жизни пожилого человека. Обратная ситуация связана со снижением качества жизни вне зависимости от болезни. Речь

идет о материальной составляющей. К сожалению, зачастую пожилые люди получают пенсию, которая не способна покрыть расходы на необходимые лекарственные препараты и лечение. На сегодняшний день данная проблема стоит особо остро и требует решения.

Фактор социальной поддержки также не может быть переоценен при анализе приверженности лечению пожилых пациентов. Китайским ученым в рамках исследования удалось выявить, что пожилые люди, находящиеся в социальной изоляции, с большей вероятностью будут иметь низкую приверженность лечению, приверженность лекарственной терапии, в частности, если будут испытывать одиночество. Поэтому нам важно учитывать аспект межличностного общения и социального взаимодействия пожилых людей (Lu J., Zhang N., Mao D., 2020).

Таким образом, важно принимать во внимание как медицинские, так и психосоциальные факторы при лечении пациентов пожилого возраста, чтобы повысить эффективность используемых лекарственных препаратов и обеспечить лучшее качество жизни для этой категории населения.

1.3. Психологические особенности пожилых пациентов с сердечно-сосудистой патологией

Еще со второй половины XX века наравне с ростом продолжительности жизни было отмечено и увеличение доли населения старших возрастных групп. В связи с данной тенденцией обнаружилась и другая — увеличение распространенности сердечно-сосудистых заболеваний, поэтому ведение пожилых пациентов с кардиоваскулярной патологией становится особенно актуальной (Ткачева О.Н., Беленков Ю.Н., Карпов Ю.А. и др., 2019). Больше половины случаев госпитализации пожилых пациентов происходит по причине именно сердечно-сосудистой

патологии, которая в значительной степени снижает качество жизни данной группы пациентов (Ткачева О.Н., Котовская Ю.В., Дупляков Д.В., 2017).

В свою очередь, оценка психологического статуса пациента не может быть переоценена в контексте хронических соматических заболеваний, поскольку зачастую когнитивный, эмоционально-личностный статусы могут определять эффективность лечения и реабилитации (Vochkareva E.V., Butina E.K., Kim I.V., et al., 2019).

Хронический стресс и тревожные расстройства могут явиться предикторами множества заболеваний, в их числе хронические болезни, сердечно-сосудистые патологии. Такие пациенты встревожены своим состоянием, они сконцентрированы на соматических проявлениях болезни, боятся инвалидизации и летального исхода. Коморбидное тревожное расстройство независимо от степени выраженности может оказать значительный негативный эффект на течение основного заболевания, вследствие чего вероятность успеха лечения становится ниже, увеличивается число рецидивов, снижается качество жизни (Курушина О.В., Барулин А.Е., Друшлякова А.А., 2018).

Пожилые пациенты с сердечно-сосудистой патологией также подвержены риску развития депрессии. Боль и физическое неудобство, связанные с заболеванием, могут негативно влиять на психическое состояние. Коморбидность депрессии и кардиоваскулярной патологии опасно повышением смертности и частоты повторных госпитализаций, снижением качества жизни и приверженности лечению.

Уровень приверженности лечению также способен оказать влияние на эффективность проводимых реабилитационных мер. В оказании помощи пожилым пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями немаловажным является оценка того, как пациент представляет заболевание, как он переживает болезнь и как к ней относится (Huber D, Wikén C, Henriksson R, et al., 2021).

Перестройка иерархии мотивов в условиях соматической болезни является одним из основных изменений на личностном уровне, меняется смыслообразующий мотив, который теперь нацелен на сохранение здоровья и жизни, который А. Ш. Тхостов назвал «сдвигом цели на мотив» (А.Ш. Тхостов, Г.А. Арина, 1990).

Одним из ключевых психологических факторов, которые могут влиять на лечение, является уровень самоэффективности. Когда пациент чувствует, что он способен успешно справиться с проблемами, связанными с его заболеванием, это может непосредственно повлиять на его мотивацию к соответствию рекомендациям и следованию медицинским препаратам и режимам. Высокая самоэффективность пациента влияет на его способность контролировать и регулировать процесс лечения, улучшает его понимание собственного заболевания, его восприятие необходимости процесса лечения и его способность сохранять позитивный настрой. Этот фактор может иметь глубокое влияние на поведение и решения пациента, включая его мотивацию к получению нужной помощи и соблюдению рекомендаций врача (Овчинников А.А., Султанова А.Н., Максименко П.А. и др., 2019).

Как известно, наличие определенной копинг-стратегии может отражаться на течении и исходе того или иного заболевания, поэтому изучение факторов, формирующих ту или иную стратегию, для создания наиболее адаптивного совладающего поведения у пациентов с сердечно-сосудистой патологией важна.

Изучив копинг-стратегии у пациентов с кардиоваскулярными болезнями и их взаимосвязями с отношением к здоровью, Е. А. Захарьян и Э. Р. Ибрагимова (2021) пришли к следующим выводам:

- 1) психосоциальный статус пожилых больных поведенческого типа А с ишемической болезнью сердца характеризуется наличием определенного внутреннего психологического конфликта, который вследствие трудностей социально-

психологической адаптации и особенностей личности во многом может определять течение заболевания;

- 2) у пациентов 2 группы преобладало совладающее поведение по типу «дистанцирование», преодоление негативных переживаний происходит посредством снижения индивидуальной значимости и эмоциональной вовлеченности в отношении к ситуации к болезни. При совладающем поведении по типу «Бегства-избегания» наблюдается отрицание или игнорирование проблемы, уклонение от ответственности и действий по разрешению возникших трудностей.

Типы отношения к болезни могут охарактеризовать эмоциональный и поведенческий компонент пациента, который имеет заболевание. Существует несколько типов отношения к болезни, которые в 1980 году выделили А. Е. Личко и Н. Я. Иванов:

- Гармоничный: пациент, который способен реалистично оценить свои ограничения и возможности, старается проявлять самостоятельность, активно содействует успеху лечения в терапевтическом альянсе;
- Эргопатический: сверхответственный в рабочей сфере, стремится во что бы то ни стало сохранить свой социальный и профессиональный статус;
- Анозогнозический: игнорирует или отрицает мысли о болезни и ее последствиях, отказывается от диагностики и лечения;
- Тревожный: высокий уровень тревоги и мнительности в отношении болезни, осложнений, прогноза, процедур, такие пациенты склонны ориентироваться на объективные данные, на результаты обследований;
- Ипохондрический: сильная озабоченность неприятными ощущениями в теле, сосредоточенность на субъективных

болезненных сигналах тела, пациент предпочитают ориентироваться не на объективные данные результатов обследования, а на субъективные ощущения;

- Неврастенический: пациент характеризуется поведением по типу раздражительной слабости, болевые ощущения для него невыносимы;
- Меланхолический: тоскливые пациенты, которые не верят в выздоровление, имеют место суицидальные мысли в связи с болезнью, сомневаются в успехе лечения даже при благоприятных объективных данных;
- Апатический: безразличие, незаинтересованность исходом и прогнозом болезни, пациенты пассивно подчиняются плану лечения, безынициативные;
- Сенситивный: крайне уязвимые и ранимые пациенты, беспокойство относительно того, что могут подумать другие, поэтому контролируют свое поведение и слова, стараются скрыть свое состояние, чтобы не быть обузой для семьи;
- Эгоцентрический: пациент ищет вторичной выгоды из ситуации болезни, активно показывают окружающим свои страдания, чтобы последние посочувствовали и обратили внимание;
- Паранойяльный: пациент убежден, что его болезнь — это чей-то злой умысел, кто-то или что-то виноват в его болезненном состоянии, раздражительны, склонны к кверулянтству;
- Дисфорически: пациент испытывает гневливо-мрачное озлобленное настроение, зависть и ненависть к здоровым.

В рамках внутренней картины болезни у пожилых пациентов на первый план выступает эмоциональный аспект, в ряде ситуаций болезни может являться инструментом привлечения внимания или же, наоборот,

тщательно скрывать от близких — особенности типа реагирования на болезнь зачастую зависят от преморбидных характеристик личности.

Выявление психологических особенностей пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями является значимым фактором в реабилитационном процессе. В свою очередь, благодаря исследованиям, посвященным изучению психологических особенностей пожилых пациентов, научная база знаний будет расширяться, тем самым раскрывая больше возможностей к повышению эффективности лечения и качества жизни данной группы населения.

2. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Характеристика обследуемой группы

Исследование проводилось с июня по ноябрь 2023 года на неврологическом и кардиологическом отделениях, а также на гериатрическом отделении с кардиологическими койками. Изучались лица, которые проходили обследование и получали комплексное лечение в связи с имеющимися диагнозами «Острое нарушение мозгового кровообращения» (I60-I69) и «Ишемическая болезнь сердца» (I20, I21).

Критерии включения в исследование:

- Добровольное согласие на участие в исследовании.
- Возраст от 60 лет.
- Установленный диагноз «Острое нарушение мозгового кровообращения» (I60-I69).
- Установленный диагноз «Ишемическая болезнь сердца» (I20, I21).
- Когнитивная сохранность или легкие когнитивные нарушения (не менее 24 баллов по тесту MoCA).

Критерии исключения из исследования:

- Отказ от участия в исследовании.
- Возраст до 60 лет.
- Отсутствие диагноза «Острое нарушение мозгового кровообращения» (I60-I69).
- Отсутствие диагноза «Ишемическая болезнь сердца» (I20, I21).
- Умеренные или тяжелые когнитивные нарушения (менее 24 баллов по тесту MoCA).

Всего в исследовании приняло участие 75 человек (28 женщин и 47 мужчин), средний возраст составил 73 года. Всех пациентов мы разделили на 2 группы согласно имеющейся нозологии:

1. Первая группа: пациенты пожилого возраста с установленным диагнозом ОНМК. В группу вошло 35 человек, средний возраст пациентов данной группы составил $73,3 \pm 6,5$ лет.
2. Вторая группа: пациенты пожилого возраста с установленным диагнозом ИБС. В группу вошло 40 человек, средний возраст пациентов данной группы составил $72,9 \pm 9,5$ лет.

Социально-демографические и клинические данные по пациентам обеих групп можно представить в виде таблицы (см. табл. 1).

Таблица 1
Описание выборки пожилых пациентов с ОНМК и ИБС

		1 группа Пациенты с ОНМК (M±SD)	2 группа Пациенты с ИБС (M±SD)
N (чел.)		35 человек	40 человек
Ср. возраст (лет)		$73,3 \pm 6,5$	$72,9 \pm 9,5$
Мужчины	N (чел.)	23	24
	Ср. возраст (лет)	$69,4 \pm 4,2$	$75,8 \pm 9,2$
Женщины	N (чел.)	12	16
	Ср. возраст (лет)	$70,4 \pm 3,7$	$72,6 \pm 8,1$
Первичный приступ (чел.)		20	15
Повторный приступ (чел.)		15	25

Также, согласно таблице 1, для пожилых пациентов с ОНМК, принимавших участие в исследовании, характерно столкновение с заболеванием впервые (20 пациентов из 35), а для пациентов с ИБС – повторно (25 пациентов из 40) (см. рис. 1).

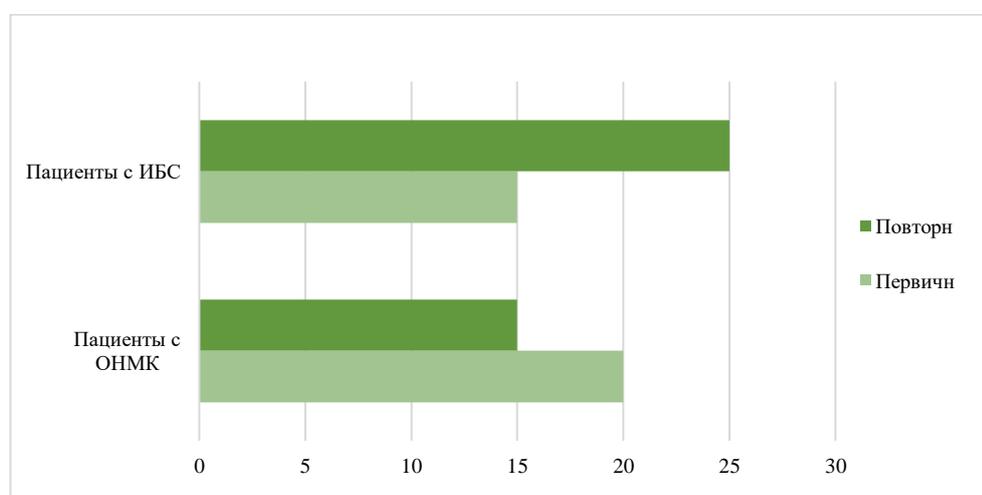


Рис. 1. Первичность и повторность возникновения ОНМК и ИБС среди пациентов

2.2. Организация исследования

Исследование проводилось в несколько этапов.

Первый этап исследования заключался в формировании выборок пациентов с ОНМК и ИБС на основании имеющейся медицинской информации посредством изучения медицинской документации (анамнестический метод).

Второй этап исследования – экспериментальный. Он состоял в проведении подобранных в соответствии с поставленными задачами клинико-психологических методов (наблюдение, беседа) и экспериментально-психологических методов (опросные методики).

Каждый пациент, принимавший участие в исследовании, подписывал информированное согласие для его прохождения. Для определения типов отношения к болезни, психологического благополучия, восприятия времени и приверженности лечению респондентов были проведены следующие методики соответственно: «Тип отношения к болезни (ТОБОЛ)»; «Шкала психологического благополучия К. Рифф (адаптация Т.Д. Шевеленковой и П.П. Фесенко)»; «Семантический дифференциал времени Л.И. Вассермана»; «Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25)». Время, затрачиваемое на проведение всего пакета методик, составило в среднем 100 минут.

После экспериментально-психологического обследования каждого больного нами была произведена качественно-количественная оценка имеющихся результатов по методикам, а сами данные – внесены в базу данных для последующего анализа.

Третий этап состоял в обработке собранных материалов с помощью методов математической статистики.

Заключительный этап состоял в описании и обсуждении полученных результатов.

2.3. Методы исследования

В соответствии с поставленными задачами исследования были использованы следующие экспериментально-психологические методы исследования:

1. Тип отношения к болезни (ТОБОЛ);
2. Шкала психологического благополучия К. Рифф (адаптация Т.Д. Шевеленковой и П.П. Фесенко);
3. Семантический дифференциал времени Л.И. Вассермана;
4. Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25).

Для анализа полученных эмпирических данных применялись следующие методы математической статистики:

1. Описательная статистика;
2. Сравнительная статистика (U-критерий Манна-Уитни);
3. Корреляционный анализ (коэффициент корреляции Спирмена).

2.3.1. Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25)

Опросник был разработан в 2008 году омскими врачами-кардиологами Николаевым Николаем Анатольевичем и Скирденко Юлией Петровной. Изначально данный опросник был разработан для оценки приверженности лечению у больных артериальной гипертензией, но позже был доработан и теперь используется для оценки приверженности лечению у пациентов с различной нозологией. Психометрические критерии методики показали высокие надежность и чувствительность. Чувствительность равна 93%, надежность – 94%, специфичность – 78% (Николаев Н.А., 2015; Николаев Н.А., Скирденко Ю.П., 2016).

Процесс обработки результатов прохождения методики проводится в два этапа. На первом этапе вычисляются следующие технические показатели:

1. Важность лекарственной терапии;
2. Важность медицинского сопровождения;
3. Важность модификации образа жизни;
4. Готовность к лекарственной терапии;
5. Готовность к медицинскому сопровождению;
6. Готовность к модификации образа жизни.

Каждый отдельный показатель рассчитывается суммой баллов за ответы на соответствующие вопросы. Минимальное значение показателя равно 5 баллам, максимальное – 30 баллам. Инструкцию и стимульный материал можно найти в ПРИЛОЖЕНИЕ 1.

На втором этапе рассчитываются такие показатели как:

1. Приверженность лекарственной терапии;
2. Приверженность медицинскому сопровождению;
3. Приверженность модификации образа жизни;
4. Приверженность лечению (интегративный показатель).

При этом 1) под приверженностью лекарственной терапии подразумевается неопределенно долгая способность соблюдать регулярный прием лекарственных средств; 2) под приверженностью медицинскому сопровождению понимают способность пациента выполнять периодическое медицинское наблюдение и производить самоконтроль состояния здоровья (проходить обследования и сдавать анализы) на протяжении неопределенно долгого времени; 3) а под модификацией образа жизни авторы подразумевают изменение диеты, режима физических нагрузок и ограничения нежелательных привычек на протяжении неопределенно долгого времени (Бунова С.С., Жернакова Н.И., Скирденко Ю.П., Николаев Н.А., 2020).

Показатель приверженности лечению в данной методике представляет собой процент от максимально возможного, рассчитывается с помощью специальных формул.

2.3.2. Тип отношения к болезни (ТОБОЛ)

Методика «Тип отношения к болезни» была разработана в 1987 году в НИИ им. Бехтерева следующей группой авторов: Л.И. Вассерман, А.Я. Вукс, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова. Создавая данную методику, авторы взяли за основу типологию отношений к болезни, предложенной в 1980 году А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым, которые были описаны в теоретической части этой работы.

Для валидации данной методики проводилась экспертная оценка. Исследование проводилось в два этапа. На первом этапе участвовали 32 специалиста: психотерапевты, невропатологи, психиатры и терапевты. Они заполняли предложенный вариант теста подобно больным с тем или иным типом реагирования на болезнь. На этом этапе были отсеяны утверждения, редко выбираемые экспертами для того или иного типа реагирования, как диагностически малоценные.

На втором этапе другая группа экспертов (28 человек) оценивали диагностическую ценность тех или иных утверждений для того или иного типа реагирования на болезнь. Полученные балльные данные были подвергнуты статистической коррекции с целью нивелирования склонности специалиста давать заниженные или завышенные балльные оценки.

При проведении данной методики баллы подсчитываются путем складывания диагностических коэффициентов, соответствующих 12 шкалам типов отношения к болезни. При этом вариант ответа «Ни одно утверждение мне не походит» не имеет диагностического веса ни для одной из шкал. После подсчета сумм баллов по каждой шкале, их изображают графически, где по горизонтали отмечены буквенные символы 12-ти шкал,

а по вертикали – числовые значения шкальных оценок. Инструкцию и стимульный материал можно найти в пункте ПРИЛОЖЕНИЕ 2.

Если испытуемый выбирает хотя бы одно утверждение, помеченное «звездочкой», то шкальная величина соответствующего этому знаку типа отношения к болезни приравнивается к нулю.

Методика позволяет определить 12 типов отношения к болезни, которые разделены на 3 блока:

1. Типы без социальной дезадаптации:
 - Гармоничный.
 - Эргопатический.
 - Анозогнозический.
2. Типы с нарушением социальной адаптации с интрапсихической направленностью личностного реагирования на болезнь:
 - Тревожный.
 - Ипохондрический.
 - Неврастенический.
 - Меланхолический.
 - Апатический.
3. Типы с нарушением социальной адаптации с интерпсихической направленностью личностного реагирования на болезнь:
 - Сенситивный.
 - Эгоцентрический.
 - Паранойяльный.
 - Дисфорический.

2.3.3. Шкала психологического благополучия К. Рифф (адаптация Т.Д. Шевеленковой и П.П. Фесенко)

Оригинал данной методики в авторстве Кэрол Дайан Рифф носит название The scales of psychological well-being. Сама К. Рифф психологическое благополучие определяет как восприятие и оценку своего

внутреннего функционирования с точки зрения вершины потенциальных возможностей личности (Ryff C.D., 1989, 1995).

Наиболее распространенным является вариант из 84 пунктов, адаптированный и валидизированный Т.Д. Шевеленковой и П.П. Фесенко в 2005 году. Авторы определяют психологическое благополучие личности как достаточно сложное переживание человеком удовлетворенности собственной жизнью, отражающее одновременно как актуальные, так и потенциальные аспекты жизни личности.

Однако, известно, что проблема психологического благополучия личности остается малоизученной как в зарубежной психологии, так и в отечественной. Тем не менее, в широком смысле этот термин можно описать, как особенности переживаний и состояний, свойственных здоровой личности. А под здоровьем, в свою очередь, согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) понимается не только отсутствие болезней или физических дефектов, но и состояние полного физического, умственного и социального благополучия.

Таким образом, психологическое благополучие можно понимать как ощущение реализации собственного потенциала, личностную зрелость.

Возвращаясь к методике, следует отметить, что методика является валидной, в рамках факторной валидности было выявлено 3 дополнительных шкалы, и одна шкала на русскоязычной выборке подтвердила свою валидность, изучение надежности показало, что внутренняя согласованность шкал недостаточно удовлетворительна, тем временем ретестовая надежность достоверна, в рамках половых и возрастных показателей были выявлены значимые различия.

В структуре методики Т.Д. Шевеленковой и П.П. Фесенко выделили 6 основных шкал, на каждую из которых приходится по 14 утверждений – как прямых, так и обратных; и 3 дополнительные шкалы. Инструкцию и стимульный материал можно найти в ПРИЛОЖЕНИЕ 3.

Содержательная интерпретация основных шкал:

1. Положительные отношения с другими:

- a. респондент с наименьшим баллом имеет лишь ограниченное количество доверительных отношений с окружающими: ему сложно быть открытым, проявлять теплоту и заботиться о других; в межличностных взаимоотношениях, как правило, он изолирован и фрустрирован; не желает идти на компромиссы для поддержания важных связей с окружающими;
- b. респондент с наибольшим баллом имеет удовлетворительные, доверительные отношения с окружающими; заботится о благополучии других; способен сопереживать, допускает привязанности и близкие отношения; понимает, что человеческие отношения строятся на взаимных уступках.

2. Автономия:

- a. высокий балл по данной шкале характеризует респондента как самостоятельного и независимого, способного противостоять попыткам общества заставить думать и действовать определенным образом; самостоятельно регулирует собственное поведение; оценивает себя в соответствии с личными критериями;
- b. респондент с наименьшим баллом - зависит от мнения и оценки окружающих; в принятии важных решений полагается на мнение других; поддается попыткам общества заставить думать и действовать определенным образом;

3. Управление окружением:

- a. высокий балл — респондент обладает властью и компетенцией в управлении окружением, контролирует всю внешнюю деятельность, эффективно использует предоставляющиеся возможности, способен улавливать или создавать условия и

обстоятельства, подходящие для удовлетворения личных потребностей и достижения целей;

- b. низкий балл характеризует респондента как человека, который испытывает сложности в организации повседневной деятельности, чувствует себя неспособным изменить или улучшить складывающиеся обстоятельства, безрассудно относится к предоставляющимся возможностям, лишен чувства контроля над происходящим вокруг.

4. Личностный рост:

- a. респондент с наибольшим баллом - обладает чувством непрекращающегося развития, воспринимает себя «растущим» и самореализовывающимся, открыт новому опыту, испытывает чувство реализации своего потенциала, наблюдает улучшения в себе и своих действиях с течением времени; изменяется в соответствии с собственными познаниями и достижениями;
- b. респондент с наименьшим баллом - осознает отсутствие собственного развития, не испытывает чувства улучшения или самореализации, испытывает скуку и не имеет интереса к жизни, ощущает неспособность устанавливать новые отношения или изменить свое поведение.

5. Цель в жизни:

- a. испытуемый с высоким баллом по данной шкале имеет цель в жизни и чувство направленности; считает, что прошлая и настоящая жизнь имеет смысл; придерживается убеждений, которые являются источниками цели в жизни; имеет намерения и цели на всю жизнь;
- b. испытуемый с низким баллом - лишен смысла в жизни; имеет мало целей или намерений; отсутствует чувство направленности, не

находит цели в своей прошлой жизни; не имеет перспектив или убеждений, определяющих смысл жизни.

6. Самопринятие:

- a. наибольший балл характеризует респондента как человека, который позитивно относится к себе, знает и принимает различные свои стороны, включая хорошие и плохие качества, положительно оценивает свое прошлое.
- b. респондент с наименьшим баллом - не доволен собой, разочарован событиями своего прошлого, испытывает беспокойство по поводу некоторых личных качеств, желает быть не тем, кем он или она является.

Содержательная интерпретация дополнительных шкал:

1. Баланс аффекта:

- a. высокие баллы свидетельствуют о негативной самооценке респондента, неудовлетворенностью обстоятельствами собственной жизни, ощущении собственной никчемности и бессилия. Недостаточна способность поддерживать позитивные отношения с окружающими, неверие в собственные силы, недооценка собственных способностей преодолевать жизненные препятствия, усваивать новые умения и навыки;
- b. низкие и нормальные баллы свидетельствуют о преобладании позитивной самооценки, принятии себя со всеми достоинствами и недостатками. Позитивная оценка всех сторон собственной личности, особенно способности приобретать и поддерживать контакты с окружающими. Уверенность в себе и собственных силах, высокое мнение о собственных возможностях, чувство компетентности в управлении повседневными делами. Общая удовлетворенность собственной жизнью.

2. Осмысленность жизни:

- a. низкие значения определяют недостаток или полное отсутствие осмысленности жизни. Прошрое и настоящее воспринимаются как бессмысленные. Преобладает чувство скуки и бесцельности существования. Отсутствие видимых жизненных перспектив, которые бы обладали достаточной привлекательностью для испытуемого;
- b. высокие и нормативные значения связаны с наличием жизненных целей и присутствия смысла жизни. Настоящее и прошлое воспринимаются, как осмысленные. Имеются убеждения, придающие жизни смысл. Оценка себя как человека целеустремленного.

3. **Человек как открытая система:**

- a. низкие баллы означают неспособность достаточно интегрировать отдельные аспекты своего жизненного опыта. Формируется фрагментарное, недостаточно реалистичное восприятие различных аспектов жизни;
- b. высокие и нормативные баллы отражают высокую способность усваивать новую информацию. Формируется целостный, реалистичный взгляд на жизнь, открытость новому опыту, непосредственность и естественность переживаний.

2.3.4. Семантический дифференциал времени Л.И. Вассермана

Эта методика была разработана Л. И. Вассерманом, Е. А. Трифионовой и К. Р. Червинской (2005). Она предназначена для изучения когнитивных и эмоциональных компонентов в субъективном восприятии личностью своего психологического времени. Она содержит 25 пар прилагательных, на основе которых испытуемый может описать свое субъективное переживание прошлого (П), настоящего (Н) и будущего (Б). Прилагательные в каждой паре являются антонимами друг для друга и представлены в виде полярных шкал. С помощью этих шкал были выделены 5 факторов:

1. **Активность времени (АВ).** Демонстрирует степень напряженности, активности и изменчивости времени. Отрицательное значение этого фактора может свидетельствовать о том, что для испытуемого время ощущается пассивным, застывшим. У испытуемого могут присутствовать такие особенности, как психическая заторможенность, апатичность, низкая мотивация;
2. **Эмоциональная окраска времени (ЭВ).** Демонстрирует то, насколько испытуемый удовлетворен своим временем. Отрицательные значения этого фактора могут свидетельствовать о пессимизме испытуемого по отношению ко времени и к своей жизни. Эмоциональная окраска особенно показательна для будущего, поскольку ЭВ отражает надежды испытуемого. Отрицательные показатели ЭВ могут свидетельствовать о депрессивном состоянии испытуемого;
3. **Величина времени (ВВ).** Косвенно демонстрирует общий мотивационный потенциал и эмоциональное состояние пациента. Положительное значение этого фактора можно расценивать как то, что испытуемый воспринимает время чем-то длительным, объемным и глубоким. Отрицательное значение фактора свидетельствует о том, что испытуемый воспринимает время как маленькое, мгновенное и узкое;
4. **Структура времени (СВ).** Свидетельствует о развитии понятности, ритмичности, обратимости, непрерывности и неделимости познавательной структурой времени у испытуемого. Высокие положительные значения СВ демонстрируют, что у испытуемого хорошо продуманны планы в отношении будущего, точные представления касательно предстоящих событий и деятельности. Отрицательное значение СВ может говорить о

непонятности, неритмичности и прерывистости времени для испытуемого;

5. **Ощущаемость времени (ОВ).** Демонстрирует степень реальности, близости, общности и открытости психологического времени для испытуемого. Ряд психопатологических синдромов могут вызывать у испытуемого значительные изменения в восприятии времени и ощущаемости себя во времени. При отрицательном значении ОВ испытуемый может воспринимать время далеким, замкнутым или даже неоощуцаемым.

При проведении методики испытуемому предоставляется три одинаковых бланка (для прошлого, настоящего и будущего). Он должен отметить на каждой шкале прилагательное, которое соответствует его ощущению времени в каждом из временных периодов. Также он должен указать выраженность названного свойства времени отметив цифру от -3 до $+3$. Инструкцию и стимульный материал можно найти в ПРИЛОЖЕНИЕ 4.

2.3.5. Математико-статистический метод

1. Методы описательной статистики для анализа характера распределения данных;
2. U-критерий Манна-Уитни для сравнения разницы средних показателей в изучаемых группах респондентов;
3. Коэффициент корреляции Спирмена для выявления взаимосвязей между приверженностью лечению и изучаемыми психологическими характеристиками.

Математико-статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи программного пакета Statistika 12.0.

3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

3.1. Описательная статистика психологических характеристик пожилых пациентов с ОНМК и ИБС

Целью данного исследования выступает изучение взаимосвязи типов отношения к болезни, психологического благополучия, субъективного восприятия времени, приверженности лечению у пожилых пациентов с установленными диагнозами «Острое нарушение мозгового кровообращения» (I60-I69) и «Ишемическая болезнь сердца» (I20, I21). Для достижения поставленной цели нами были описаны и проанализированы данные, полученные в результате проведенного исследования.

Результаты анализа средних показателей по приверженности лечению, восприятию времени и психологическому благополучию у пациентов с ОНМК представлены в таблице 2.

Таблица 2

Средние показатели приверженности лечению, восприятия времени и психологического благополучия у пожилых пациентов с ОНМК

Показатели	N=35 человек (M±SD)	Значения показателей
Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25)		
Приверженность лечению	44,5±14,9	>50% – низкий уровень 51-75% – средний уровень >76% – высокий уровень
Семантический дифференциал времени Л.И. Вассермана		
Активность прошлого	18,6±5,2	<15 – негативное восприятие времени; >15 баллов – позитивное восприятие времени
Эмоциональная окраска прошлого	23,4±4,8	
Величина прошлого	21,7±4,1	
Структура прошлого	19,1±3,9	
Ощущаемость прошлого	20,1±4,2	
Восприятие прошлого (интегративный показатель)	20,6±3,0	
Активность настоящего	14,8±5,1	
Эмоциональная окраска настоящего	17,5±6,4	
Величина настоящего	18,6±5,7	
Структура настоящего	15,8±5,2	
Ощущаемость настоящего	18,9±5,0	

Восприятие настоящего (интегративный показатель)	17,1±4,4	
Активность будущего	15,8±6,8	
Эмоциональная окраска будущего	19,3±5,5	
Величина будущего	19,1±6,6	
Структура будущего	18,4±5,1	
Ощущаемость будущего	18,9±6,7	
Восприятие будущего (интегративный показатель)	18,3±4,9	
Шкала психологического благополучия К. Рифф (адаптация Т.Д. Шевеленковой и П.П. Фесенко)		
Положительные отношения с другими	56,2±11,5	
Автономия	56,5±9,1	
Управление окружением	56,2±10,2	
Личностный рост	51,8±10,3	
Цель в жизни	56,5±10,6	
Самопринятие	54,6±10,8	
Психологическое благополучие (интегративный показатель)	332,1±50,0	<314 – низкий уровень; 315-413 – средний уровень; >414 – высокий уровень

Согласно таблице 2, мы выявили, что для пациентов пожилого возраста с установленным диагнозом «Острое нарушение мозгового кровообращения» (I60-I69) характерны: низкий уровень приверженности лечению (44,5%), позитивное восприятие собственного времени жизни (прошлого — 20,6 б., настоящего — 17,1 б., будущего — 18,3 б.), средний уровень психологического благополучия (332 б.).

Результаты пожилых пациентов с ОНМК по методике ТОБОЛ возможно показать наглядно в виде гистограммы (см. рис. 2).

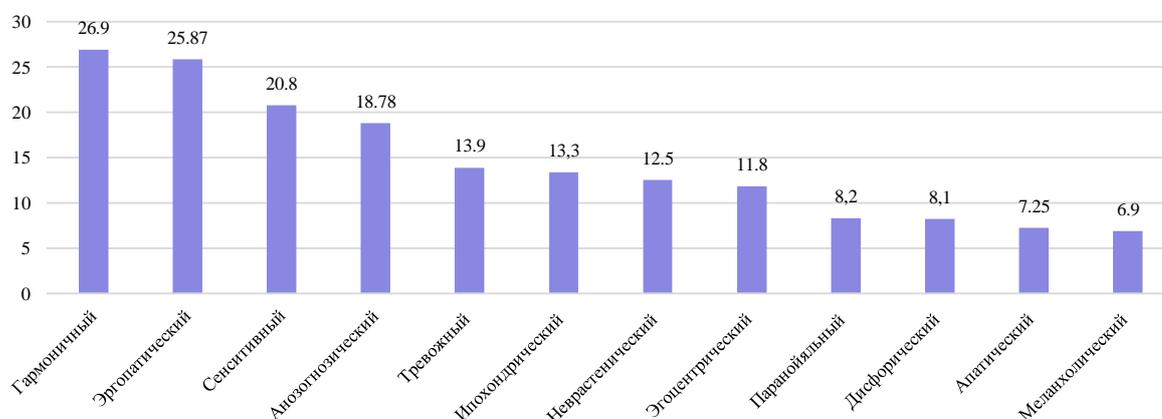


Рис. 2. Средние показатели типов отношения к болезни у пожилых пациентов с ОНМК (методика «Тип отношения к болезни (ТОБОЛ)»)

Согласно рисунку 2 мы выявили, что у пожилых пациентов с ОНМК преобладают следующие типы личностного реагирования на ситуацию болезни: гармоничный (26,9), эргопатический (25,87), сенситивный (20,8), анозогнозический (18,78).

Так, возможно описать особенности социальной адаптации в рамках отношения к болезни пожилых пациентов с ОНМК. Ведущими типами отношения к болезни выступают гармоничный, эргопатический, анозогнозический, которые относятся к блоку без нарушений социальной адаптации. Нарушения социальной адаптации с интерпсихической направленностью у пациентов выражено меньше (сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный, дисфорический). Еще слабее выражены нарушения социальной адаптации с интрапсихической направленностью (тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический).

Итак, пожилым пациентам с ОНМК характерны:

- 1) низкая приверженность лечению: пациенты не склонны к регулярному приему лекарственных препаратов, плановым визитам и выполнению лабораторных и инструментальных исследований, а также не готовы к изменению образа жизни (режима питания, физических нагрузок, ограничения нежелательных привычек);
- 2) позитивное восприятие своего психологического времени жизни: выше относительно других промежутков времени пациенты оценивают прошлое (которое включает в себя период до возникновения приступа), наиболее активным, деятельным, объемным и непрерывным, настоящее пациенты оценивают ниже в связи с нахождением в ситуации болезни, но в отношении будущего пациенты сохраняют определенный уровень оптимистичности, верят в благополучный исход заболевания;

- 3) оценка своего психологического благополучия как удовлетворительного: пациенты поддерживают доверительные отношения с окружающими, имеют цель в жизни, определенную степень самостоятельности и контроля над окружающей средой, а также позитивно относятся к себе;
- 4) наличие типов реагирования на болезнь, предполагающих как отсутствие переоценки, так и недооценки заболевания (гармоничный), характеризующиеся попытками сохранить активный трудовой статус (эргопатический), желанием скрыть подробности своего состояния здоровья от близких и окружающих в связи со страхом неприятия (сенситивный).

Результаты анализа средних показателей по приверженности лечению, восприятию времени и психологическому благополучию у пациентов с ИБС представлены в таблице 3.

Таблица 3

Средние показатели приверженности лечению, восприятия времени и психологического благополучия у пожилых пациентов с ИБС

Показатели	N=40 человек (M±SD)	Значения показателей
Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25)		
Приверженность лечению	39,0±11,9	>50% – низкий уровень 51-75% – средний уровень >76% – высокий уровень
Семантический дифференциал времени Л.И. Вассермана		
Активность прошлого	21,0±4,0	<15 – негативное восприятие времени; >15 баллов – позитивное восприятие времени
Эмоциональная окраска прошлого	23,4±6,8	
Величина прошлого	20,6±6,0	
Структура прошлого	19,7±6,9	
Ощущаемость прошлого	20,0±4,7	
Восприятие прошлого (интегративный показатель)	21,1±4,3	
Активность настоящего	15,6±4,1	
Эмоциональная окраска настоящего	19,1±6,7	
Величина настоящего	20,9±5,8	
Структура настоящего	18,3±5,4	
Ощущаемость настоящего	20,8±4,8	

Восприятие настоящего (интегративный показатель)	18,9±4,4	
Активность будущего	19,8±3,3	
Эмоциональная окраска будущего	26,5±4,6	
Величина будущего	24,4±4,1	
Структура будущего	23,2±3,6	
Ощущаемость будущего	23,1±3,0	
Восприятие будущего (интегративный показатель)	23,4±2,9	
Шкала психологического благополучия К. Рифф (адаптация Т.Д. Шевеленковой и П.П. Фесенко)		
Положительные отношения с другими	59,4±8,4	
Автономия	57,1±7,1	
Управление окружением	58,8±7,7	
Личностный рост	55,4±7,1	
Цель в жизни	54,9±9,8	
Самопринятие	56,3±8,9	
Психологическое благополучие (интегративный показатель)	342,0±39,6	<314 – низкий уровень; 315-413 – средний уровень; >414 – высокий уровень

Таким образом, согласно таблице 3, мы выявили, что для пациентов пожилого возраста с установленным диагнозом «Ишемическая болезнь сердца» (I20, I21) характерны низкий уровень приверженности лечению (39%), позитивное восприятие собственного времени жизни (прошлого — 21,1 б., настоящего — 18,9 б., будущего — 23,4 б.), средний уровень психологического благополучия (342 б.).

Результаты пожилых пациентов с ИБС по методике ТОБОЛ возможно показать наглядно в виде гистограммы (см. рис. 3).

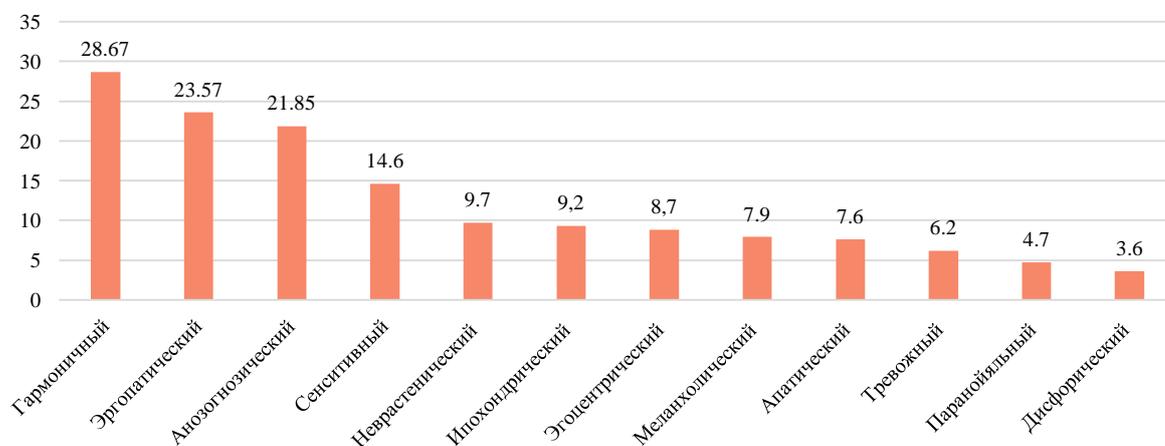


Рис. 3. Средние показатели типов отношения к болезни у пожилых пациентов с ИБС (методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ))

Согласно рисунку 3 мы выявили, что у пожилых пациентов с ИБС преобладают следующие типы личностного реагирования на ситуацию болезни: гармоничный (28,67), эргопатический (23,57), анозогнозический (21,85), сенситивный (14,6).

Так, возможно описать особенности социальной адаптации в рамках отношения к болезни пожилых пациентов с ИБС. Ведущими типами отношения к болезни выступают гармоничный, эргопатический, анозогнозический, которые относятся к блоку без нарушений социальной адаптации. Нарушения социальной адаптации с интрапсихической направленностью у пациентов выражено меньше (тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический). Немного слабее выражены нарушения социальной адаптации с интерпсихической направленностью (сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный, дисфорический).

Итак, пожилым пациентам с ИБС характерны:

- 1) низкая приверженность лечению (ниже, чем у пожилых пациентов с ОНМК): пациенты не склонны к регулярному приему лекарственных препаратов, плановым визитам и выполнению лабораторных и инструментальных исследований, а также не готовы к изменению образа жизни (режима питания, физических нагрузок, ограничения нежелательных привычек);
- 2) позитивное восприятие своего психологического времени жизни: наиболее оптимистично пациенты оценивают будущее, которое представляется им активным, деятельным, объемным и непрерывным, настоящее пациенты оценивают ниже в связи с нахождением в ситуации болезни, прошлое оценивается пациентами позитивно;
- 3) оценка своего психологического благополучия как удовлетворительного: пациенты поддерживают доверительные отношения с окружающими, имеют цель в жизни, определенную

степень самостоятельности и контроля над окружающей средой, а также позитивно относятся к себе;

- 4) отсутствие психической и социальной дезадаптации в связи с заболеванием (гармоничный, эргопатический, анозогнозический типы отношения к болезни), при этом отмечается снижение критичности к своему состоянию, некоторое преуменьшение «значения» заболевания.

Таким образом, для пожилых пациентов с ОНМК и ИБС характерны низкая приверженность лечению, преобладание адаптивных типов реагирования на болезнь, оценка своего психологического благополучия как вполне удовлетворительного, позитивное восприятие своего прошлого, настоящего и будущего.

3.2. Сравнительная статистика психологических характеристик пожилых пациентов с ОНМК и ИБС

Для достижения поставленной цели исследования мы сравнили полученные эмпирические данные у пожилых пациентов с ОНМК и ИБС с помощью U-критерия Манна-Уитни. В Таблице 4 представлены результаты сравнительного анализа с указанием только статистически значимых различий.

Таблица 4

Статистически значимые различия средних значений психологических характеристик пациентов с ОНМК и ИБС

Психологические характеристики	1 группа Пациенты с ОНМК (N=35 человек)	2 группа Пациенты с ИБС (N=40 человек)	Уровень значимости, <i>p</i>
	M±SD	M±SD	
Тревожный тип отношения к болезни (ТОБОЛ)	13,9±10,1	6,2±9,0	0,000
Ипохондрический тип отношения к болезни (ТОБОЛ)	13,3±7,3	9,2±5,7	0,023
Сенситивный тип отношения к болезни (ТОБОЛ)	20,8±9,2	14,6±8,1	0,003

Эгоцентрический тип отношения к болезни (ТОБОЛ)	11,8±4,9	8,7±6,4	0,008
Паранойяльный тип отношения к болезни (ТОБОЛ)	8,2±5,6	4,7±4,9	0,005
Дисфорический тип отношения к болезни (ТОБОЛ)	8,1±8,5	3,6±5,0	0,010
Активность прошлого (СДВ)	18,5±5,2	21,0±4,0	0,015
Структурированность настоящего (СДВ)	15,8±5,2	18,3±5,4	0,038
Восприятие настоящего интегративный показатель (СДВ)	17,1±4,3	18,9±4,4	0,036
Активность будущего (СДВ)	15,7±6,8	19,8±3,3	0,009
Эмоциональность будущего (СДВ)	19,3±5,4	26,5±4,6	0,000
Величина будущего (СДВ)	19,1±6,6	24,4±4,1	0,000
Структурированность будущего (СДВ)	18,3±5,1	23,2±3,6	0,000
Ощущаемость будущего (СДВ)	18,9±6,6	23,1±3,0	0,001
Восприятие будущего интегративный показатель (СДВ)	18,3±4,9	23,4±2,9	0,000

Согласно полученным данным, у пациентов с установленным диагнозом «Острое нарушение мозгового кровообращения» (I60-I69) были выявлены следующие значимые различия по психологическим показателям по сравнению с пациентами с установленным диагнозом «Ишемическая болезнь сердца» (I20, I21): статистически более высокие показатели сенситивного ($20,8 \pm 9,2$ / $14,6 \pm 8,1$), тревожного ($13,9 \pm 10,1$ / $6,2 \pm 9,0$), ипохондрического ($13,3 \pm 7,3$ / $9,2 \pm 5,7$), эгоцентрического ($11,8 \pm 4,9$ / $8,7 \pm 6,4$), паранойяльного ($8,2 \pm 5,6$ / $4,7 \pm 4,9$), дисфорического ($8,1 \pm 8,5$ / $3,6 \pm 5,0$) типов отношения к болезни.

Для пожилых пациентов с ОНМК характерны более выраженные показатели интра- и интерпсихической направленности личностного реагирования на болезнь, что указывает на наличие психической дезадаптации в связи с заболеванием. Это может объясняться спецификой данного заболевания: высокий риск летального исхода, неутешительный прогноз заболевания в виде возможной инвалидизации и утраты прежнего

образа жизни, высокий риск рецидива. Пациенты склонны к ранимости и уязвимости, они испытывают опасения о возложении на близких обязанностей по уходу за ними в связи с последствиями приступа и возможной инвалидизацией (сенситивный тип отношения к болезни). Также у пожилых пациентов с ОНМК чаще, чем у пациентов с ИБС встречается такой тип отношения к болезни, как тревожный, который характеризуется беспокойством и мнительностью относительно возможных осложнений и неэффективности лечения, поэтому такие пациенты склонны менять лечащего врача. Ипохондрический тип реагирования на болезнь встречается чаще у пожилых пациентов с ОНМК, чем у пожилых пациентов с ИБС. Такие пациенты, в отличие от тревожного типа, склонны ориентироваться на внутренние ощущения и проявлять недоверие объективным данным (результаты анализов, обследований).

У пациентов с установленным диагнозом «Ишемическая болезнь сердца» (I20, I21) были выявлены следующие значимые различия по сравнению с пациентами с установленным диагнозом «Острое нарушение мозгового кровообращения» (I60-I69): статистически более высокие показатели факторов эмоциональности будущего ($26,5 \pm 4,6$ / $19,3 \pm 5,4$), величины будущего ($24,4 \pm 4,1$ / $19,1 \pm 6,6$), интегративного показателя восприятия будущего ($23,4 \pm 2,9$ / $18,3 \pm 4,9$), факторов структурированности будущего ($23,2 \pm 3,6$ / $18,3 \pm 5,1$), осязаемости будущего ($23,1 \pm 3,0$ / $18,9 \pm 6,6$), активности прошлого ($21,0 \pm 4,0$ / $18,5 \pm 5,2$), активности будущего ($19,8 \pm 3,3$ / $15,7 \pm 6,8$), интегративного показателя восприятия настоящего ($18,9 \pm 4,4$ / $17,1 \pm 4,3$), фактора структурированности настоящего ($18,3 \pm 5,4$ / $15,8 \pm 5,2$).

Пациенты с ИБС испытывают уверенность в своем будущем, оно кажется им более достижимым, наполненным позитивными эмоциями и событиями, предсказуемым, понятным и имеющим смысл (показатели выше 20). Настоящее для пациентов с ИБС представляется более ритмичным, неделимым, понятным, непрерывистым и обратимым, что

свидетельствует о достаточно точном представлении происходящих событий. Также стоит отметить восприятие прошлого пациентами с ИБС более энергетически наполненным, активным. Это может быть связано с недооценкой угрозы для собственного здоровья и жизни и отрицанием серьезности болезни и ее симптомов.

По параметрам психологического благополучия (положительное отношение, автономия, управление средой, личностный рост, цели в жизни, самопринятие) и приверженности лечению значимых различий у пациентов обеих групп выявлено не было.

Таким образом, согласно результатам сравнительной статистики были выявлены значимые различия личностного реагирования на болезнь и субъективного восприятия времени.

Так, пожилые пациенты с ОНМК имеют статистически более высокие показатели по неадаптивным типам реагирования на ситуацию болезни, а пациенты с ИБС имеют статистически более высокие показатели позитивного восприятия времени.

3.3. Корреляционный анализ психологических характеристик пожилых пациентов с ОНМК и ИБС

Нами был проведен корреляционный анализ по критерию Спирмена между психологическими характеристиками (тип отношения к болезни, психологическое благополучие, восприятие времени, приверженность лечению) пожилых пациентов с установленными диагнозами «Острое нарушение мозгового кровообращения» (I60-I69) и «Ишемическая болезнь сердца» (I20, I21). Были выдвинуты предположения, что в результате корреляционного анализа будут выявлены различия взаимосвязей приверженности лечению и психологических характеристик пожилых пациентов с ОНМК и ИБС.

Результаты корреляционного анализа пожилых пациентов с ОНМК можно представить в виде корреляционной плеяды (см. рис. 4).



Рис. 4. Взаимосвязи психологических параметров пожилых пациентов с ОНМК (методики Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25) и Семантический дифференциал времени Л.И. Вассермана)

Как мы можем наблюдать на рисунке 4, у пожилых пациентов с ОНМК были выявлены положительные взаимосвязи приверженности лечению и структурой прошлого ($p \leq 0,05$), приверженности лечению и величиной будущего ($p \leq 0,05$). Особо сильную положительную связь мы обнаружили между приверженностью лечению и структурой будущего ($p \leq 0,001$).

Полученные результаты корреляционного анализа указывают на то, что приверженность лечению пожилых пациентов с ОНМК напрямую связана с восприятием будущего понятными и непрерывным, длительным, объемным и глубоким, а прошлого – неделимым и ритмичным. Чем стабильнее и безопаснее прошлое пациентов, тем выше показатель приверженности лечению. Это может объясняться накоплением положительного опыта в прошлом, который дает пожилым пациентам с ОНМК представление и понимание важности следования рекомендациям врача и плану лечения. Наличие представлений касательно событий и

деятельности в перспективе позволяет пациентам также точно определять необходимость планомерно и поэтапно проходить терапию в настоящем.

Результаты корреляционного анализа пожилых пациентов с ИБС можно представить в виде корреляционной плеяды (см. рис. 5).



Рис. 5. Взаимосвязи психологических параметров пожилых пациентов с ИБС (методики Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25) и Шкала психологического благополучия К. Рифф (адаптация Т.Д. Шевеленковой и П.П. Фесенко))

Как мы можем наблюдать на рисунке 5, у пожилых пациентов с ИБС были выявлены положительные взаимосвязи приверженности лечению и интегрального показателя психологического благополучия ($p \leq 0,05$), приверженности лечению и целями в жизни ($p \leq 0,05$). Особо сильную положительную связь мы обнаружили между приверженностью лечению и положительными отношениями ($p \leq 0,001$), приверженностью лечению и управлением средой ($p \leq 0,001$).

Полученные результаты корреляционного анализа указывают на то, что приверженность лечению пожилых пациентов с ИБС напрямую связана с наличием доверительных отношений с окружающими и цели в жизни, возможностью самостоятельно организовывать свою повседневную деятельность. Чем выше пациенты оценивают уровень своего психологического благополучия, тем выше степень соответствия их поведения рекомендациям, полученным от врача. Это может объясняться

тем, что пожилые пациенты с ИБС нацелены на улучшение нынешнего состояния здоровья, имеют поддержку в лице близких, способны построить доверительные отношения с врачом и могут эффективно использовать условия и обстоятельства для удовлетворения потребности в излечении.

Различий взаимосвязей приверженности лечению и типов отношения к болезни у пациентов обеих групп в настоящем исследовании выявлено не было.

Таким образом, были выявлены различия взаимосвязей приверженности лечению и психологических характеристик пожилых пациентов с установленными диагнозами «Острое нарушение мозгового кровообращения» (I60-I69) и «Ишемическая болезнь сердца» (I20, I21).

4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Анализ результатов настоящего исследования позволил нам оценить приверженность лечению, восприятие времени жизни, психологическое благополучие и типы отношения к болезни у пожилых пациентов с установленными диагнозами «Острое нарушение мозгового кровообращения» (I60-I69) и «Ишемическая болезнь сердца» (I20, I21).

Нами были выявлены значимые различия в приверженности лечению и ее связи с психологическими характеристиками пациентов пожилого возраста с ОНМК и ИБС, что позволило нам составить усредненный личностный профиль выборок пациентов в зависимости от нозологии.

Так, пожилых пациентов с **ОНМК** характеризует оценка своего психологического благополучия как вполне удовлетворительного, они имеют доверительные отношения с окружающими, самостоятельны и независимы, уверенно создают условия для удовлетворения своих потребностей, чувствуют реализацию своего потенциала, имеют цели в жизни и принимают различные стороны себя и своего опыта.

Пожилые пациенты с ОНМК позитивно оценивают свое психологическое время. При этом прошлое ощущается пациентами чуть более активным, эмоционально наполненным и непрерывным, чем настоящее и будущее. Это может быть связано с нахождением в ситуации болезни, которая представляет витальную угрозу и несет ощущение неопределенности будущего в связи с возможным неблагоприятным прогнозом, поэтому жизнь до приступа ощущается безопасной.

В данной группе пациентов преобладают адаптивные типы реагирования на болезнь (гармоничный, эргопатический и анозогнозический), а также неадаптивные типы отношения к болезни, среди которых сенситивный. Пациенты склонны к ранимости и уязвимости, они испытывают опасения о возложении на близких обязанностей по уходу за ними в связи с последствиями приступа и возможной инвалидизацией.

Пациенты обеспокоены, что вследствие неврологических нарушений они утратят базовые навыки (моторика, координация, речь), станут недееспособными и выпадут из социального взаимодействия, окружающие начнут относиться к ним как к неполноценным членам общества.

Мы также выявили, что данная группа пациентов имеет низкий уровень приверженности лечению. Такое отношение пожилого пациента к своему лечению может объясняться множеством причин, среди которых недостаточная информированность относительно заболевания, недостаточная вера в выздоровление, не налаженные отношения в терапевтическом альянсе.

Приверженность лечению пожилых пациентов с ОНМК напрямую связана с восприятием будущего понятным и непрерывным, длительным, объемным и глубоким, а прошлого – неделимым и ритмичным. Чем стабильнее и безопаснее прошлое пациентов, тем выше показатель приверженности лечению. Это может объясняться накоплением положительного опыта в прошлом, который дает пожилым пациентам с ОНМК представление и понимание важности следования рекомендациям врача и плану лечения. Наличие представлений касательно событий и деятельности в перспективе позволяет пациентам также точно определять необходимость планомерно и поэтапно проходить терапию в настоящем.

Полученные нами результаты соотносятся с данными, опубликованными в исследовании А.Г. Продровиковой (2021).

В свою очередь, пожилых пациентов с ИБС также характеризует оценка своего психологического благополучия как удовлетворительного, они имеют доверительные отношения с окружающими, самостоятельны и независимы, уверенно создают условия для удовлетворения своих потребностей, чувствуют реализацию своего потенциала, имеют цели в жизни и принимают различные стороны себя и своего опыта.

Пожилые пациенты с ИБС позитивно оценивают свое психологическое время. При этом наиболее оптимистично пациенты представляют свое будущее, ощущают прошлое активным, эмоционально наполненным и непрерывным. Это может объясняться тем, что ситуация болезни снижает качество жизни в настоящем, при этом прошлое пациентами воспринимается безопасным и деятельным. Вероятно, пожилые пациенты с ИБС уверены в скором выздоровлении и возвращении к прежнему уровню жизни.

В данной группе пациентов преобладают адаптивные типы реагирования на болезнь (гармоничный, эргопатический и анозогнозический).

Стоит отметить, что данная группа пациентов показала низкую приверженность лечению. Это может быть обусловлено тем, что пациенты склонны недооценивать угрозу для собственного здоровья и жизни и отрицать серьезность болезни и ее симптомов.

Мы выявили положительные взаимосвязи приверженности лечению и интегрального показателя психологического благополучия, приверженности лечению и целями в жизни. Особо сильную положительную связь мы обнаружили между приверженностью лечению и положительными отношениями, приверженностью лечению и управлением средой.

Приверженность лечению пожилых пациентов с ИБС напрямую связана с наличием доверительных отношений с окружающими и цели в жизни, возможностью самостоятельно организовывать свою повседневную деятельность. Чем выше пациенты оценивают уровень своего психологического благополучия, тем выше степень соответствия их поведения рекомендациям, полученным от врача. Это может объясняться тем, что пожилые пациенты с ИБС нацелены на улучшение нынешнего состояния здоровья, имеют поддержку в лице близких, способны построить

доверительные отношения с врачом и могут эффективно использовать условия и обстоятельства для удовлетворения потребности в излечении.

Полученные нами результаты соотносятся с данными, опубликованными в исследовании Е.В. Строковой (2012).

При сравнении приверженности лечению и параметров психологического благополучия (положительное отношение, автономия, управление средой, личностный рост, цели в жизни, самопринятие) обеих групп значимых различий выявлено не было, как и различий взаимосвязей приверженности лечению и типов отношения к болезни.

В рамках проведенного исследования нам удалось выявить специфику функционирования ценностно-смысловой сферы пожилых пациентов в связи с имеющейся нозологией, эти данные могут помочь в повышении эффективности создаваемых реабилитационных программ.

ВЫВОДЫ

1. Для пожилых пациентов с ОНМК характерны низкая приверженность лечению, настороженность относительно настоящего, позитивное восприятие своего прошлого и будущего, оценка психологического благополучия как вполне удовлетворительного, также имеет место наличие как адаптивных (гармоничный, эргопатический), так и дезадаптивных типов отношения к болезни (сенситивный).
2. Пожилые пациенты с ИБС не склонны придерживаться плана лечения, характеризуются отношением к болезни, не нарушающим психическую и социальную адаптацию (гармоничный, эргопатический и анозогностический типы отношения к болезни), наиболее оптимистично оценивают свое будущее, позитивно — прошлое, настоящее ощущается напряженно, оценивают уровень психологического благополучия как средний.
3. Пожилые пациенты с ОНМК имеют статистически более высокие показатели по неадаптивным типам реагирования на ситуацию болезни, а пациенты с ИБС имеют статистически более высокие показатели субъективного восприятия времени своей жизни.
4. Приверженность лечению пожилых пациентов с ОНМК связана с субъективным восприятием своего прошлого и будущего времени жизни. В свою очередь, приверженность лечению пожилых пациентов с ИБС имеет прямую взаимосвязь с показателями психологического благополучия.

Таким образом, гипотеза, выдвинутая в начале нашего исследования, была подтверждена.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Нами были изучены приверженность лечению и психологические особенности пожилых пациентов с установленными диагнозами «Острое нарушение мозгового кровообращения» (I60-I69) и «Ишемическая болезнь сердца» (I21, I22) с помощью методик: «Тип отношения к болезни (ТОБОЛ)», «Шкала психологического благополучия К. Рифф (адаптация Т.Д. Шевеленковой и П.П. Фесенко)», «Семантический дифференциал времени Л.И. Вассермана», «Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25)». Полученный материал был подвергнут интерпретации при помощи статической программы SPSS.

Для достижения поставленной цели были описаны и проанализированы данные, полученные в результате проведенного исследования, были сравнены полученные эмпирические данные у пожилых пациентов с ОНМК и ИБС с помощью U-критерия Манна-Уитни, в результате корреляционного анализа были выявлены различия взаимосвязей приверженности лечению и психологических характеристик пожилых пациентов с ОНМК и ИБС по критерию Спирмена.

Научная новизна данного исследования заключается в расширении понимания специфики психологического статуса и факторов риска пациентов пожилого возраста с ОНМК и ИБС, что в дальнейшем может помочь в улучшении реабилитационного прогноза и снижении риска рецидива посредством повышения приверженности лечению в зависимости от имеющейся нозологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бунова С.С. Приверженность лекарственной терапии, модификации образа жизни и медицинскому сопровождению больных сердечно-сосудистыми заболеваниями / С.С. Бунова, Н.И. Жернакова, Ю.П. Скирденко, Н.А. Николаев // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2020. Т. 19. № 6. С. 26-65.
2. Вассерман, Л.И. Семантический дифференциал времени как метод психологической диагностики при депрессивных расстройствах / Л.И. Вассерман, О.Н. Кузнецов, В.А. Ташлыков и др. // Пособие для психологов и врачей. СПб.: СПбНИПНИ им. Бехтерева. 2005. 27 с.
3. Вахнина Н.В. Постинсультные когнитивные нарушения / Н.В. Вахнина, Л.Ю. Никитина, В.А. Парфенов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Приложение «Инсульт». 2019. № 22. С.16-21.
4. Демченко Т.В., Исаева Е.Р. Геронтологические аспекты соматических заболеваний: современные исследования // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2020. Т. 8. № 4. С. 379-388.
5. Захарьян Е.А., Ибрагимова Р.Э. Корреляция между формированием копинг-стратегией и отношением к здоровью у пациентов с сердечно-сосудистой патологией // Смоленский медицинский альманах. Науки о здоровье. 2021. № 4. С. 284.
6. Качкова О.Е., Хальфин Р.А., Мадьянова В.В. [и др.] Разработка организационной модели пациентоориентированной медицины в Российской Федерации. М.: РУСАЙНС. 2019. 208 с.
7. Колосова В.В. Исследования стереотипов возраста в новой социально-психологической реальности (взгляды

- отечественных ученых) // Мир науки. Педагогика и психология, 2019. № 5. Т. 7. 13 с.
8. Курушина О.В., Барулин А.Е., Друшлякова А.А. Изменения психоэмоционального статуса и сердечно-сосудистые заболевания: что первично? РМЖ. 2018. 11(1). С. 32-34.
 9. Николаев Н.А. Доказательная гипертензиология: пациентоориентированная антигипертензивная терапия (научная монография). // Москва. 2015. С. 178.
 10. Николаев Н.А. Количественная оценка приверженности к лечению в клинической медицине: протокол, процедура, интерпретация. / Николаев Н.А., Скирденко Ю.П., Жеребилов В.В. // Качественная клиническая практика 2016. №1. С. 50-59.
 11. Николаев Н.А. Руководство по клиническим исследованиям внутренних болезней (научная монография). // Москва: Изд. дом Акад. Естествознания. 2015. С. 73.
 12. Овчинников А.А., Султанова А.Н., Максименко П.А. [и др.] Приверженность лечению и мотивация к выздоровлению пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения // Неврологический вестник. 2019. Т. LI. № 1. С. 14-19.
 13. Погосова Н.В., Лысенко М.А., Самсонова И.В. [и др.] Медицинская информированность о факторах риска развития сердечно-сосудистых заболеваний пациентов различного терапевтического профиля, находящихся на стационарном лечении. Кардиология. 2017. 57(12). С. 34-42.
 14. Погосова Н.В., Юферева Ю.М., Аушева А.К., [и др.] Медицинская информированность о факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний пациентов различного терапевтического профиля, находящихся на стационарном лечении (часть 2). Кардиология. 2019. 59(9S). С. 31-41.

15. Продовикова А.Г., Окулова О.А. Связь внутренней картины болезни, временной перспективы и комплаентности у лиц, перенесших инсульт // Социальные и гуманитарные науки: теория и практика. Психологические науки. 2021. С. 317-336.
16. Стрижицкая О.Ю. Психологический возраст как ресурс в период поздней взрослости и старения // Профилактическая и клиническая медицина. 2013. № 3 (48). С. 91-97.
17. Стрижицкая О.Ю. Психология позитивного старения: условия, факторы и социальные эффекты геротрансцендентности: Автореф. дис. докт. психол. наук. СПб. 2018. 50 с.
18. Стрижицкая О. Ю. Истоки Ленинградской (Санкт-Петербургской) школы психологии старения в работах Б. Г. Ананьева и М. Д. Александровой // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. 2022. Т. 12. Вып. 1. С. 46-54.
19. Строкова Е.В., Наумова Е.А., Шварц Е.Г. Влияние внутренней картины болезни, копинг-стратегий и самоотношения пациентов, перенесших инфаркт миокарда, на регулярность и приверженность к длительной терапии ишемической болезни сердца // Современные исследования социальных проблем. 2012. 1(09). 1169-90.
20. Ткачева О.Н., Котовская Ю.В., Дупляков Д.В. Проблемы оказания кардиологической помощи пациентам старческого возраста: статус и перспективы. Часть 1. Ишемическая болезнь сердца. Кардиология. 2017. 3(14). С. 15-21.
21. Ткачева О.Н., Беленков Ю.Н., Карпов Ю.А. [и др.]. Проблемы гериатрии в кардиологической практике. Кардиология. 2019. 59(12). С. 54-63.

22. Тхостов А.Ш., Арина Г.А. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни / Психологическая диагностика отношения к болезни. Л., 1990. С. 32-38.
23. Хвостунова О.Б. Проблема успешного старения лиц пожилого возраста в зарубежной и отечественной психологии // Инновационная наука. 2020. № 1. С. 122–124.
24. Холкина А.А., Исаков В.А., Тимофеев Е.В. Приверженность лечению кардиологических больных: подходы к оценке, пути повышения и прогностическое значение // *Juvenis scientia*. 2023. Том 9. № 4. С. 18-34.
25. Шевеленкова Т.Д., Фесенко П.П. Психологическое благополучие личности (обзор основных концепций и методик исследования) // Психологическая диагностика. 2005. №3. С. 95-129.
26. Bland J.S. Treatment Adherence, Compliance, and the Success of Integrative Functional Medicine. *Integr Med (Encinitas)*. 2021. 20(3). P. 66-67.
27. Bochkareva E.V., Butina E.K., Kim I.V., et al. Adherence to antihypertensive medication in Russia: a scoping review of studies on levels, determinants and intervention strategies published between 2000 and 2017. *Arch Public Health*. 2019. 77(1). P. 43.
28. De Mauri A, Carrera D, Vidali M, et al. Compliance, Adherence and Concordance Differently Predict the Improvement of Uremic and Microbial Toxins in Chronic Kidney Disease on Low Protein Diet. *Nutrients*. 2022. 14(3). P. 487.
29. Estebansari F., Dastoorpoor M., Khalifehkandi Z R. et al. The Concept of Successful Aging: A Review Article // *Current Aging Science*. 2020. Vol. 13, No. 1. P. 4–10.

30. Havighurst R.J. Successful aging // *The Gerontologist*. Oxford. 1961. Vol. 1, No. 1. P. 8–13.
31. Havighurst R.J. Successful aging. In: Williams R.H., Tibbitts C., Donohue W., editors. *Processes of aging: Social and psychological perspectives*. 1963. Vol. 1. P. 299–320.
32. Huber D, Wikén C, Henriksson R, et al. Author Correction: Statin treatment after acute coronary syndrome: Adherence and reasons for non-adherence in a randomized controlled intervention trial. *Sci Rep*. 2021. 11(1). P. 6454.
33. Lu J., Zhang N., Mao D., et al. How social isolation and loneliness effect medication adherence among elderly with chronic diseases: an integrated theory and validated cross-sectional study // *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2020. Vol. 90. P. 104-154
34. Prados M., Fried E. C. Personality structure of the older age groups // *Journal of Clinical Psychology*. 1947. Vol. 3. No. 2. P. 113–120.
35. Ryff C.D. Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being / C. D. Ryff // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989. Vol.57. No.6. P.1069–1081.
36. Ryff C.D. Psychological Well-Being in Adult Life // *Current Directions In Psychological Science*. 1995. Vol. 4. No. 4. P. 99–104.
37. Rowe J.W., Kahn R.L. Successful aging // *Gerontologist*. 1997. Vol. 37. No. 4. P. 433–440.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25)

Инструкция: Анкета опросника заполняется последовательно – с 1го по 25-й вопрос. Для каждого вопроса респондент выбирает наиболее подходящий ответ из предложенного закрытого перечня, включающего 6 возможных вариантов. На каждый вопрос анкеты может быть выбран только один ответ.

Таблица 5

Вопросы	Варианты ответов	
1. Врач выявил у вас хроническую болезнь. Важно ли вам знать, какими признаками она проявляется?	1	Совершенно не важно
	2	Почти не важно
	3	Скорее не важно, чем важно
	4	Скорее важно, чем не важно
	5	Достаточно важно
	6	Очень важно
2. Врач назначил вам лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	1	Очень сложно
	2	Достаточно сложно
	3	Скорее сложно, чем несложно
	4	Скорее несложно, чем сложно
	5	Почти несложно
	6	Совершенно несложно
3. Врач назначил вам лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	1	Очень сложно
	2	Достаточно сложно
	3	Скорее сложно, чем несложно
	4	Скорее несложно, чем сложно
	5	Почти несложно
	6	Совершенно несложно
4. Врач назначил вам несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	1	Очень сложно
	2	Достаточно сложно
	3	Скорее сложно, чем несложно
	4	Скорее несложно, чем сложно
	5	Почти несложно
	6	Совершенно несложно
5. Врач предложил вам каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	1	Очень сложно
	2	Достаточно сложно
	3	Скорее сложно, чем несложно
	4	Скорее несложно, чем сложно
	5	Почти несложно
	6	Совершенно несложно
7. Если у вас есть сексуальная жизнь, насколько важно для вас сохранять ее на привычном уровне?	1	Совершенно не важно/ее нет
	2	Почти не важно
	3	Скорее не важно, чем важно
	4	Скорее важно, чем не важно
	5	Достаточно важно
	6	Очень важно
	1	Очень сложно

8. Хроническая болезнь вынуждает изменить привычный образ жизни. Насколько сложно для вас такое изменение?	2	Достаточно сложно	
	3	Скорее сложно, чем несложно	
	4	Скорее несложно, чем сложно	
	5	Почти несложно	
	6	Совершенно несложно	
9. Хроническая болезнь вынуждает изменить привычную диету. Насколько сложно для вас такое изменение?	1	Очень сложно	
	2	Достаточно сложно	
	3	Скорее сложно, чем несложно	
	4	Скорее несложно, чем сложно	
	5	Почти несложно	
10. Хроническая болезнь может привести к инвалидности. Насколько важно для вас получить или подтвердить группу инвалидности?	1	Совершенно не важно	
	2	Почти не важно	
	3	Скорее не важно, чем важно	
	4	Скорее важно, чем не важно	
	5	Достаточно важно	
11. Хроническая болезнь может изменить работу внутренних органов и анализы. Насколько важно для вас знать результаты анализов?	1	Совершенно не важно	
	2	Почти не важно	
	3	Скорее не важно, чем важно	
	4	Скорее важно, чем не важно	
	5	Достаточно важно	
12. Все люди верят или не верят в Бога. Насколько важно для вас верить в Бога?	1	Совершенно не важно	
	2	Почти не важно	
	3	Скорее не важно, чем важно	
	4	Скорее важно, чем не важно	
	5	Достаточно важно	
13. Хроническая болезнь приводит к необходимости регулярно посещать врача. Насколько сложно для вас такое врачебное наблюдение?	1	Очень сложно	
	2	Достаточно сложно	
	3	Скорее сложно, чем несложно	
	4	Скорее несложно, чем сложно	
	5	Почти несложно	
14. Прием лекарств может вызывать неприятные ощущения. Насколько сложно для вас будет переносить такие ощущения?	1	Очень сложно	
	2	Достаточно сложно	
	3	Скорее сложно, чем несложно	
	4	Скорее несложно, чем сложно	
	5	Почти несложно	
15. Хроническая болезнь может ограничить привычную жизнь, активный отдых и развлечения. Насколько сложно для вас пойти на такие ограничения?	1	Очень сложно	
	2	Достаточно сложно	
	3	Скорее сложно, чем несложно	
	4	Скорее несложно, чем сложно	
	5	Почти несложно	
	6	Совершенно несложно	
	1	Ни за что не буду	

16. Врач назначил лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	2	Вероятнее всего не буду	
	3	Скорее не буду, чем буду	
	4	Скорее буду, чем не буду	
	5	Вероятнее всего буду	
	6	Обязательно буду	
17. Врач назначил лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	1	Ни за что не буду	
	2	Вероятнее всего не буду	
	3	Скорее не буду, чем буду	
	4	Скорее буду, чем не буду	
	5	Вероятнее всего буду	
18. Врач назначил несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	1	Ни за что не буду	
	2	Вероятнее всего не буду	
	3	Скорее не буду, чем буду	
	4	Скорее буду, чем не буду	
	5	Вероятнее всего буду	
19. Врач предложил каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	1	Ни за что не буду	
	2	Вероятнее всего не буду	
	3	Скорее не буду, чем буду	
	4	Скорее буду, чем не буду	
	5	Вероятнее всего буду	
20. Врач сообщил, что назначенные лекарства могут вызывать неприятные ощущения, в том числе и те, что вы у себя уже наблюдаете. Будете ли вы принимать такие лекарства?	1	Ни за что не буду	
	2	Вероятнее всего не буду	
	3	Скорее не буду, чем буду	
	4	Скорее буду, чем не буду	
	5	Вероятнее всего буду	
21. Врач сообщил, что назначенные лекарства могут ухудшать сексуальную жизнь. Будете ли вы после этого принимать такие лекарства?	1	Ни за что не буду	
	2	Вероятнее всего не буду	
	3	Скорее не буду, чем буду	
	4	Скорее буду, чем не буду	
	5	Вероятнее всего буду	
22. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно изменить привычный образ жизни. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	1	Ни за что не буду	
	2	Вероятнее всего не буду	
	3	Скорее не буду, чем буду	
	4	Скорее буду, чем не буду	
	5	Вероятнее всего буду	
23. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно изменить привычную диету. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	1	Ни за что не буду	
	2	Вероятнее всего не буду	
	3	Скорее не буду, чем буду	
	4	Скорее буду, чем не буду	
	5	Вероятнее всего буду	
	6	Обязательно буду	
	1	Ни за что не буду	

24. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно регулярно приходить на прием. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	2	Вероятнее всего не буду	
	3	Скорее не буду, чем буду	
	4	Скорее буду, чем не буду	
	5	Вероятнее всего буду	
	6	Обязательно буду	
25. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно регулярно сдавать анализы. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	1	Ни за что не буду	
	2	Вероятнее всего не буду	
	3	Скорее не буду, чем буду	
	4	Скорее буду, чем не буду	
	5	Вероятнее всего буду	
	6	Обязательно буду	

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Тип отношения к болезни (ТОБОЛ)

Инструкция: Ниже приведён ряд утверждений, касающихся Вашего заболевания, самочувствия, а также некоторых аспектов жизни в целом. Пожалуйста, отметьте утверждения, которые Вы считаете верными в отношении себя. В каждом разделе, отмеченном римской цифрой, Вы можете сделать не более двух выборов.

Таблица 6

1. Самочувствие	
С тех пор как я заболел, у меня почти всегда плохое самочувствие	1
Я почти всегда чувствую себя бодрым и полным сил	2
Дурное самочувствие я стараюсь перебороть	3
Плохое самочувствие я стараюсь не показывать другим	4
У меня почти всегда что-нибудь болит	5
Плохое самочувствие у меня возникает после огорчений	6
Плохое самочувствие появляется у меня от ожидания неприятностей	7
Я стараюсь терпеливо переносить боль и физические страдания	8
Мое самочувствие вполне удовлетворительно	9
С тех пор как я заболел, у меня бывает плохое самочувствие с приступами раздражительности и чувством тоски	10
Мое самочувствие очень зависит от того, как ко мне относятся окружающие	11
Ни одно из определений мне не подходит	12
2. Настроение	
Как правило, настроение у меня очень хорошее	1
Из-за болезни я часто бываю нетерпеливым и раздражительным	2
У меня настроение портится от ожидания возможных неприятностей, беспокойства за близких, неуверенности в будущем	3
Я не позволяю себе из-за болезни предаваться унынию и грусти	4
Из-за болезни у меня почти всегда плохое настроение	5
Мое плохое настроение зависит от плохого самочувствия	6
У меня стало совершенно безразличное настроение	7
У меня бывают приступы мрачной раздражительности, во время которых достается окружающим	8
У меня не бывает уныния и грусти, но может быть ожесточенность и гнев	9
Малейшие неприятности сильно огорчают меня	10
Из-за болезни у меня все время тревожное настроение	11
Ни одно из определений мне не подходит	12
3. Сон и пробуждение ото сна	
Проснувшись, я сразу заставляю себя встать	1
Утро для меня – самое тяжелое время суток	2
Если меня что-то расстроит, я долго не могу уснуть	3
Я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днем	4
Я сплю мало, но встаю бодрым. Сны вижу редко	5
С утра я более активен и мне легче работать, чем вечером	6
У меня плохой и беспокойный сон и часто бывают мучительно-тоскливые сновидения	7
Утром я встаю бодрым и энергичным	8
Я просыпаюсь с мыслью о том, что сегодня надо будет сделать	9
По ночам у меня бывают приступы страха	10
С утра я чувствую полное безразличие ко всему	11
По ночам меня особенно преследуют мысли о моей болезни	12
Во сне мне видятся всякие болезни	13

Ни одно из определений мне не подходит	14
4. Аппетит и отношение к еде	
Нередко я стесняюсь есть при посторонних людях	1
У меня хороший аппетит	2
У меня плохой аппетит	3
Я люблю сытно поесть	4
Я ем с удовольствием и не люблю ограничивать себя в еде	5
Мне легко можно испортить аппетит	6
Я боюсь испорченной пищи и всегда тщательно проверяю ее доброкачественность	7
Еда меня интересует, прежде всего, как средство поддержать здоровье	8
Я стараюсь придерживаться диеты, которую сам разработал	9
Еда не доставляет мне никакого удовольствия	10
Ни одно из определений мне не подходит	11
5. Отношение к болезни	
Моя болезнь меня пугает	1
Я так устал от болезни, что мне безразлично, что со мной будет	2
Стараюсь не думать о своей болезни и жить беззаботной жизнью	3
Моя болезнь больше всего угнетает меня тем, что люди стали сторониться меня	4
Без конца думаю о всех возможных осложнениях, связанных с болезнью	5
Я думаю, что моя болезнь неизлечима и ничего хорошего меня не ждет	6
Считаю, что моя болезнь запущена из-за невнимания и неумения врачей	7
Считаю, что опасность моей болезни врачи преувеличивают	8
Стараюсь перебороть болезнь, работать как прежде и даже еще больше	9
Я чувствую, что моя болезнь гораздо тяжелее, чем это могут определить врачи	10
Я здоров, и болезни меня не беспокоят	11
Моя болезнь протекает совершенно необычно – не так, как у других, и поэтому требует особого внимания	12
Моя болезнь меня раздражает, делает нетерпеливым, вспыльчивым	13
Я знаю по чьей вине я заболел и не прощу этого никогда	14
Я всеми силами стараюсь не поддаваться болезни	15
Ни одно из определений мне не подходит	16
6. Отношение к лечению	
Избегаю всякого лечения – надеюсь, что организм сам переборет болезнь, если о ней поменьше думать	1
Меня пугают трудности и опасности, связанные с предстоящим лечением	2
Я был бы готов на самое мучительное и даже опасное лечение только бы избавиться от болезни	3
Я не верю в успех лечения и считаю его напрасным	4
Я ищу новые способы лечения, но, к сожалению, во всех них постоянно разочаровываюсь	5
Считаю, что мне назначают много ненужных лекарств и процедур, уговаривают меня на никчемную операцию	6
Всякие новые лекарства, процедуры и операции вызывают у меня бесконечные мысли об осложнениях и опасностях, с ними связанных	7
Лекарства и процедуры нередко оказывают на меня такое необычное действие, что это изумляет врачей	8
Считаю, что среди применяющихся способов лечения есть настолько вредные, что их следовало бы запретить	9
Считаю, что меня лечат неправильно	10
Я ни в каком лечении не нуждаюсь	11
Мне надоело бесконечное лечение, хочу, чтобы меня только оставили в покое	12
Я избегаю говорить о лечении с другими людьми	13
Меня раздражает и озлобляет, когда лечение не дает улучшения	14

Ни одно из определений мне не подходит	15
7. Отношение к врачам и медперсоналу	
Главным во всяком медицинском работнике я считаю внимание к больному	1
Я хотел бы лечиться у такого врача, у которого большая известность	2
Считаю, что я заболел, прежде всего, по вине врачей	3
Мне кажется, что врачи мало что понимают в моей болезни и только делают вид, что лечат	4
Мне все равно, кто и как меня лечит	5
Я часто беспокоюсь о том, что не сказал врачу что-либо важное, что может повлиять на успех лечения	6
Врачи и медперсонал нередко вызывают у меня неприязнь	7
Я обращаюсь то к одному, то к другому врачу, так как не уверен в успехе лечения	8
С большим уважением я отношусь к медицинской профессии	9
Я не раз убеждался, что врачи и персонал невнимательны и недобросовестно исполняют свои обязанности	10
Я бываю нетерпеливым и раздражительным с врачами и медперсоналом и потом сожалею об этом	11
Я здоров и в помощи врачей не нуждаюсь	12
Считаю, что врачи и медперсонал попусту тратят на меня время	13
Ни одно из определений мне не подходит	14
8. Отношение к родным и близким	
Я настолько поглощен мыслями о моей болезни, что дела близких перестали волновать меня	1
Я стараюсь родным и близким не показывать виду, что я болен, чтобы не омрачать им настроения	2
Близкие напрасно хотят сделать из меня тяжело больного	3
Меня одолевают мысли, что из-за моей болезни моих близких ждут трудности и невзгоды	4
Мои родные не хотят понять тяжесть моей болезни и не сочувствуют моим страданиям	5
Близкие не считаются с моей болезнью и хотят жить в свое удовольствие	6
Я стесняюсь своей болезни даже перед близкими	7
Из-за болезни я утратил всякий интерес к делам и волнениям близких и родных	8
Из-за болезни я стал в тягость близким	9
Здоровый вид и беззаботная жизнь близких вызывает у меня неприязнь	10
Я считаю, что заболел из-за моих родных	11
Я стараюсь поменьше доставлять тягот и забот моим близким из-за моей болезни	12
Ни одно из определений мне не подходит	13
9. Отношение к работе (учебе)	
Болезнь делает меня никуда не годным работником (неспособным учиться)	1
Я боюсь, что из-за болезни я лишусь хорошей работы (придется уйти из хорошего учебного заведения)	2
Моя работа (учеба) стала для меня совершенно безразличной	3
Из-за болезни мне теперь стало не до работы (не до учебы)	4
Все время беспокоюсь, что из-за болезни могу допустить оплошность на работе (не справиться с учебой)	5
Считаю, что заболел из-за того, что работа (учеба) причинила вред моему здоровью	6
На работе (по месту учебы) совершенно не считаются с моей болезнью и даже придираются ко мне	7
Не считаю, что болезнь может помешать моей работе (учебе)	8
Я стараюсь, чтобы на работе (по месту учебы) поменьше знали и говорили о моей болезни	9
Я считаю, что несмотря на болезнь, надо продолжать работу (учебу)	10
Болезнь сделала меня неусидчивым и нетерпеливым на работе (в учебе)	11

На работе (за учебой) я стараюсь забыть о своей болезни	12
Все удивляются и восхищаются тем, как я успешно работаю (учусь), несмотря на болезнь	13
Мое здоровье не мешает мне работать (учиться) там, где я хочу	14
Ни одно из определений мне не подходит	15
10. Отношение к окружающим	
Мне теперь все равно, кто меня окружает, и кто около меня	1
Мне хочется, чтобы окружающие только оставили меня в покое	2
Здоровый вид и жизнерадостность окружающих вызывают у меня раздражение	3
Я стараюсь, чтобы окружающие не замечали моей болезни	4
Мое здоровье не мешает мне общаться с окружающими, сколько мне хочется	5
Мне бы хотелось, чтобы окружающие на себе испытали, как тяжело болеть	6
Мне кажется, что окружающие сторонятся меня из-за моей болезни	7
Окружающие не понимают моей болезни и моих страданий	8
Моя болезнь и то, как я ее переношу, удивляет и поражает окружающих	9
С окружающими я стараюсь не говорить о моей болезни	10
Мое окружение довело меня до болезни, и я этого не прощу	11
Общение с людьми теперь стало мне быстро надоедать и даже раздражать меня	12
Моя болезнь не мешает мне иметь друзей	13
Ни одно из определений мне не подходит	14
11. Отношение к одиночеству	
Предпочитаю одиночество, потому что одному мне становится лучше	1
Я чувствую, что болезнь обрекает меня на полное одиночество	2
В одиночестве я стремлюсь найти какую-нибудь интересную или нужную работу	3
В одиночестве меня начинают особенно преследовать нерадостные мысли о болезни, осложнениях, предстоящих страданиях	4
Часто, оставшись наедине, я скорее успокаиваюсь: люди стали меня сильно раздражать	5
Стесняюсь болезни, я стараюсь отдалиться от людей, а в одиночестве скучаю по людям	6
Избегаю одиночества, чтобы не думать о своей болезни	7
Мне стало все равно, что быть среди людей, что оставаться в одиночестве	8
Желание побыть одному зависит у меня от обстоятельств и настроения	9
Я боюсь оставаться в одиночестве из-за опасений, связанных с болезнью	10
Ни одно из определений мне не подходит	11
12. Отношение к будущему	
Болезнь делает мое будущее печальным и унылым	1
Мое здоровье пока не дает никаких оснований беспокоиться за будущее	2
Я всегда надеюсь на счастливое будущее, даже в самых отчаянных положениях	3
Аккуратным лечением и соблюдением режима я надеюсь добиться улучшения здоровья в будущем	4
Не считаю, что болезнь может существенно отразиться на моем будущем	5
Свое будущее я целиком связываю с успехом в моей работе (учебе)	6
Мне стало безразлично, что станет со мной в будущем	7
Из-за моей болезни я в постоянной тревоге за свое будущее	8
Я уверен, что в будущем вскроются ошибки и халатность тех, из-за кого я заболел	9
Когда я думаю о своем будущем, меня охватывает тоска и раздражение на других людей	10
Из-за болезни я очень тревожусь за свое будущее	11
Ни одно из определений мне не подходит	12

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Шкала психологического благополучия К. Рифф (адаптация Т.Д. Шевеленковой и П.П. Фесенко)

Инструкция: Предлагаемые Вам утверждения касаются того, как Вы относитесь к себе и своей жизни. Мы предлагаем Вам согласиться или не согласиться с каждым из предложенных утверждений. Обведите цифру, которая лучше всего отражает степень Вашего согласия или несогласия с каждым утверждением, где 1 – абсолютно не согласен, 2 – не согласен, 3 – скорее не согласен, 4 – скорее согласен, 5 – согласен, 6 – абсолютно согласен. Помните, что правильных или не правильных ответов не существует.

Таблица 7

Утверждение	1	2	3	4	5	6
1. Большинство моих знакомых считают меня любящим и преданным человеком.						
2. Иногда я меняю свое поведение или образ мышления, чтобы не выделяться.						
3. Как правило, я считаю себя в ответе за то, как я живу.						
4. Меня не интересуют занятия, которые принесут результат в отдаленном будущем.						
5. Мне приятно думать о том, что я совершил в прошлом и надеюсь совершить в будущем.						
6. Когда я оглядываюсь назад, мне нравится, как сложилась моя жизнь.						
7. Поддержание близких отношений было связано для меня с трудностями и разочарованиями.						
8. Я не боюсь высказывать свое мнение, даже если оно противоречит мнению большинства.						
9. Требования повседневной жизни часто угнетают меня.						
10. В принципе, я считаю, что со временем узнаю о себе все больше и больше.						

11. Я живу сегодняшним днем и не особо задумываюсь о будущем.						
12. В целом я уверен в себе.						
13. Мне часто бывает одиноко из-за того, что у меня мало друзей, с кем я могу поделиться своими проблемами.						
14. На мои решения обычно не влияет то, что делают другие.						
15. Я не очень вписываюсь в сообщество окружающих меня людей.						
16. Я отношусь к тем людям, которым нравится пробовать все новое.						
17. Я стараюсь сосредоточиться на настоящем, потому что будущее почти всегда приносит какие-то проблемы.						
18. Мне кажется, что многие из моих знакомых преуспели в жизни больше, чем я.						
19. Я люблю душевные беседы с родными или друзьями.						
20. Меня беспокоит то, что думают обо мне другие.						
21. Я вполне справляюсь со своими повседневными заботами.						
22. Я не хочу пробовать новые виды деятельности — моя жизнь и так меня устраивает.						
23. Моя жизнь имеет смысл.						
24. Если бы у меня была такая возможность, я бы многое в себе изменил.						
25. Мне кажется важным быть хорошим слушателем, когда близкие друзья делятся со мной своими проблемами.						
26. Для меня важнее быть в согласии с самим собой, чем						

получать одобрение окружающих.						
27. Я часто чувствую, что мои обязанности угнетают меня.						
28. Мне кажется, что новый опыт, способный изменить мои представления о себе и об окружающем мире, очень важен.						
29. Мои повседневные дела часто кажутся мне банальными и незначительными.						
30. В целом я себе нравлюсь.						
31. У меня не так много знакомых, готовых выслушать меня, когда мне нужно выговориться.						
32. На меня оказывают влияние сильные люди.						
33. Если бы я был несчастен в жизни, я предпринял бы эффективные меры, чтобы изменить ситуацию.						
34. Если задуматься, то с годами я не стал намного лучше.						
35. Я не очень хорошо осознаю, чего хочу достичь в жизни.						
36. Я совершал ошибки, но все, что ни делается, — все к лучшему.						
37. Я считаю, что многое получаю от друзей.						
38. Людям редко удается уговорить меня сделать то, чего я сам не хочу.						
39. Я неплохо справляюсь со своими финансовыми делами.						
40. На мой взгляд, человек способен расти и развиваться в любом возрасте.						
41. Когда-то я ставил перед собой цели, но теперь это кажется мне пустой тратой времени.						

42. Во многом я разочарован своими достижениями в жизни.						
43. Мне кажется, что у большинства людей больше друзей, чем у меня.						
44. Для меня важнее приспособиться к окружающим людям, чем в одиночку отстаивать свои принципы.						
45. Я расстраиваюсь, когда не успеваю сделать все, что намечено на день.						
46. Со временем я стал лучше разбираться в жизни, и это сделало меня более сильным и компетентным.						
47. Мне доставляет удовольствие составлять планы на будущее и воплощать их в жизнь.						
48. Как правило, я горжусь тем, какой я, и какой образ жизни я веду.						
49. Окружающие считают меня отзывчивым человеком, у которого всегда найдется время для других.						
50. Я уверен в своих суждениях, даже если они идут вразрез с общепринятым мнением.						
51. Я умею рассчитывать свое время так, чтобы все делать в срок.						
52. У меня есть ощущение, что с годами я стал лучше.						
53. Я активно стараюсь осуществлять планы, которые составляю для себя.						
54. Я завидую образу жизни многих людей.						
55. У меня было мало теплых доверительных отношений с другими людьми.						

56. Мне трудно высказывать свое мнение по спорным вопросам.						
57. Я занятой человек, но я получаю удовольствие от того, что справляюсь с делами.						
58. Я не люблю оказываться в новых ситуациях, когда нужно менять привычный для меня способ поведения.						
59. Я не отношусь к людям, которые скитаются по жизни безо всякой цели.						
60. Возможно, я отношусь к себе хуже, чем большинство людей.						
61. Когда дело доходит до дружбы, я часто чувствую себя сторонним наблюдателем.						
62. Я часто меняю свою точку зрения, если друзья или родные не согласны с ней.						
63. Я не люблю строить планы на день, потому что никогда не успеваю сделать все запланированное.						
64. Для меня жизнь — это непрерывный процесс познания и развития.						
65. Мне иногда кажется, что я уже совершил в жизни все, что было можно.						
66. Я часто просыпаюсь с мыслью о том, что жил неправильно.						
67. Я знаю, что могу доверять моим друзьям, а они знают, что могут доверять мне.						
68. Я не из тех, кто поддается давлению общества в том, как себя вести и как мыслить.						
69. Мне удалось найти себе подходящее занятие и нужные мне отношения.						
70. Мне нравится наблюдать, как с годами						

мои взгляды изменились и стали более зрелыми.						
71. Цели, которые я ставил перед собой, чаще приносили мне радость, нежели разочарование.						
72. В моем прошлом были взлеты и падения, но я не хотел бы ничего менять.						
73. Мне трудно полностью раскрыться в общении с людьми.						
74. Меня беспокоит, как окружающие оценивают то, что я выбираю в жизни.						
75. Мне трудно обустроить свою жизнь так, как хотелось бы.						
76. Я уже давно не пытаюсь изменить или улучшить свою жизнь.						
77. Мне приятно думать о том, чего я достиг в жизни.						
78. Когда я сравниваю себя со своими друзьями и знакомыми, то понимаю, что я во многом лучше их.						
79. Мы с моими друзьями относимся с сочувствием к проблемам друг друга.						
80. Я сужу о себе исходя из того, что я считаю важным, а не из того, что считают важным другие.						
81. Мне удалось создать себе такое жилище и такой образ жизни, которые мне очень нравятся.						
82. Старого пса не научить новым трюкам.						
83. Я не уверен, что мне стоит чего-то ждать от жизни.						
84. Каждый имеет недостатки, но у меня их больше, чем у других.						

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Семантический дифференциал времени Л.В. Вассермана

Инструкция: Этот опросник предназначен для того, чтобы лучше понять особенности Вашего эмоционального состояния и мировосприятия. Вам будут предложены 25 пар противоположных по смыслу прилагательных. Проанализировав каждую пару, определите, какое из двух прилагательных точнее описывает Ваше настоящее/прошлое/будущее, то, как Вы его интуитивно воспринимаете. Постарайтесь выбирать то или иное прилагательное в каждой из пар, опираясь не на логику и здравый смысл, а на интуицию и воображение.

Выбрав одно из прилагательных, отметьте на 3-балльной шкале, насколько точно оно характеризует Ваше Настоящее/прошлое/будущее. Чем ближе показатель к «3», тем точнее, с Вашей точки зрения, прилагательное описывает Ваше настоящее/прошлое/будущее. Старайтесь долго не задумываться над вопросами, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

Таблица 8

Длительное	3	2	1	1	2	3	Мгновенное
Активное	3	2	1	1	2	3	Пассивное
Напряженное	3	2	1	1	2	3	Расслабленное
Радостное	3	2	1	1	2	3	Печальное
Стремительное	3	2	1	1	2	3	Застывшее
Плотное	3	2	1	1	2	3	Пустое
Яркое	3	2	1	1	2	3	Тусклое
Понятное	3	2	1	1	2	3	Непонятное
Большое	3	2	1	1	2	3	Маленькое
Неделимое	3	2	1	1	2	3	Делимое
Тревожное	3	2	1	1	2	3	Спокойное
Цветное	3	2	1	1	2	3	Серое
Объемное	3	2	1	1	2	3	Плоское
Широкое	3	2	1	1	2	3	Узкое
Далекое	3	2	1	1	2	3	Близкое
Непрерывное	3	2	1	1	2	3	Прерывное
Реальное	3	2	1	1	2	3	Кажущееся
Частное	3	2	1	1	2	3	Общее
Постоянное	3	2	1	1	2	3	Изменчивое
Глубокое	3	2	1	1	2	3	Мелкое
Ощущаемое	3	2	1	1	2	3	Неощущаемое
Светлое	3	2	1	1	2	3	Темное
Замкнутое	3	2	1	1	2	3	Открытое
Обратимое	3	2	1	1	2	3	Необратимое
Ритмичное	3	2	1	1	2	3	Неритмичное