Сибирский психологический журнал. 2017. № 63. С. 89–101

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ

УДК 159.9.015+616.05
DOI: 10.17223/17267080/63/7

А.В. Серый[1], М.С. Яницкий[1], А.В. Солодухин[1, 2], О.А. Трубникова[2]

[1] Кемеровский государственный университет (Кемерово, Россия)
[2] Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний (Кемерово, Россия)

Методологические основания разработки комплексного подхода в психологической коррекции и психотерапии пациентов кардиологического профиля до и после коронарного шунтирования

Описываются методологические основания выбора психокоррекционных и психотерапевтических методик для работы с пациентами кардиологического профиля до и после коронарного шунтирования. Исследованы и описаны особенности когнитивно-эмоциональной сферы пациентов с нарушениями по типу «лобного» синдрома. С учетом нейропсихологической симптоматики и специфики эмоционально-волевой сферы данной категории пациентов предложен комплекс методик, базирующийся на техниках и приемах когнитивно-бихевиорального подхода психотерапии и методах программированного обучения больных с «лобным» синдромом Л.С. Цветковой и восстановления планирования речевого высказывания М.К. Шохор-Троцкой. В предлагаемом комплексе выделено три блока по формированию и закреплению определенных психологических навыков: рационально-поведенческий, прогностический, когнитивно-коммуникативный.

Ключевые слова: *коронарное шунтирование; когнитивные нарушения; «лобный синдром»; целенаправленное и ориентированное решение; когнитивно-бихевиоральный подход; психологическая коррекция; психологическое сопровождение.*

Коронарное шунтирование (КШ) на сегодняшний день признается наиболее эффективным и успешным способом улучшения качества жизни (КЖ) пациентов с прогрессирующей или резистентной к медикаментозной терапии ишемической болезнью сердца (ИБС) [1, 2]. На современном этапе развития здравоохранения основной особенностью организации психологического сопровождения в условиях медицинского учреждения является ориентирование данного процесса на повышение КЖ пациентов. В медицинской практике под качеством жизни понимается категория, включающая в себя сочетание условий жизнеобеспечения и состояния здоровья, помогающее достичь полного физического, психического и социального

благополучия для дальнейшей личностной самореализации. В этой связи получил распространение термин «качество жизни, обусловленное здоровьем» (Health-related Quality of life). При оценке соответствующего показателя учитывают как жалобы пациента, вызванные заболеванием, так и жалобы, сопутствующие ему, что, в свою очередь, позволяет определить влияние болезни и методов ее лечения на психологическое, эмоциональное состояние больного, его социальный статус [3].

Являясь междисциплинарным по своей сути, понятие «качество жизни» в психологической науке понимается гораздо шире, включает целостный процесс самоосуществления человека и отождествляется с категорией «удовлетворенность жизнью», в основе которой лежит баланс всех уровней функционирования психики. Так, К. Рифф выделяет шесть параметров психологического благополучия, которое включает позитивные отношения с другими, компетентность, автономность, самопринятие, личностный рост и цели в жизни. Г.М. Головина и Т.Н. Савченко в структуре КЖ выделяют три основных показателя: качество природной среды, качество социальной среды, субъективное качество жизни [4].

Таким образом, в клиническом и психологическом подходах наблюдается определенное расхождение в понимании феномена качества жизни. Если в первом случае он определяется объективными показателями здоровья и возможностями человека, то во втором внимание акцентируется на субъективном переживании условий жизнедеятельности и отношении к жизни в целом. Вышесказанное обусловливает актуальность проблемы поиска теоретико-методологических основ для разработки программ психологического сопровождения, интегрирующих клинический и психологический подходы к пониманию феномена качества жизни пациентов кардиологического профиля. В частности, для поддержания высокого уровня КЖ может использоваться системный подход, включающий клинические, социальные и психологические факторы воздействия [5]. В то же время в литературе имеются лишь косвенные указания на положительную динамику качества жизни при реализации комплексных программ сопровождения и реабилитации [4, 5].

Несмотря на значительное количество работ по изучению психологических особенностей пациентов соматического (кардиологического) профиля, некоторые аспекты данной проблематики остаются недостаточно изученными. Так, большая часть авторов связывает снижение показателей КЖ лишь с особенностями клинического течения заболевания, такими как наличие инфаркта миокарда, нарушение сердечного ритма, сердечная недостаточность, но не затрагивают когнитивные и социально-психологические аспекты [1, 2, 6]. Фактически динамика когнитивных показателей КЖ у пациентов кардиологического профиля остается вне фокуса внимания исследователей. Однако периоперационная динамика показателей когнитивных функций может быть одним из важных критериев, оценивающих как негативное влияние операционной травмы, так и качество проводимых реабилитационных программ. Соответственно, одной из основ-

ных целей психологического сопровождения может являться повышение КЖ пациентов через использование психокоррецкционных и психотерапевтических техник, формирующих или восстанавливающих когнитивные функции пациентов.

На современном этапе нейропсихология изучает когнитивные явления как сложные системные образования, зависящие от мозговой организации высших психических функций. Актуальность проблемы диагностики и реабилитации пациентов, имеющих когнитивные нарушения, обусловлена тем, что данные расстройства психической деятельности приводят к значительным ограничениям основных процессов жизнедеятельности и дальнейшей социальной дезадаптации [7, 8]. В связи с описанными проблемами для проведения психокоррекционой и психотерапевтической работы с пациентами кардиологического профиля до и после КШ становится актуальным выявление и изучение их нейропсихологических особенностей.

Как известно, лобные области головного мозга обеспечивают регуляцию психической деятельности, мотивацию, целеполагание и построение долгосрочных планов [9]. Одним из первых исследователей, указавших на особую роль правого полушария в организации эмоционального поведения, был В.К. Хорошко, который дал описание «расстройства поведения» в виде некритичности к себе и преобладания импульсивных действий. Префронтальные отделы отвечают за контроль и программирование сложных операций психической деятельности. Нарушение кровообращения в данных участках головного мозга приводит к расстройствам сознательной регуляции деятельности и соблюдения необходимых норм и правил [10]. Помимо этого, при возникновении нарушения кровообращения в медиобазальных участках лобной коры у пациентов может появляться несдержанность, эмоциональная расторможенность с эйфорией [11]. Наиболее часто поведенческие нарушения сопровождаются снижением критики к себе и окружающей обстановке [12, 13].

Согласно данным исследования, проведенного в 2014 г. на клинической базе отделений кардиохирургии и анестезиологии и реанимации для больных с сердечно-сосудистой патологией ГКБ им. С.П. Боткина, из 64 пациентов, проходящих подготовку к КШ, значимые нарушения лобной функции были выявлены у 16% ($n = 10$). Средний балл при оценке Батареи лобных тестов составил $15,9 \pm 2,0$. Диагностирован преимущественно дизрегуляторный профиль когнитивного дефицита у рассматриваемой категории больных, связанный с лобной дисфункцией [7]. В 2015 г. на базе ФГБУ ФЦССХ (г. Красноярск) были обследованы 122 пациента (96 мужчин, 26 женщин) с диагнозом ИБС в возрасте от 37 до 70 лет. Тогда средний балл по шкале FAB составил $15,2 \pm 1,17$ ($p < 0,001$), через 6 месяцев – $15,8 \pm 0,09$ ($p < 0,001$) и $15,9 \pm 0,83$ ($p < 0,001$) через 12 месяцев после КШ по сравнению с нормальными показателями до проведения операции – $16,2 \pm 1,33$ ($p = 0,001$).

Проведенное нами исследование показало, что в качестве «мишени» психокоррекционного воздействия может рассматриваться восстановление

когнитивных функций для актуализации ресурсного потенциала пациента. Уровень сохранности когнитивных функций связан с выбором оптимальных стресс-преодолевающих стратегий и их эффективным использованием в проблемной для пациента ситуации. В связи с этим необходима организация психокоррекционной работы по восстановлению когнитивных функций у пациентов с ИБС с целью укрепления их стресс-резистентности при подготовке к КШ и восстановлению после его проведения [8].

Актуальность проведения психодиагностических и психокоррекционных мероприятий у пациентов до и после КШ определяется высокой вероятностью социальной дезадаптации и ограничением в выборе реабилитационных способов воздействия. Восстановительный период в большинстве случаев сопровождается рядом неспецифических особенностей в психической сфере пациентов, мешающих успешному возвращению к прежнему образу жизни. Среди них выделяют следующие трудности психических процессов: *аспонтанность, инактивность* и *инертность*.

Аспонтанность проявляется невозможностью самостоятельного включения пациента в деятельность или работу. Во время острого периода пациенты с аспонтанностью безучастны, не вступают в контакт с окружающими. При просьбе выполнить задание по инструкции остаются бездеятельными либо быстро теряют интерес к его выполнению. В стационарных условиях у пациентов с тревожным, ипохондрическим и сенситивным типом отношения к болезни аспонтанность проявляется в виде нежелания самостоятельного прохождения диагностических процедур, выполнения назначений, соблюдения программы реабилитации на амбулаторном этапе, несмотря на высокую опасность появления в дальнейшем серьезных осложнений.

Инактивность характеризуется увеличением общего времени, затрачиваемого на выполнение определенного вида деятельности, увеличением латентного периода реакции на стимул, замедленностью двигательных актов и организации деятельности. Пациенты не ищут общения, уклоняются от любого вида деятельности, что создает образ ленивого и безответственного человека. При беседе можно отметить проявление инактивности в виде долгого обдумывания ответов на заданные вопросы, уклонения от общения. Фразы и предложения ситуативны, может отсутствовать план высказывания. При выполнении заданий на конструктивный праксис у пациентов отмечаются трудности в планировании решения поставленной проблемы, что приводит к увеличению затраченного времени. Данное расстройство необходимо рассматривать в виде патологического нарушения, а не черты характера, что требует, на наш взгляд, психокоррекционного вмешательства.

Инертность проявляется трудностями переключения с одного процесса выполнения операции на другой. При общении на темы, касающиеся соматического состояния пациента, данные особенности могут быть заметны также в речевой симптоматике, что указывает на их модально-специфический характер. Инертность может проявляться как на элементарном уровне, так и на системном, затрагивая поведенческие акты пациента.

Перечисленные симптомы могут наблюдаться совместно с противоположными тенденциями – гиперактивностью, отвлекаемостью, импульсивностью. У пациентов это проявляется в форме деятельности, лишенной определенной направленности, и является для них способом ухода от болезни. Часто такое поведение возникает при эргопатическом типе отношения к заболеванию. Повышенная активность характеризуется отсутствием целенаправленности, уходом от болезни в работу или иную непродуктивную деятельность, не связанную с лечебным процессом, что приводит к нарушению лечебно-восстановительного режима. В таком случае психологическое сопровождение заключается в изменении иррациональных установок с целью выработки у пациента оптимального стиля поведения.

Данные особенности поведения взаимосвязаны с нарушениями когнитивной сферы, в частности с негативными изменениями внимания. В зависимости от степени недостаточности мозгового кровообращения могут страдать объем, переключаемость, устойчивость и перераспределение внимания. Также можно отметить неточность, фрагментарность восприятия таких пациентов. При этом данные когнитивные нарушения часто наблюдаются на фоне депрессии, невроза или ипохондрического расстройства у пациентов, что может затруднять проведение психологической диагностики. Нарушения в когнитивной сфере влекут за собой трудности в соблюдении назначенных процедур из-за рассеянности внимания и восприятия. Поэтому при восстановительной работе необходимо помнить об индивидуально-психологических особенностях данной категории пациентов, учитывая их при организации реабилитационной работы.

Расстройства когнитивной сферы, вызванные иррациональными установками или влиянием неврологического дефекта, приводят, помимо прочего, к нарушениям между прошлым, настоящим и будущим. Так, Т. Коттл связывает «будущее» во временной перспективе со способностью действовать в настоящем и соотносить результаты своих действий с отдаленными будущими событиями [14]. При нарушении навыка планирования будущих событий, а также наличии угрозы для жизни в настоящем или травмирующей для личности ситуации в прошлом нельзя говорить о полноценном психологическом благополучии, а значит, и о повышении КЖ в отношении здоровья.

Оперативное вмешательство является серьезной причиной возникновения ситуативной тревожности и ведет к появлению дополнительных рисков для здоровья пациента. Действие острого и хронического напряжения при ишемической болезни сердца, психический стресс могут вызвать ряд физиологических реакций, таких как повышение уровня циркулирующих в крови катехоламинов, увеличение артериального давления, учащение пульса и активация тромбоцитов. Влияние этих реакций на сердечно-сосудистую систему определяется рядом факторов, таких как наличие атеросклероза, инфаркта миокарда, гипертрофических изменений миокарда, нарушений сократительной функции левого желудочка. Гиперкатехолемия, учащенный пульс и повышение артериального давления приводят к

возрастанию потребности миокарда в кислороде, что в дальнейшем может привести к развитию стенокардии, появлению аритмий, инфаркту миокарда, внезапной смерти.

В связи с большим количеством вышеперечисленных рисков для рассматриваемой категории пациентов кардиологического профиля встает вопрос разработки соответствующей программы психологического сопровождения и выбора входящих в нее психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий. В современной консультативной практике отчетливо выделяются три подхода к решению задач психологического сопровождения: проблемно-ориентированный, направленный на анализ сущности и внешних причин проблемной ситуации и поиск путей ее разрешения; личностно-ориентированный, фокусирующий внимание на индивидуальных причинах проблемы и профилактике возникновения подобных проблем в будущем; решение-ориентированный, направленный на выявление ресурсов для решения проблемы.

В обозначенных подходах легко узнается теоретическая основа традиционных методов психотерапии – поведенческая терапия, психодинамическое и когнитивно-бихевиоральное направления, представители которых в качестве объекта консультирования выделяют соответственно либо проблемную ситуацию клиента, понимая ее как объективную, либо особенности личности, определяющие отношение человека к проблемной ситуации, либо некомпетентность (невозможность, неспособность или зачастую нежелание) человека в принятии решения для разрешения проблемы. В этой связи еще Г. Оллпорт отмечал, что все консультанты «смотрят на своих клиентов через профессиональные очки с тремя видами линз» – люди как реагирующие существа (бихевиоризм), как существа, реагирующие глубоко в подсознании (психоанализ), как существа в процессе становления (гуманистическо-экзистенциальная психология). Р. Нельсон-Джоунс добавляет к этому перечню также когнитивные и когнитивно-бихевиоральные подходы, определяющие стратегию психотерапевтической практики [15].

Среди множества конкурирующих теорий и методов психотерапевтических практик существует ряд общих принципов, приемов и базовых установок. Общим принципом является цель психологического воздействия – помощь человеку в ослаблении напряжения внутреннего конфликта и нахождение оптимального пути для дальнейшего развития. В процессе психотерапии происходит переосмысление индивидом своего личностного опыта, объективной действительности, жизненных целей, следовательно, и осознание и актуализация своих возможностей. Решение этой задачи в различных психологических подходах и направлениях выглядит по-разному, но в основе его лежат сходные процессы смысловых трансформаций. Психоаналитик, работая с явным смыслом, относящимся к образам и целям клиента, вскрывает латентный, находящийся на грани сознания смысл и соотносит его со скрытым аспектом символа, в итоге восстанавливает утраченный смысл вытесненного события, вызывающего невроз. Целью гештальт-терапии является разблокирование сознания и обретение способ-

ности сознательного регулирования контактной границы, т.е. обретение клиентом способности адекватно чувствовать и ощущать смысл, неповторимость и ценность ситуации «здесь и теперь». Психотерапевты экзистенциально-гуманистического направления нацелены непосредственно на осознание смысла жизни и деятельности индивида. Вместе с этим личностно-ориентированные психотерапевтические практики (психоанализ, экзистенциализм, гештальт-терапия и др.) направлены на работу с клиентом через проработку одного из временных локусов смысла (опыт, реальность, цели) и затрагивают актуальные для данной личности психотравмирующие события и факты посредством техник переживания. В этой связи следует отметить, что перепроживание стрессовой ситуации способно привести к повторному появлению кризисного состояния на эмоциональном уровне [16].

Для пациентов с КШ из-за высокой опасности влияния любого стрессового воздействия на состояние их здоровья требуется психотерапевтический подход, воздействующий не на глубинные переживания, а на представления и поведенческие паттерны. По нашему мнению, методологическим основанием такого подхода могут являться положения проблемно-ориентированного направления психотерапии, в частности метод рационально-эмотивной психотерапии А. Эллиса (РЭТ), приемы и техники которого, в отличие от других видов психотерапевтического воздействия, позволяют избежать возвращения пациента к психотравмирующей ситуации, что дает возможность предотвратить появление психофизиологической стрессовой реакции на данные воспоминания. В таком случае психотерапевтическое воздействие заключается в изменении иррациональных установок с целью выработки у пациента оптимального стиля поведения, а в постоперационный период позволяет планомерно выстраивать временную перспективу личности.

Основной задачей РЭТ является изменение ошибочных и иррациональных установок у человека путем использования когнитивных, поведенческих и эмоциональных техник. Рационально-эмоциональный подход Эллиса включает в себя три психологических аспекта функционирования человека: «когниции» (мысли), связанные с ними чувства и поведение. У пациентов, пребывающих в стационарных условиях, иррациональные установки заключаются в ошибочных суждениях в отношении своего заболевания и дальнейших планов в послеоперационном периоде. Основной когницией становится идея о том, что операция приведет к инвалидности и это затруднит возвращение к полноценной жизни. Внутренний настрой на отрицательное восприятие себя как человека, выпавшего из привычной социальной среды, приводит к появлению тревожно-депрессивного эмоционального состояния, что, в свою очередь, ведет к пассивному поведению в отношении собственного здоровья. Работа психолога заключается в изменении данных убеждений и неправильных реакций путем проведения бесед на тревожащие пациента темы и помощи в переосмыслении ошибочного мнения относительно них [17]. Использование данного подхода обеспечивает изменение у пациента позиции пас-

сивного участника лечебного процесса, определяя осознание себя субъектом терапевтического процесса, осмысленно и активно сотрудничающего с медицинским персоналом.

Описываемый психотерапевтический подход в работе с кардиологическим пациентами, по нашему мнению, может быть реализован посредством следующего алгоритма действий.

1. Дать возможность пациенту во время психотерапевтической беседы описать свои мысли, переживания и эмоции, которые связаны непосредственно с предстоящей операцией, особенностями восприятия себя в стационарных условиях и коммуникативными трудностями при общении с медицинским персоналом. В качестве опорного опросника, помогающего наладить первичный контакт между психологом и пациентом, можно использовать разработанную А.Е. Личко тестовую методику «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ). При первичной беседе с использованием данного опросника психолог может задать дополнительные уточняющие вопросы для выяснения причин выбора пациентом того или иного варианта ответа.

2. Изучить относящиеся к предстоящей операции и последующему лечению ожидания и страхи, узнать особенности поведения, связанного с такой тревожной ситуацией, как оперативное вмешательство. Для этого помимо беседы можно использовать опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса. На этом этапе в работу психолога можно включить техники рационально-эмоциональной психотерапии А. Эллиса для проработки наиболее приемлемых способов поведения в стационарных условиях и на дальнейшем этапе амбулаторной реабилитации.

3. Отразить относящиеся к дальнейшим жизненным планам установки и ожидания. При этом стоит затронуть когнитивные аспекты поведения в прошлом, настоящем и будущем.

4. Качественно и количественно определить и описать моторные, когнитивные и физиологические особенности поведения. Это можно сделать при помощи обсуждения мыслей, снов, фантазий пациента, а также визуальной оценки вербальных и невербальных аспектов его поведения. При наличии когнитивных нарушений приступить к психокоррекционной работе.

5. Провести качественную и количественную оценку последствий того или иного типа поведения, определить возможные риски и провести профилактическую беседу по исправлению иррационального восприятия возникшей ситуации и обучению правильным способам совладающего поведения.

Для проведения психокоррекционной работы с пациентами, имеющими когнитивные расстройства по типу «лобного синдрома», в совокупности с использованием методов РЭТ возможно применение комплексной методики, состоящей из метода программированного обучения больных с «лобным синдромом» Л.С. Цветковой и метода восстановления планирования речевого высказывания М.К. Шохор-Троцкой [18–20].

Программированное обучение больных с «лобным» синдромом Л.С. Цветковой направлено на формирование ориентировочной основы

действия, восстановление динамики и контроля собственной деятельности. Целью является преодоление дефекта поведения через решение ситуационных задач по специально разработанной развернутой схеме [18]. Методика применяется в клинической практике у пациентов, имеющих нарушенный навык планирования и прогнозирования будущих событий. В соматической практике данная методика поможет, по нашему мнению, формированию навыка краткосрочного и долгосрочного планирования. Тренировка операционального решения подобных задач в дальнейшем может быть перенесена на планирование и реализацию жизненных целей.

Метод восстановления планирования речевого высказывания М.К. Шохор-Троцкой в настоящее время используется в практике восстановительного обучения пациентов с «динамической» афазией. Основным симптомом данного расстройства является нарушение речевого плана высказывания, в результате чего снижается инициатива как в речевой, так и повседневной бытовой деятельности [19]. Использование данной методики в соматической практике с пациентами после КШ также может помочь в восстановлении навыка планирования, а также в развитии самостоятельности и речевой инициативы.

Таким образом, основные компоненты психологического сопровождения пациентов до и после КШ могут быть представлены в виде следующей схемы.

Психологическое сопровождение пациентов до и после КШ

Этап	Поведенческие нарушения	Когнитивные нарушения
Диагностика	1. Беседа, наблюдение. 2. Опросник «Тип отношения к болезни» А.Е. Личко. 3. Опросник «Стратегии совладающего поведения» Лазаруса	1. Беседа, наблюдение. 2. Шкала оценки состояния когнитивных функций (MMSE). 3. Тест «Батарея лобной дисфункции». 4. Тест рисования часов
Психотерапия и психокоррекция	1. Рационально-когнитивная психотерапия 2. Рационально-эмоциональная психотерапия А. Эллиса	1. Программированное обучение больных с «лобным» синдромом Л.С. Цветковой. 2. Метод восстановления планирования речевого высказывания М.К. Шохор-Троцкой

Предлагаемый нами комплекс приемов и методов может быть направлен на предупреждение и исправление таких психических нарушений, как речевая и поведенческая инактивность; дефект внимания, нарушенные мотив и намерение к деятельности; сниженные целенаправленность и контроль над своими действиями, фрустрационная агрессия и тревожность. Использование комплексного подхода, включающего применение техник рационально-поведенческой психотерапии и психокоррекционных методик по преодолению «лобного» синдрома, позволяет интегрировать физиологический, психологический и личностный уровни для более успешной реабилитации и повышения КЖ пациентов кардиологического профиля.

Для решения поставленных задач в структуре предложенного комплекса методик мы выделили три блока, каждый из которых направлен на формирование и закрепление определенных психологических навыков.

1-й блок – рационально-поведенческий – включает проведение индивидуальных бесед с пациентами для выяснения иррациональных установок в плане лечения и реабилитации. Использование техник рационально-эмоциональной психотерапии поможет психологу в корректировке или изменении данных установок на рациональные, соответствующие ситуации.

2-й блок – прогностический – направлен на развитие навыка прогнозирования путем применения метода программированного обучения Л.С. Цветковой, заданий из комплекса упражнений М.К. Шохор-Троцкой, а также элементов РЭТ психотерапии, касающихся помощи в формировании у пациента планов на будущее через сформированные рациональные установки.

3-й блок – когнитивно-коммуникативный – формирование мотивации к общению на заданные психологом или клиентом темы после восстановления навыка общения и изменения иррациональных установок на рациональные с целью дальнейшего формирования информационной компетентности в отношении лечения и реабилитации.

Таким образом, использование предложенного комплекса психологического сопровождения является перспективным у пациентов кардиологического профиля до и после КШ и может быть рекомендовано для положительных изменений в психологической и когнитивной сфере: снижения недостаточности внимания; повышения речевой и целенаправленной поведенческой активности; уменьшения личностной тревожности; актуализации временной перспективы. Соответственно, данный подход поможет повысить не только объективные показатели качества жизни пациентов, но и личную ответственность за процесс лечения, что в дальнейшем послужит основой психологической подготовки к операции и реабилитации в послеоперационном периоде, не оказывая серьезного негативного влияния на эмоциональное состояние пациентов.

Литература

1. Погосова Г.В. Депрессия у кардиологических больных: современное состояние проблемы и подходы к лечению // Кардиология. 2004. № 4. С. 88–92.
2. Погосова Г.В., Зайцев В.П., Айвазян Т.А. Эффективность психологической реабилитации больных, перенесших операцию аортокоронарного шунтирования II // Кардиология. 1999. № 7. С. 34–37.
3. Александер Ф. Психосоматическая медицина. М. : ЭКСМО-Пресс, 2002. 352 с.
4. Савченко Т.Н., Головина Г.М. Субъективное качество жизни: подходы, методы оценки, прикладные исследования. М. : Изд-во Ин-та психологии РАН, 2006. 170 с.
5. Гельцер Б.И., Фрисман М.В. Современные подходы к оценке качества жизни кардиологических больных // Кардиология. 2002. № 9. С. 4–9.
6. Погосова Г.В. Операция аорто-коронарного шунтирования: влияние на различные аспекты качества жизни больных // Кардиология. 1998. № 1. С. 81–88.
7. Петрова М.М., Прокопенко С.В., Еремина О.В., Можейко Е.Ю., Каскаева Д.С. Отдаленные результаты когнитивных нарушений после коронарного шунтирования // Фундаментальные исследования. 2015. № 1-4. С. 814–820.

8. Солодухин А.В., Серый А.В., Трубникова О.А., Яницкий М.С., Барбараш О.Л. Взаимосвязь когнитивного статуса и копинг-поведения пациентов с ишемической болезнью сердца перед подготовкой к коронарному шунтированию // Здоровье и образование в XXI веке. 2016. Т. 18, № 6. С. 20–24.
9. Лурия А.Р. Высшие корковые функции. 3-е изд. М. : Академический проект, 2000. 512 с.
10. Хомская Е.Д., Батова Н.Я. Мозг и эмоции. М. : Рос. педагог. агентство, 1998. 268 с.
11. Доброхотова Т.А. Эмоциональная патология при очаговом поражении головного мозга. М. : Медицина, 1974. 159 с.
12. Сидорова О.А. Нейропсихология эмоций. М. : Наука, 2001. 146 с.
13. Taylor G.J., Bagby R.M., Parker J.D.A. Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness. Cambridge : Cambrige University Press, 1972. 331 p.
14. Кроник А.А. Психологический возраст личности // Психология личности в трудах отечественных психологов. СПб. : Питер, 2000. С. 246–255.
15. Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования. СПб. : Питер, 2000. 464 с.
16. Серый А.В., Полетаева А.В. Ценностно-смысловые ориентации личности как фактор переживания последствий психической травмы // Социальная работа в Сибири : сборник научных трудов. Кемерово, 2004. С. 137–141.
17. Серый А.В. Ценностно-смысловая парадигма как основа построения обобщенной теории психологического консультирования // Вестник КРАУНЦ. Гуманитарные науки. 2011. № 2. С. 132–142.
18. Цветкова Л.С. Нейропсихологическая реабилитация больных. Речь и интеллектуальная деятельность. 2-е изд. М. : Модэк, 2004. 424 с.
19. Шохор-Троцкая М.К. Коррекция сложных речевых расстройств : сборник упражнений. 2-е изд., перераб. М. : ТЦ Сфера, 2006. 272 с.
20. Солодухин А.В., Трубникова О.А., Малева О.В., Серый А.В., Яницкий М.С., Барбараш О.Л. Особенности субъективного отношения к болезни и копинг-поведения у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа, планируемых на коронарное шунтирование // Сибирский психологический журнал. 2016. № 62. С. 127–138. DOI: 10.17223/17267080/62/10.

Поступила в редакцию 20.10.2016 г.; повторно 08.02.2017 г.; принята 08.02.2017 г.

Сведения об авторах:
СЕРЫЙ Андрей Викторович, доктор психологических наук, профессор кафедры социальной психологии и психосоциальных технологий Кемеровского государственного университета (Кемерово, Россия). E-mail: avgrey@yahoo.com
ЯНИЦКИЙ Михаил Сергеевич, доктор психологических наук, профессор, директор социально-психологического института, зав. кафедрой социальной психологии и психосоциальных технологий Кемеровского государственного университета (Кемерово, Россия). E-mail: dekanspf@kemsu.ru
СОЛОДУХИН Антон Витальевич, младший научный сотрудник лаборатории нейрососудистой патологии Научно-исследовательского института комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний (Кемерово, Россия). E-mail: mein11@mail.ru
ТРУБНИКОВА Ольга Александровна, кандидат медицинских наук, заведующая лабораторией нейрососудистой патологии Научно-исследовательского института комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний (Кемерово, Россия). E-mail: olgalet17@mail.ru

THE METHODOLOGICAL BASES OF THE INTEGRATED APPROACH DEVELOPMENT IN PSYCHOLOGICAL CORRECTION AND PSYCHOTHERAPY OF CARDIOLOGICAL PATIENTS BEFORE AND AFTER CORONARY BYPASS SURGERY

Siberian journal of psychology, 2017, 63, 89–101. DOI: 10.17223/17267080/63/7

Seryj Andrey V., Yanitskiy Mihail S., Kemerovo State University (Kemerovo, Russian Federation). E-mail: avgrey@yahoo.com; dekanspf@kemsu.ru
Soloduhin Anton V., Federal State Budgetary Institution Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases; Kemerovo State University (Kemerovo, Russian Federation). E-mail: mein11@mail.ru;
Trubnikova Olga A., Federal State Budgetary Institution Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases (Kemerovo, Russian Federation). E-mail: olgalet17@mail.ru
Keywords: coronary bypass surgery; cognitive disturbances; frontal lobe syndrome; the focused and oriented decision in psychotherapy; cognitive and behavioral approach; psychological correction; psychological support.

This article describes the methodological bases of the choice of psychocorrectional and psychotherapeutic techniques in working with cardiological patients before and after coronary bypass surgery. The features of the cognitive-emotional sphere of patients with frontal lobe syndrome are presented. A clinical psychologist action algorithm for the diagnosis and prevention of behavioral and psycho-emotional disorders in patients preparing for surgery was worked out. The article highlights the "targets" of psychocorrectional exposure with the aim to overcome patients' "frontal" dysfunctions and to restore cognitive functions after coronary bypass surgery.

In the paper we present a list of existing and most commonly used therapeutic approaches when working with patients suffering from somatic diseases. The paper describes a number of physiological mechanisms which patients with anxiety or depressive disorders may encounter. To prevent the influence of a negative stress response on the cardiovascular system we suggested to use the problem-oriented approach, in particular, the method of the rational-emotive therapy by A. Ellis. The techniques of this approach, unlike other types of psychotherapy, prevent the patient from coming back to the traumatic situation. The advantages of the rational-behavioral therapy were presented, where the main aim is to change the irrational patient's settings and to produce the optimal behavior during the preparation for the surgery. Taking into account neuropsychological symptoms and the specificity of emotional and volitional aspects of this category of patients, the complex of methods based on techniques and methods of cognitive-behavioral therapy approaches was chosen including the methods of programmed training for patients with frontal lobe syndrome by L.S. Tsvetkova, and the recovery method of verbal planning by M.K. Shokhor-Trotsky. The scheme of psychological support of patients before and after coronary bypass surgery was developed. In the proposed complex we identified 3 blocks allocated for the formation and consolidation of certain psychological skills: rational-behavioral, predictive, and cognitive-communicative. Positive changes in the psychological sphere by using this methodical complex are expected, such as: reducing attention deficiency; enhancing voice and task oriented behavioral activity; reducing anxiety; actualization of time perspective. The complex of psychotherapeutic methods is oriented to improve the quality of life and to form the patient's personal responsibility for the treatment, which could become the basis for the psychological preparation for the surgery and for the rehabilitation in the postoperative period.

References

1. Pogosova, G.V. (2004) Depressiya u kardiologicheskikh bol'nykh: sovremennoe sostoyanie pro-blemy i podkhody k lecheniyu [Depression in cardiac patients: the current state of the problem and approaches to treatment]. *Kardiologiya*. 4. pp. 88–92.
2. Pogosova, G.V., Zaytsev, V.P. & Ayvazyan, T.A. (1999) Effektivnost' psikhologicheskoy reabili-tatsii bol'nykh, perenesshikh operatsiyu aortokoronarnogo shuntirovaniya II [Efficiency of psychological rehabilitation of patients who underwent aortocoronary bypass surgery II]. *Kardiologiya*. 7. pp. 34–37.
3. Aleksander, F. (2002) *Psikhosomaticheskaya meditsina* [Psychosomatic medicine]. Moscow: EKSMO-Press.

4. Savchenko, T.N. & Golovina, G.M. (2006) *Sub"ektivnoe kachestvo zhizni: podkhody, metody otsenki, prikladnye issledovaniya* [Subjective quality of life: Approaches, assessment methods, applied research]. Moscow: Institute of Psychology, Russian Academy of Sciences.
5. Geltser, B.I. & Frisman, M.V. (2002) Sovremennye podkhody k otsenke kachestva zhizni kardiologicheskikh bol'nykh [Modern approaches to assessing the quality of life of cardiologic patients]. *Kardiologiya*. 9. pp. 4–9.
6. Pogosova, G.V. (1998) Operatsiya aorto-koronarnogo shuntirovaniya: vliyanie na razlichnye aspekty kachestva zhizni bol'nykh // Kardiologiya. . № 1. S. 81–88.
7. Petrova, M.M., Prokopenko, S.V., Eremina, O.V., Mozheyko, E.Yu. & Kaskaeva, D.S. (2015) Long-term results of cognitive disorders after coronary artery bypass surgery. *Fundamental'nye issledovaniya – Fundamental Research*. 1(4). pp. 814–820. (In Russian).
8. Solodukhin, A.V., Seryy, A.V., Trubnikova, O.A., Yanitskiy, M.S. & Barbarash, O.L. (2016) Interrelation of the cognitive status and coping behavior of patients with coronary heart disease before preparation for coronary shunting. *Zdorov'e i obra-zovanie v XXI veke – Health and Education Millennium*. 18(6). pp. 20–24. (In Russian).
9. Luriya, A.R. (2000) *Vysshie korkovye funktsii* [Higher cortical functions]. 3rd ed. Moscow: Akademicheskiy proekt.
10. Khomskaya, E.D. & Batova, N.Ya. (1998) *Mozg i emotsii* [Brain and Emotions]. Moscow: Moscow State University.
11. Dobrokhotova, T.A. (1974) *Emotsional'naya patologiya pri ochagovom porazhenii golovnogo mozga* [Emotional pathology in focal brain lesions]. Moscow: Meditsina.
12. Sidorova, O.A. (2001) *Neyropsikhologiya emotsiy* [Neuropsychology of emotions]. Moscow: Nauka.
13. Taylor, G.J., Bagby, M. & Parker, J.D.A. (1972) *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness*. Cambridge University Press.
14. Kronik, A.A. (2000) Psikhologicheskiy vozrast lichnosti [Psychological age of personality]. In: Kulikov, L.V. (ed.) *Psikhologiya lichnosti v trudakh otechestvennykh psikhologov* [Psychology of personality in the works of Russian psychologists]. St. Petersburg: Piter. pp. 246–255.
15. Nelson-Jones, R. (2000) *Teoriya i praktika konsul'tirovaniya* [Theory and practice of counseling]. Translated from English. St. Petersburg: Piter.
16. Seryy, A.V. & Poletaeva, A.V. (2004) Tsennostno-smyslovye orientatsii lichnosti kak faktor perezhivaniya posledstviy psikhicheskoy travmy [Axiological orientations of the personality as a factor of experiencing the consequences of a trauma]. In: Morozova, N. I., Filatova, E. V. & Yanko, E.V. (eds) *Sotsial'naya rabota v Sibiri* [Social work in Siberia]. Kemerovo: Kemerovo State University. pp. 137–141.
17. Seryy, A.V. (2011) Tsennostno-smyslovaya paradigma kak osnova postroeniya obobshchennoy teorii psikhologicheskogo konsul'tirovaniya [The axiological paradigm as a basis for constructing a general theory of psychological counseling]. *Vestnik KRAUNTs. Gumanitarnye nauki*. 2. pp. 132–142.
18. Tsvetkova, L.S. (2004) *Neyropsikhologicheskaya reabilitatsiya bol'nykh. Rech' i intellektu-al'naya deyatel'nost'* [Neuropsychological rehabilitation of patients. Speech and intellectual activity]. 2nd ed. Moscow: Modek.
19. Shokhor-Trotskaya, M.K. (2006) *Korrektsiya slozhnykh rechevykh rasstroystv* [Correction of complex speech disorders]. 2nd ed. Moscow: TTs Sfera.
20. Solodukhin, A.V., Trubnikova, O.A., Maleva, O.V., Seryy, A.V., Yanitskiy, M.S. & Barbarash, O.L. (2016) Features of the subjective relation to an illness and coping-behavior of the patients with diabetes mellitus type 2 preparing for coronary bypass surgery. *Sibirskiy psikhologicheskiy zhurnal – Siberian Journal of Psychology*. 62. pp. 127–138. (In Russian). DOI: 10.17223/17267080/62/10

Received 20.10.2016;
Revised 08.02.2017;
Accepted 08.02.2017