

УДК 159.99

КОГНИТИВНЫЕ ОШИБКИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПЕРЕД КОРОНАРНЫМ ШУНТИРОВАНИЕМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА И ВОЗРАСТА

**А.А. Великанов¹, Ю.Л. Левашкевич²,
А.А. Столярова¹, Е.А. Демченко¹**

¹ ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, Россия, 197341, Санкт-Петербург, ул. Акkuratова, д. 2

² Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Приморского района Санкт-Петербурга» (СПб ГБУ «ЦСРИИДИ Приморского района»), Россия, 197372, Санкт-Петербург, Богатырский пр., д. 27, корп. 2

Резюме

Исследуются когнитивные ошибки и психологические особенности пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) перед коронарным шунтированием. Для эффективного преодоления состояний тревоги и депрессии, формирования адекватного отношения к болезни и установки на продолжительное продуктивное сотрудничество с врачом, повышения уровня мотивации следовать рекомендациям большое значение имеет выявление когнитивных ошибок, а также психологических особенностей кардиологических пациентов. Целью исследования стало изучение когнитивных ошибок и психологических особенностей больных ишемической болезнью сердца перед коронарным шунтированием (КШ) в зависимости от пола и возраста. В исследовании приняли участие 60 пациентов с ИБС, из них 32 мужчины и 28 женщин, средний возраст больных составил 63 ± 8 лет. Выделено 2 группы обследуемых по возрастному критерию: до 65 лет и старше 65 лет. Применялся метод интервью, а также проводилось психологическое тестирование по методикам SCL-90-R и BIG 5.

У пациентов выявлены различные типы когнитивных ошибок. У мужчин чаще встречались «произвольные умозаключения» (37,5%), у женщин – «генерализация» (35%). У пациентов старшей возрастной группы (> 65) чаще отмечалось преобладание «дихотомического мышления» (25,92%). По результатам методики SCL-90-R у женщин перед коронарным шунтированием наблюдаются более высокие показатели шкал соматизации, межличностной сенситивности и тревожности, у мужчин – враждебности. У пациентов группы старше 65 лет более высокий уровень проявлений соматизации и депрессии. По результатам методики BIG 5 у большинства пациентов отмечен уровень «ниже среднего» по показателям «самосознание», «готовность к сотрудничеству», «личностные ресурсы». По показателю экстраверсии у мужчин чаще встречался уровень «выше среднего», у женщин – «ниже среднего». При планировании психологических мероприятий перед проведением КШ и в период реабилитации следует учитывать выявленные психологические особенности пациентов и специфику встречающихся у них когнитивных ошибок.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца; коронарное шунтирование; сердечно-сосудистые заболевания; когнитивные ошибки; когнитивно-поведенческая терапия; психологические особенности; генерализация; дихотомическое мышление; произвольные умозаключения

Введение

С учетом высокой распространенности тревожных и депрессивных состояний у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, тенденции к сокращению сроков госпитализации в современном кардиологическом стационаре, а также признанной целесообразности включения в систему лечебно-реабилитационных мероприятий эффективных методов психологической коррекции эмоционального состояния возрастает актуальность краткосрочных психокоррекционных программ, в частности с использованием когнитивно-поведенческого подхода.

В ходе психокоррекционной работы с пациентами в рамках когнитивно-поведенческого направления может применяться широкий арсенал техник и методов, ориентированных на такие цели, как изменение процесса переработки информации, формирование навыков контроля и регулирования эмоциональных реакций, модификация дезадаптивных форм поведения.

Важность когнитивно-поведенческой психокоррекции в процессе работы с больными ишемической болезнью сердца (ИБС) подчеркивается во многих научных исследованиях. А.В. Солодухин, А.В. Серый, М.С. Яницкий, О.А. Трубникова (2017) указывают на эффективность когнитивно-поведенческих методов в формировании продуктивного копинг-поведения в рамках подготовки пациентов с ИБС к коронарному шунтированию (КШ). Отмечаются и возможности когнитивно-поведенческой психотерапии для коррекции внутренней картины болезни у пациентов с ИБС (Солодухин и др., 2017). А.В. Серый, М.С. Яницкий, А.В. Солодухин, О.А. Трубникова (2017) сообщают о целесообразности применения рационально-когнитивной терапии для работы с поведенческими нарушениями в процессе психологического сопровождения пациентов с ИБС до и после КШ. В целом при рассмотрении особенностей психологической помощи лицам с сердечно-сосудистыми заболеваниями приводятся сведения о значимости применения в системе лечебных мероприятий, проводимых с больными ИБС, когнитивно-поведенческих методик (Легостаева, 2018; Николаев, Лазарева, 2015). Также когнитивно-поведенческая терапия рассматривается как инструмент профилактической работы, учитывая возможность оказывать влияние на психологические факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и их прогрессирования (Лысенкова, Жилина, Румянцев, Куприянов, 2017).

Важную роль когнитивно-поведенческих методов в работе с пациентами кардиологической клиники отмечают и иностранные авторы. Так, когнитивно-поведенческая терапия рассматривается как эффективный инструмент коррекции часто встречающихся у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями депрессивных и тревожных состояний, а также как направле-

ние, положительно зарекомендовавшее себя для снижения уровня стресса и напряженности (Aghaei, Samkhaniyan, Mahdavi, Faraji, Roshandel, 2015; Magán et al., 2020; Reavell, Hopkinson, Clarkesmith, Lane, 2018).

В теории, лежащей в основе когнитивных методов клинико-психологического вмешательства, важная роль отводится такому феномену, как когнитивные ошибки (Бек, Раш, Шо, Эмери, 2003). Когнитивные ошибки – это ошибки восприятия и переработки информации в мышлении. Они не являются признаком психических нарушений, однако их наличие при оценке каких-либо ситуаций (например, в период ожидания кардиохирургического вмешательства) может привести к формированию психоэмоциональных расстройств, в частности тревожных и депрессивных состояний. Выявление данных когнитивных ошибок в процессе лечебно-реабилитационной работы имеет высокую практическую целесообразность, учитывая возможность их коррекции с помощью когнитивно-поведенческих методов с достижением видимых результатов в краткие сроки.

А. Бек и соавт. (2003) описывают следующие типы когнитивных ошибок:

1. Произвольные умозаключения: допуская этот вид ошибок, человек делает неприятные для себя выводы и умозаключения при отсутствии фактов, подтверждающих эти заключения, или вопреки наличию противоположных фактов.

2. Избирательное абстрагирование: человек строит свои умозаключения, основываясь на каком-то одном, вырванном из контекста фрагменте ситуации, игнорируя ее более существенные аспекты.

3. Генерализация: человек выводит общее правило или делает глобальные выводы на основании одного или нескольких изолированных случаев и затем оценивает все остальные ситуации, исходя из заранее сформированных выводов.

4. Переоценивание и недооценивание: ошибки, допускаемые при оценке значимости или важности события, приводящие к извращению фактов.

5. Персонализация: склонность соотносить внешние неприятные события с собственной персоной, даже если нет никаких оснований для такого соотнесения.

6. Абсолютизм, дихотомизм мышления: ошибки, при которых человек мыслит крайностями, делит события, людей, поступки и тому подобное на две противоположные категории, например «совершенный–ущербный», «хороший–плохой», «святой–греховный».

Когнитивные ошибки могут «принимать участие» в формировании тревожных и депрессивных состояний. Высокая распространенность и негативная роль именно этих состояний у пациентов с ИБС традиционно подчеркивается во многих исследованиях (Davidson, Alcántara, Miller, 2018; De Hert, Detraux, Vancampfort, 2018; Farquhar, Stonerock, Blumenthal, 2018).

Таким образом, исследование когнитивных ошибок у больных кардиологического профиля является важным, учитывая возможность их негативного влияния на психоэмоциональную сферу. Кроме того, согласно теоретическим основам когнитивного направления в психотерапии, нали-

чие когнитивных ошибок влияет и на сферу межличностного взаимодействия (искаженное восприятие информации, некорректная интерпретация поведения в процессе общения и т.д.). Соответственно, наличие «ошибочных» восприятия и мышления может негативно влиять на взаимодействие пациента с врачом и в целом на приверженность лечению (Левашкевич, Великанов, Юрлова, Исаева, Демченко, 2015). Однако в научной литературе представлены данные о неоднозначной роли иррациональных установок, являющихся компонентом когнитивной сферы пациентов, в формировании комплаентности. Так, определенные иррациональные установки пациента, например «долженствование в отношении себя» и «катастрофизация», могут даже помочь пациенту в поддержании приверженности лечению (Еремина, 2019).

Для эффективной психокоррекционной работы, имеющей такие задачи, как преодоление состояний тревоги и депрессии, формирование адекватного отношения к болезни и установки на продолжительное продуктивное сотрудничество с лечащим врачом, повышение уровня самоорганизации пациента, стимулирование мотивации выполнять рекомендации, важное значение имеет выявление когнитивных ошибок на фоне различных психологических особенностей (тип отношения к заболеванию, характеристики психоэмоциональной сферы, личностные особенности). Определение наиболее часто встречающихся когнитивных ошибок у больных ИБС поможет оптимизировать реализацию психокоррекционных техник, направленных на формирование у пациентов эффективной, реалистичной, неискаженной переработки информации, что позволит им наиболее продуктивно взаимодействовать с врачом в процессе лечения.

Цель исследования – изучение когнитивных ошибок и психологических особенностей больных ишемической болезнью сердца перед коронарным шунтированием в зависимости от пола и возраста в связи с задачами психокоррекции в стационаре.

Материалы и методы исследования

Всего обследованы 60 пациентов с ИБС: 32 мужчины (53%) и 28 женщин (47%). Исследование проводилось в кардиологических отделениях ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России. Средний возраст больных составил 63 ± 8 лет. Состоят в браке 42 пациента (70%). На момент обследования отмечено 44 работающих (73%). Среди пациентов высшее образование имеют 18 человек (30%), среднее специальное – 32 (53,3%), среднее – 10 обследуемых (16%). Вредные привычки: курение отмечено у 25 человек (42%). Наличие инфаркта миокарда (ИМ) в анамнезе у 46 пациентов (77%). Сопутствующая патология: гипертоническая болезнь (ГБ) выявлялась у всех обследованных; сахарный диабет (СД) – у 21 человека (35%). Было выделено две группы обследуемых по возрастному критерию: до 65 лет (33 человека; 55%) и старше 65 лет (27 человек, 45%), т.е. люди, относящиеся по данным ВОЗ к категории пожилого воз-

раста¹. Всем больным была назначена плановая операция – коронарное шунтирование (КШ). Обследование проводилось в период подготовки к операции в стационаре.

В ходе исследования использовался клинико-психологический и экспериментально-психологический метод, включивший Опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R (Symptom Check List-90-Revised) и личностный опросник Большая пятерка (Big Five Personality Test).

В процессе применения клинико-психологического метода (наблюдение, беседа) выявлялись отношение к болезни и типичные когнитивные ошибки. В начале беседы пациентам были заданы вопросы о самочувствии и настроении. В рамках беседы осуществлялся сбор информации об истории заболевания, о том, как пациент лечился ранее, соблюдал ли рекомендации и т.д. Важной задачей было выявление того, как пациент реагирует на свое заболевание в настоящий момент, что он думает о своей болезни, о лечении, как воспринимает актуальную ситуацию (госпитализация, факт предстоящей операции на сердце), как относится к врачам и медицинскому персоналу. Кроме того, обсуждались такие сферы жизни обследуемых, как рабочая деятельность, отношения с семьей и окружающими людьми, наличие актуальных психотравмирующих событий и субъективное ощущение пациентом уровня его психологического благополучия. Пациентам предлагалось давать подробные, развернутые ответы на задаваемые вопросы. В процессе анализа ответов были выделены когнитивные ошибки и типы отношения к болезни.

Опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R был разработан L.R. Derogatis (Derogatis, 1992), он содержит 90 различных симптомов и включает следующие шкалы:

- шкала соматизации – Somatization (SOM) – описывает дистресс, связанный с ощущением телесной дисфункции;
- шкала обсессивности–компульсивности – Obsessive-Compulsive (O-C) – оценивает наличие мыслей, импульсов или действий, которые переживаются пациентом как чуждые и непреодолимые;
- шкала межличностной сенситивности – Interpersonal sensitivity (INT) – включает симптомы, сопровождающиеся чувством собственной неадекватности и неполноценности, самоосуждением и дискомфортом в межличностном взаимодействии;
- шкала депрессии – Depression (DEP) – оценивает наличие симптомов клинической депрессии, включающих отсутствие интереса к жизни, недостаток мотивации, потерю жизненной энергии, чувство безнадежности, суицидальные мысли и т.д.;
- шкала тревожности – Anxiety (ANX) – описывает наличие таких признаков тревожности, как нервозность, напряжение, дрожь, приступы паники, ощущение насилия, опасения и страхи;

¹ Всемирная Организация Здравоохранения (2016). Всемирный доклад о старении и здоровье. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789244565049_rus.pdf;jsessionid=86203C625F297620A2EF68C7D76F3702?sequence=10 (дата обращения: 17.08.2020).

– шкала враждебности – Hostility (HOS) – оценивает наличие у пациента мыслей, чувств или действий, связанных с негативным аффективным состоянием злости;

– шкала фобической тревожности – Phobic Anxiety (PHOB) – указывает на иррациональную реакцию страха пациента в отношении определенных мест, ситуаций, людей или объектов, ведущую к избегающему поведению;

– шкала паранойяльных тенденций – Paranoid Ideation (PAR) – оценивает кардинальные характеристики проективных мыслей, враждебности и подозрительности, страха потери независимости;

– шкала психотизма – Psychoticism (PSY) – рассматривает наличие избегающего и изолированного стиля жизни, признаков шизоидности, галлюцинаций.

В методике также представлены шкалы второго порядка: общий индекс тяжести симптомов (GSI), индекс наличного симптоматического дистресса (PSDI), общее число утвердительных ответов (PST).

Опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R позволяет оценить степень выраженности симптоматики у пациента и наличие симптоматического дистресса. Оценить симптомы, представленные в методике, предлагается с фразы «Насколько сильно Вас тревожили в течение недели и сегодня...?» Каждый симптом оценивается респондентом по 5-балльной шкале, где 0 соответствует ответу «совсем нет», 1 – «немного», 2 – «умеренно», 3 – «сильно» и 4 – «очень сильно» (Derogatis, 1992).

Личностный опросник «Большая пятерка» в адаптации Д.П. Яничева (2006) основан на теории пятифакторной модели личности и используется для оценки структуры личности пациентов. Данный опросник позволяет выявить индивидуально-психологические особенности с помощью пяти шкал:

1. Шкала «экстраверсия» – оценивает интенсивность межличностных контактов обследуемого, уровень его активности и оптимизма, а также эмоциональную откликаемость.

2. Шкала «самосознание» – оценивает степень дисциплинированности респондента, его организованности и целеустремленности, требовательности к себе, и настойчивости.

3. Шкала «сотрудничество» – рассматривает у респондента преобладание готовности к сотрудничеству, качество его межличностных контактов, а также преобладание в структуре личности доброжелательности и открытости или враждебности и циничности.

4. Шкала «эмоциональная стабильность» – оценивает эмоциональную неустойчивость и фрустрационную толерантность, степень возбудимости.

5. Шкала «личностные ресурсы» – выявляет широту интересов, наличие стремления к самосовершенствованию и поиску нового опыта, также указывает на оригинальность подходов к решению обычных жизненных задач и богатство воображения (Яничев, 2006).

Результаты исследования

У всех обследованных пациентов выявлены те или иные когнитивные ошибки. Частота встречаемости определенных когнитивных ошибок у мужчин и женщин представлена в табл. 1. У мужчин чаще, чем у женщин, встречались «произвольные умозаключения» (37,5% и 17,85% соответственно), а у женщин – чаще отмечалась «генерализация» (12,5% и 35% соответственно).

Таблица 1

Частота выявления и спектр когнитивных ошибок у пациентов мужского и женского пола

Виды когнитивных ошибок	Частота выявления			
	Мужчины (N = 32)		Женщины (N = 28)	
	Кол-во пациентов	%	Кол-во пациентов	%
Произвольные умозаключения	12	37,5%	5	17,85%
Избирательное абстрагирование	8	25%	9	32,14%
Генерализация	4	12,5%	10	35,71%
Персонализация	0	0%	2	7,14%
Недооценивание	2	6,25%	0	0%
Дихотомическое мышление	6	18,75%	2	7,14%

Таким образом, мужчины чаще высказывали утверждения, которые не являлись основанными на каких-либо четких, подтверждающих фактах (произвольные умозаключения). Например, у пациентов отмечались следующие высказывания: «Врачи преувеличивают сложность ситуации»; «Операция не является необходимой, но если уж говорят, что нужна операция, то, наверное, надо делать»; «Когда случится инфаркт – это не зависит от приёма таблеток»; «Бросать курить необязательно» и т.д. На просьбу психолога привести аргументы в пользу этих высказываний, как правило, четких доводов в ответах пациентов не прослеживалось. Типичными ответами были: «Это и так понятно»; «Я это знаю»; «Я так чувствую»; «Это очевидно» и т.д. Иногда в процессе беседы пациент «выходил» на противоречивый его собственному утверждению аргумент (например, пациент говорил о «преувеличенной опасности», но сам же сообщил о неблагоприятных результатах медицинских обследований). При указании психолога на такие противоречия нередко отмечались либо уклончивые ответы («Ну да, но, тем не менее, думаю, может, все и не так уж серьезно»), либо агрессивные реакции, вспышки раздражения.

У женщин чаще, чем у мужчин, были обнаружены ошибки по типу генерализации (когда по одному или нескольким единичным случаям делается общий вывод). Например, отмечались высказывания, отражающие негативное отношение к медицине в целом. В ответах на вопросы о причинах негативного отношения нередко содержались утверждения, согласно

которым с неприятными ситуациями при обращении к врачам «приходиться сталкиваться постоянно». Однако при расспросе о различных ситуациях, как правило, выяснялось, что это были конкретные, единичные случаи. Более того, в процессе беседы о тех или иных ситуациях взаимодействия пациентов с медицинскими работниками были получены ответы, свидетельствующие также о позитивном опыте и благоприятных впечатлениях. Тем не менее в формировании суждений пациенты чаще склонны руководствоваться негативным опытом.

Результаты исследования частоты встречаемости когнитивных ошибок в зависимости от возраста представлены в табл. 2. Согласно представленным данным, у пациентов старшей возрастной группы чаще встречалось «дихотомическое мышление» и реже – феномен «генерализации».

Таблица 2

Частота выявления и спектр когнитивных ошибок в зависимости от возраста

Виды когнитивных ошибок	Частота выявления			
	Пациенты до 65 лет (N = 33)		Пациенты старше 65 лет (N = 27)	
	Кол-во пациентов	%	Кол-во пациентов	%
Произвольные умозаключения	9	27,27%	8	29,62%
Избирательное абстрагирование	10	30,3%	7	25,92%
Генерализация	12	36,36%	2	7,4%
Персонализация	0	0%	2	7,4%
Недооценивание	1	3,03%	1	3,7%
Дихотомическое мышление	1	3,03%	7	25,92%

Таким образом, пациенты старшей возрастной группы чаще высказывали утверждения, в которых проявлялись категоричность, жесткость, четкое «разделение реальности на противоположности». В частности, в рассуждениях о ситуации болезни, госпитализации, о предстоящей операции у пациентов указанной группы отмечались следующие высказывания: «Сердце не вылечить»; «Либо все будет хорошо, либо все кончится»; «Если я не смогу выполнять привычные дела, значит ничего хорошего» и т.д. Также когнитивная ошибка по типу дихотомического мышления проявлялась и в отношении к врачам. Например, рассуждая о врачах, пациенты сообщали о том, что, по их мнению, «молодой доктор – значит некомпетентный, а пожилой – знающий», или «этот врач не профессор, поэтому он не знает всех тонкостей» и т.д.

При сравнении частоты встречаемости типов отношения к болезни установлено, что у мужчин чаще выявлялся эргопатический тип отношения к болезни (25% в группе мужчин и 10,71% в группе женщин; $p < 0,05$).

Следует отметить, что эргопатический тип отношения к болезни предполагает стремление работать, заниматься активной деятельностью, не смотря на болезнь. Фактически это «уход в работу». Пациенты, проявляющие указанный тип отношения к болезни, сообщали о желании продолжать работу или о стремлении не ограничивать себя в выполнении привычных дел и действий (включая и достаточно интенсивную физическую активность, например в работе на дачном участке).

У женщин чаще выявлен неврастенический тип отношения к болезни (25% в группе женщин, 9,37% в группе мужчин; $p < 0,05$). Также у женщин чаще отмечался сенситивный тип реагирования на болезнь (25% в группе женщин и 3,12% в группе мужчин; $p < 0,05$).

Указанные типы отношения к болезни характеризуются проявлениями эмоциональной чувствительности, ранимости, впечатлительности. В частности, неврастенический тип отношения к болезни проявляется в поведении по типу «раздражительной слабости»: выраженный психологический дискомфорт и трудности при попытках терпеть субъективно неприятные и болевые ощущения, колебания настроения, «всплески» раздражения, проявляющегося в процессе общения, однако характеризующегося критическим отношением к необдуманым высказываниям.

Сенситивный тип отношения к болезни предполагает наличие беспокойства по поводу того, какое впечатление могут произвести на окружающих сведения о болезни; чувствительность в межличностных контактах. Выраженность указанного типа проявлялась в следующих высказываниях: «Не хочу, чтобы коллеги были в курсе, что я перенесла инфаркт»; «Главное, чтобы люди не узнали, что у меня проблемы с сердцем»; «Мне сделают операцию, не хочу, чтобы окружающие считали меня инвалидом».

В старшей возрастной группе чаще выявлялся ипохондрический тип отношения к болезни, предполагающий повышенную сосредоточенность на субъективно неприятных, болезненных ощущениях (33,33% у лиц старше 65 лет и 6,06% в группе больных моложе 65 лет; $p < 0,05$). Также в старшей возрастной группе чаще был выявлен меланхолический тип отношения к болезни (25,92% и 6,06% соответственно, $p < 0,05$). У пациентов с меланхолическим отношением к болезни отмечались такие проявления, как сниженное настроение, пессимизм, негативная оценка перспективы, сомнения в эффективности кардиохирургического лечения, наличие депрессивных высказываний. Примеры высказываний: «Я уже такой старый, что мне ничего не поможет»; «Зачем что-то лечить, уж сколько мне осталось (жить), столько и осталось...»; «Моя болезнь уже так запущена, что меня уже никто не вылечит».

При изучении психоэмоциональных особенностей пациентов по методике SCL-90-R получены следующие результаты.

У обследованных женщин выявлены более высокие, чем у мужчин, показатели шкалы соматизации ($M = 1,78 \pm 0,72$; $M = 1,08 \pm 0,52$; $p < 0,05$), межличностной сенситивности ($M = 1,85 \pm 1,06$; $M = 1,12 \pm 1,04$; $p < 0,05$)

и тревожности ($M = 1,68 \pm 0,92$; $M = 0,86 \pm 0,28$; $p < 0,05$). У мужчин отмечен более высокий показатель шкалы враждебности ($M = 1,68 \pm 0,56$; $M = 1,12 \pm 0,56$; $p < 0,05$).

В старшей возрастной группе (> 65 лет) отмечены более высокие показатели шкал соматизации ($M = 1,82 \pm 0,74$; $M = 1,14 \pm 0,48$, $p < 0,05$) и депрессии ($M = 1,55 \pm 0,85$, $M = 0,67 \pm 0,4$; $p < 0,05$).

По результатам тестирования по опроснику Big Five Personality Test у большинства больных по всей выборке отмечено сниженное значение по следующим шкалам: «самосознание» (78,33% больных), «готовность к сотрудничеству» (75%) и «личностные ресурсы» (71,66%).

При сравнении результатов возрастных групп статистически достоверных различий не обнаружено.

При сравнении результатов мужчин и женщин установлено, что у мужчин чаще, чем у женщин, встречался уровень выше среднего по показателю экстраверсии ($M = 62,5\%$; $M = 28,57\%$; $p < 0,05$), а у женщин чаще отмечен уровень ниже среднего по данному показателю, что соответствует большей интроверсии ($M = 39,28\%$; $M = 15,62\%$; $p < 0,05$).

Обсуждение результатов

Согласно теории когнитивной терапии, в процессе применения когнитивных психокоррекционных техник важно открыть «доступ в когнитивную организацию пациента»; применение когнитивных методов требует осторожности и точной оценки состояния пациента (Бек и др., 2003). В связи с этим изучение специфики когнитивных ошибок мышления и психологических особенностей больных ИБС перед коронарным шунтированием может иметь большое значение для определения плана психокоррекционной работы в рамках когнитивно-поведенческого направления.

Можно предположить, что наличие факта витальной угрозы, обусловленной серьезным заболеванием, а также сама ситуация ожидания предстоящего хирургического вмешательства являются факторами, актуализирующими эмоционально-негативные переживания. В научной литературе имеются сведения о проявлениях психоэмоциональных расстройств, главным образом тревожных и депрессивных, у пациентов с ИБС, которым планируется КШ. Значимость выявления тревожности у пациентов перед коронарным шунтированием показана в исследовании И.А. Белан и соавт. (Белан, Ложникова, Барбухатти, 2015). На дооперационном этапе у пациентов могут отмечаться симптомы депрессии и тревоги, которые необходимо выявлять для того, чтобы корригировать нарушения психологического статуса больных перед КШ (Сумин, Барбараш, 2014). Зарубежные исследования также подтверждают наличие тревожных и депрессивных проявлений у пациентов перед проведением кардиохирургического вмешательства (Prado-Olivares., Chover-Sierra, 2019; Correa-Rodríguez et al., 2020).

Вероятно, в условиях ожидания такого события, как кардиохирургическая операция, ухудшается способность реалистичного восприятия дей-

ствительности и рационального мышления, а на когнитивные процессы оказывает существенное влияние эмоциональный фактор. Соответственно, в данной ситуации у пациентов актуализируются когнитивные ошибки. Однако в структуре психоэмоциональных особенностей мужчин и женщин перед КШ по результатам выполненного исследования выявлены различия. Так, более высокая выраженность соматизации, межличностной сенситивности и тревожности у женщин отражает фиксацию на самочувствии, эмоциональную чувствительность в межличностных контактах, беспокойство. Такая же тенденция «слабого типа реагирования» проявляется и в реакциях на болезнь: у женщин чаще встречались неврастенический и сенситивный типы отношения к болезни. Проявление указанных психоэмоциональных особенностей может быть закономерным, учитывая то, что у женщин чаще проявлялась склонность к интроверсии. Тенденция «погружения в собственные переживания», недостаточное их выражение, вероятно, усиливают интенсивность указанных психоэмоциональных проявлений. Можно предположить, что для женщин наиболее значима роль негативного опыта: в данной группе чаще, чем у мужчин, встречалась когнитивная ошибка по типу генерализации.

У мужчин выявлена более высокая частота встречаемости когнитивных ошибок по типу произвольных умозаключений. Также в группе пациентов мужского пола чаще отмечались наличие эргопатического отношения к болезни и более высокая в сравнении с группой женщин выраженность показателя враждебности.

Можно сделать предположение о том, что выявленные особенности могут быть проявлением черт, являющихся характерными для личностного типа «А» (активность, энергичность, агрессивность, нетерпеливость, враждебность). Традиционно тип «А» рассматривается как свойственный лицам, «предрасположенным» к ИБС, однако следует упомянуть, что по данным некоторых источников связь ИБС и типа «А» не подтверждается (Sahoo, Padhy, Singla, Sarkar, 2018). В структуре черт указанного типа описаны и такие характеристики, как решительность, честолюбие, настрой на конкуренцию (Мартынов, Акатова, Николин, Урлаева, 2016). Возможно, указанные личностные особенности являются основой формирования большей уверенности в себе, убежденности в собственной правоте, склонности не подвергать сомнению свои мысли и утверждения. Соответственно, при наличии указанных характеристик вероятным является продуцирование произвольных умозаключений, которые делаются даже при отсутствии четких подкрепляющих фактов.

Следует указать, что, согласно результатам выполненного исследования, по данным анализа всей группы (N = 60) наиболее часто встречались личностные особенности, отражающие неорганизованность, ограниченность интересов, раздражительность и враждебность в межличностных контактах (сниженные значения шкал «самосознание», «готовность к сотрудничеству» и «личностные ресурсы»). При этом наиболее выраженные различия в группах мужчин и женщин проявляются на уровне психоэмо-

ционального реагирования, что, вероятно, связано со спецификой когнитивных ошибок у пациентов мужского и женского пола, а также, возможно, с особенностями «мужского» и «женского» типа поведения и психоэмоционального реагирования: более выраженная межличностная сенситивность, эмоциональная чувствительность у женщин и более низкая тревожность, но более высокая враждебность у мужчин.

В группе пациентов старше 65 лет более высокими являются показатели соматизации, депрессии; чаще выявляется меланхолическое и ипохондрическое отношение к болезни. При этом среди пациентов данной группы чаще встречалось «дихотомическое мышление» и реже – «генерализация». Вероятно, склонность к «категоричному мышлению» в сочетании с фиксацией на болезни может иметь выражение в пониженном эмоциональном фоне, меланхолических реакциях на болезнь.

Суть «дихотомического мышления» заключается в том, что оценка событий и ситуаций характеризуется наличием крайностей; какие-либо аспекты реальности просто разделяются на две противоположные категории. Можно заключить, что в указанных особенностях восприятия действительности проявляется тенденция «упрощения реальности». Анализ событий и ситуаций сводится к примитивному разделению на «позитивное» и «негативное». Таким образом, процесс переработки информации становится менее сложным. Известно, что продуктивность этого процесса связана с когнитивными функциями, обеспечивающими познание реальности. Это наиболее сложные функции головного мозга, отвечающие за процесс познания мира и взаимодействие с ним (Ерёмина, Петрова, Прокопенко, Исаева, Каскаева, 2014). В научной литературе имеются сведения о нарушениях когнитивных процессов у пожилых пациентов, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями. Так, например, отмечают, что у пациентов пожилого возраста, страдающих ИБС, широко распространены когнитивные расстройства, затрудняющие лечение, а также ухудшающие качество жизни и прогноз (Ушакова, Александров, Будникова, Линьков, 2016). О.С. Григорьева и соавт. указывают на то, что сердечно-сосудистые заболевания, в частности ишемическая болезнь сердца, приводят как к снижению отдельных когнитивных функций, так и к ухудшению когнитивного здоровья в целом (Григорьева, Еремина, Щелкова, 2019). Как сообщают авторы, проблема возникновения изменений когнитивных способностей у пожилых пациентов остается открытой и требует комплексного исследования. Когнитивные нарушения у пациентов с ИБС в пожилом возрасте отмечают и зарубежные исследователи (Burkauskas et al., 2018; Deckers et al., 2017).

Таким образом, можно предположить, что «когнитивное упрощение», заключающееся в примитивном разделении информации о реальности лишь на две категории, может быть связано с когнитивными расстройствами при ИБС. Соответственно, интересным и перспективным направлением дальнейших исследований представляется изучение когнитивных ошибок в связи со структурой и выраженностью нарушений когнитивной

сферы у больных ИБС. Результаты таких исследований могли бы показать особенности взаимосвязи когнитивных ошибок не только с психологическими, но и с медико-биологическими факторами.

В целом по результатам выполненного исследования установлено: когнитивные ошибки встречаются практически у всех больных, что подчеркивает значимость роли когнитивной терапии. Ошибки восприятия и мышления способствуют искажению реальности, формированию неправильных заключений и возникновению соответствующих психоэмоциональных реакций. Соответственно, в ходе реализации мероприятий психологического сопровождения при подготовке к КШ на этапе психологической диагностики необходимо выявлять имеющиеся у пациентов когнитивные ошибки и осуществлять психологическую коррекцию.

В связи с указанными целями следует подчеркнуть важнейшее значение клинично-психологического метода: наблюдения и беседы. В классической монографии А. Бек и соавт. по когнитивной терапии «Когнитивная терапия депрессии», отмечено, что опрос – это не только психодиагностическая процедура, но и основное терапевтическое средство: «...даже единственный вопрос, если он попадает в точку, помогает привлечь внимание пациента к определенной проблеме, позволяет оценить его реакцию на эту проблему, получить непосредственную информацию о проблеме, наметить пути ее решения и, наконец, вызвать у пациента сомнения в правильности некогда сделанных им выводов (Бек и др., 2003).

В процессе диагностической и психокоррекционной работы с больными ишемической болезнью сердца перед коронарным шунтированием важно учитывать, что в структуре «ошибочного мышления» пациентов мужского пола возможны произвольные умозаключения. При проведении психокоррекции целесообразно использование таких техник, как разъяснение термина «когниции», объяснение влияния когниций на эмоции и поведение, реатрибуция.

В ходе психокоррекционной работы с женщинами перед КШ важным аспектом являются анализ и обсуждение возможного негативного опыта (с учетом вероятного наличия когнитивной ошибки по типу генерализации). Целесообразным является применение классических когнитивных техник, включая информирование о влиянии когниций на эмоциональную и поведенческую сферу, выявление и коррекцию «автоматических мыслей». Учитывая вероятные проявления у женщин «сенситивного типа психоэмоционального реагирования» (эмоциональная чувствительность, впечатлительность, тревожность), следует особенно подчеркнуть роль эмоциональной поддержки.

В процессе работы с пациентами пожилого возраста важно учитывать вероятность наличия такой когнитивной ошибки, как «дихотомическое мышление». Следует принимать во внимание и возможные когнитивные нарушения, связанные с медико-биологическими факторами. При наличии отчетливых когнитивных нарушений важен комплексный подход (консультация невролога, психотерапевта, специалиста по гериатрии). При от-

сутствии грубых когнитивных нарушений можно применять техники когнитивной и поведенческой терапии.

Следует подчеркнуть, что в ходе работы психолога с больными ИБС крайне важно учитывать особенности соматического состояния пациентов, обсуждать с лечащим врачом возможные показания и противопоказания к применению каких-либо психокоррекционных методов, избегать применения техник конфронтации (или применять их с осторожностью). Важно принимать во внимание тот факт, что эмоциональные «всплески», являющиеся относительно безопасными для здорового человека, могут представлять реальную угрозу для пациента с тяжелой сердечно-сосудистой патологией.

Заключение

Роль психокоррекции «ошибочного мышления» больных ишемической болезнью сердца перед коронарным шунтированием представляется особенно значимой с учетом известного в когнитивной терапии факта влияния когнитивных ошибок на эмоциональное состояние и восприятие болезни. У всех обследованных больных перед операцией выявлялись когнитивные ошибки. В результате исследования психологических особенностей у женщин выявлены более выраженные проявления соматизации, межличностной сенситивности и тревожности, а у мужчин – враждебности. У женщин чаще выявлялись неврастенический и сенситивный типы отношения к болезни, у мужчин – эргопатический. В группе пациентов старше 65 лет более высоки показатели соматизации и депрессии, чаще выявлялись ипохондрический и меланхолический типы отношения к болезни. При этом из когнитивных ошибок у женщин чаще встречалась «генерализация», у мужчин «произвольные умозаключения», а в более старшей возрастной группе пациентов – «дихотомическое мышление».

В ходе психокоррекционной работы с пациентами в рамках подготовки к КШ необходимо обсуждать и анализировать возможные когнитивные ошибки. В частности, важен целенаправленный расспрос пациентов об индивидуальном опыте лечения, взаимодействия с врачами с целью определения возможных «негативных обобщений». Общие выводы («генерализация»), основанные на единичных неблагоприятных случаях, могут использоваться пациентами для интерпретации актуальной ситуации лечения, что приводит к искажению восприятия ими информации о болезни и врачебных рекомендациях.

Также следует обращать внимание на те высказывания пациентов, которые являются произвольными, не имеющими опоры в виде достоверной информации, получаемой от врача. При выявлении произвольных умозаключений целесообразно совместно с пациентом осуществлять осторожный последовательный поиск фактов, опровергающих его утверждения. При этом следует избегать прямого указания на противоречия. Конфрон-

тация может быть полезной, но, согласно полученным результатам, возможны негативные реакции со стороны пациента, требующие больше времени на проработку ошибочного мышления в процессе психокоррекции (это является затруднительным в условиях кратких сроков подготовки к КШ в кардиологическом стационаре).

При работе с пациентами старшей возрастной группы важная задача – выявление склонности к жестким, категоричным умозаключениям. При наличии такой когнитивной ошибки («дихотомическое мышление») можно применять когнитивные техники психокоррекции. Однако психокоррекционная работа с данной группой пациентов представляется более сложной с учетом возможных когнитивных нарушений. Целесообразным является информирование врачей о склонности пациентов «мыслить крайностями» и об особенностях беседы с ними. Так, при сообщении медицинской информации следует особенно акцентировать внимание пациента на значимости всех деталей предоставляемой информации, подчеркивая многоаспектность лечебно-реабилитационного процесса.

Полученные результаты позволяют усовершенствовать процесс психологического сопровождения пациентов с ишемической болезнью сердца перед коронарным шунтированием, а также помочь врачам повысить эффективность коммуникации и взаимодействия с пациентами.

Литература

- Бек, А., Раш, А., Шо, Б., Эмери, Г. (2003). *Когнитивная терапия депрессии*. СПб.: Питер.
- Белан, И. А., Ложникова, Л. Е., Барбухатти, К. О. (2015). Тревожность как фактор риска неблагоприятного течения ишемической болезни сердца после аортокоронарного шунтирования. *Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика*, 2(8). <http://medpsy.ru/climp> (дата обращения: 27.08.2020).
- Григорьева, О. С., Еремина, Д. А., Щелкова, О. Ю. (2019). Клинические, психосоциальные и эмоционально-личностные характеристики пациентов пожилого возраста с различной динамикой когнитивного функционирования. *Петербургский психологический журнал*, 27, 17–35.
- Ерёмина, Д. А. (2019). Изучение когнитивного функционирования в кардиохирургической клинике: методология и перспективные направления исследований. *Клиническая и специальная психология*, 8(4), 1–22. URL: <https://doi.org/10.17759/crpe.2019080401> (дата обращения: 27.08.2020).
- Ерёмина, О. В., Петрова, М. М., Прокопенко, С. В., Исаева, Н. В., Каскаева, Д. С. (2014). Когнитивные нарушения у пациентов с ишемической болезнью сердца. *Бюллетень сибирской медицины*, 6, 48–56.
- Левашкевич, Ю. Л., Великанов, А. А., Юрлова, Т. Г., Исаева, Е. Р., Демченко, Е. А. (2015). Когнитивные ошибки как мишень психокоррекции у больных ишемической болезнью сердца до и после коронарного шунтирования. *Профилактическая и клиническая медицина*, 1(54), 110–114.
- Легостаева, Е. С. (2018). Когнитивные ошибки у лиц, страдающих тяжелыми соматическими заболеваниями. *Современные проблемы науки и образования*, 5. <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=28156> (дата обращения: 27.08.2020).
- Лысенкова, Н. О., Жилина, А. Н., Румянцев, М. И., Куприянов, А. Е. (2017). Психологические особенности больных ишемической болезнью сердца. *Медицинская психология*

- логия в России: электронный научный журнал, 9(5(46)). <http://mpgj.ru> (дата обращения: 27.08.2020).
- Мартынов, А. И., Акатова, Е. В., Николин, О. П., Урлаева, И. В. (2016). Поведенческий тип А как фактор риска острого коронарного синдрома. *Терапия*, 1(5), 82–87.
- Николаев, Е. Л., Лазарева, Е. Ю. (2015). Психотерапия и психологическая помощь больным сердечно-сосудистыми заболеваниями. *Вестник психиатрии и психологии Чувашии*, 11(1), 57–76.
- Серый, А. В., Яницкий, М. С., Солодухин, А. В., Трубникова, О. А. (2017). Методологические основания разработки комплексного подхода в психологической коррекции и психотерапии пациентов кардиологического профиля до и после коронарного шунтирования. *Сибирский психологический журнал*. 63, 89–101. doi: 10.17223/17267080/63/7
- Солодухин, А. В., Серый, А. В., Яницкий, М. С., Трубникова, О. А. (2017). Возможности методов когнитивно-поведенческой психотерапии в изменении внутренней картины болезни у пациентов с ишемической болезнью сердца. *Фундаментальная и клиническая медицина*, 2(1). 84–90.
- Сумин, А. Н., Барбараш, О. Л. (2014). Психологический дистресс у больных при коронарном шунтировании: распространенность и клиническое значение. *Сердце: журнал для практикующих врачей*, 13(6(80)), 360–366.
- Ушакова, С. Е., Александров, М. В., Будникова, Н. В., Линьков, В. В. (2016). К проблеме когнитивных расстройств у больных артериальной гипертензией пожилого и старческого возраста. *Лечебное дело*, 1, 8–18.
- Яничев Д.П. (2006). *Когнитивные аспекты самовосприятия личностных черт у пациентов с невротической и неврозоподобной симптоматикой* (кандидатская диссертация). Санкт-Петербургский государственный университет, СПб.

Ссылки на зарубежные источники см. в разделе *References* после англоязычного блока.

Поступила в редакцию 14.04.2020 г.; повторно 05.05.2021 г.;
принята 08.10.2021 г.

Великанов Арсений Апетович – доцент кафедры гуманитарных наук, медицинский психолог, отделение психологии ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, кандидат психологических наук, доцент.

E-mail: arsen.velikanov@gmail.com

Левашкевич Юлия Леонидовна – заместитель директора, Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Приморского района Санкт-Петербурга».

E-mail: L-U-L@mail.ru

Столярова Анна Александровна – клинический психолог, волонтер, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России.

E-mail: anna.stoljarova@gmail.com

Демченко Елена Алексеевна – главный научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории реабилитации, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, доктор медицинских наук.

E-mail: elenademchenko2006@rambler.ru

For citation: Velikanov, A. A., Levashkevich, Y. L., Stoljarova, A. A., Demchenko, E. A. (2022). Age and sex determined differences in cognitive distortions and psychological traits in patients with coronary heart disease before coronary artery bypass. *Sibirskiy Psikhologicheskiy Zhurnal – Siberian journal of psychology*, 83, 184–203. In Russian. English Summary. doi: 10.17223/17267080/83/10

Age and sex determined differences in cognitive distortions and psychological traits in patients with coronary heart disease before coronary artery bypass surgery

A.A. Velikanov¹, Y.L. Levashkevich², A.A. Stoljarova¹, E.A. Demchenko¹

¹*Almazov National Medical Research Centre of the Ministry of Health of the Russian Federation, 2, Akkuratova Str., Saint Petersburg, 197341, Russian Federation*

²*St. Petersburg State Budgetary Institution "Center of social rehabilitation for people and children with disabilities in the Primorsky District of St. Petersburg", 27 build. 2, Bogatyrsky prospekt, Saint Petersburg, 197372, Russian Federation*

Abstract

In patients with cardiovascular diseases, including CHD, the prevalence of anxiety and depression is considerable. Cognitive behavioral therapy is believed to be an effective tool for treating anxiety and depression. In the theory underlying cognitive behavioral psychotherapy, cognitive distortions play an important role. Cognitive distortions are misperception and misprocessing of information. Cognitive distortions are not a sign of mental disorders, however, their presence when assessing any situations (for example, while waiting for cardiac surgery) can lead to a range of psychological problems, in particular, to the development of anxiety and depression. Thus, the study of cognitive distortions in patients with cardiovascular diseases is of great importance in the view of the possibility of their negative impact on the mental state. Besides, according to the theoretical foundations of cognitive behavioral therapy, the presence of cognitive distortions also affects the interpersonal interaction (distorted perception of information, incorrect interpretation of behavior in the process of communication, etc.). Accordingly, the presence of cognitive distortions can also negatively affect patient-doctor interaction and adherence to treatment.

The research aims to study the cognitive distortions and psychological characteristics of patients with CHD before CABG taking into consideration sex and age. The present study involved 60 patients with CHD, including 32 men (53%) and 28 women (47%). The average age of patients was 63 ± 8 years. Two groups of subjects were identified by age criterion: up to 65 years old and over 65 years old. To study cognitive distortions, the interview, and psychological testing (SCL-90-R and BIG 5 questionnaires) were carried out.

All patients had different types of cognitive distortions. Men were more likely to spontaneous conclusions (37.5%), women were more likely to have overgeneralization (35%). In patients of the older age group ($65 <$), the prevalence of dichotomous thinking was more frequent (25.92%). According to the results of the SCL-90-R questionnaire, women before CABG have higher indices of somatization, interpersonal sensitivity, and anxiety; men have higher indices of hostility. Patients over 65 years old have a higher level of somatization and depression.

According to the results of the BIG 5 test, the majority of patients demonstrated a "below average" level in terms of "conscientiousness", "agreeableness", "openness to experience". For men, in terms of extraversion, the "above average" level was more common, while for women it was "level below average". When planning psychological testing and psychotherapy before CABG and during the rehabilitation, the identified psychological characteristics of patients and the specificity of cognitive distortions should be taken into account.

Keywords: coronary heart disease; coronary artery bypass grafting; cardiovascular diseases; cognitive distortions; cognitive behavioral therapy; personality traits; overgeneralization; dichotomous thinking; spontaneous conclusions.

References

- Aghaei, M., Samkhaniyan, E., Mahdavi, A., Faraji, J., & Roshandel, Z. (2015). Effectiveness of behavioral-cognitive group therapy on depression, anxiety, and stress of patients with coronary heart disease. *Journal of medicine and life*, 8(4), 252–257.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (2003). *Kognitivnaya terapiya depressii* [Cognitive Therapy of Depression] (Trans.). St. Petersburg: Piter.
- Belan, I. A., Lozhnikova, L. E., & Barbukhatti, K. O. (2015). Trevozhnost' kak faktor riska neblagopoluchnogo techeniya ishemicheskoy bolezni serdtsa posle aortokoronarnogo shuntirovaniya [Anxiety as a risk factor for an unfavorable course of coronary heart disease after coronary artery bypass grafting]. *Klinicheskaya i meditsinskaya psikhologiya: issledovaniya, obuchenie, praktika*, 2(8). Retrieved August 27, 2020, from <http://medpsy.ru/climp>
- Burkauskas, J., Lang, P., Bunevičius, A., Neverauskas, J., Bučiūtė-Jankauskienė, M., & Mickuvienė, N. (2018). Cognitive function in patients with coronary artery disease: A literature review. *The Journal of International Medical Research*, 46(10), 4019–4031. doi: 10.1177/0300060517751452
- Correa-Rodríguez, M., Abu Ejheisheh, M., Suleiman-Martos, N., Membrive-Jiménez, M. J., Velando-Soriano, A., Schmidt-Rio Valle, J., & Gómez-Urquiza, J. L. (2020). Prevalence of Depression in Coronary Artery Bypass Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 9(4):909. doi: 10.3390/jcm9040909
- Davidson, K. W., Alcántara, C., & Miller, G. E. (2018). Selected psychological comorbidities in coronary heart disease: Challenges and grand opportunities. *The American Psychologist*, 73(8), 1019–1030. doi: 10.1037/amp0000239
- De Hert, M., Detraux, J., & Vancampfort, D. (2018). The intriguing relationship between coronary heart disease and mental disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(1), 31–40.
- Deckers, K., Schievink, S., Rodriguez, M., van Oostenbrugge, R. J., van Boxtel, M., Verhey, F., & Köhler, S. (2017). Coronary heart disease and risk for cognitive impairment or dementia: Systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 12(9), e0184244. doi: 10.1371/journal.pone.0184244
- Derogatis, L.R. (1992). *SCL-90-R: Administration, Scoring of Procedures Manual-II for the Revised Version and Other Instruments of the Psychopathology Rating Scale Series*. Towson, MD: Clinical Psychometric Research Incorporated.
- Eremina, D. A. (2019). The Study of Cognitive Functioning in the Cardiac Surgery Clinic: Methodology and Promising Areas of Research. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya – Clinical Psychology and Special Education*, 8(4), 1–22. doi: 10.17759/cpse.2019080401
- Eremina, O. V., Petrova, M. M., Prokopenko, S. V., Isaeva, N. V., & Kaskaeva, D. S. (2014). Kognitivnye narusheniya u patsientov s ishemicheskoy boleznyu serdtsa [Cognitive impairment in patients with ischemic heart disease]. *Byulleten' sibirskoy meditsiny*, 6, 48–56.
- Farquhar, J. M., Stonerock, G. L., & Blumenthal, J. A. (2018). Treatment of Anxiety in Patients With Coronary Heart Disease: A Systematic Review. *Psychosomatics*, 59(4), 318–332. doi: 10.1016/j.psym.2018.03.008
- Grigorieva, O. S., Eremina, D. A., & Shchelkova, O. Yu. (2019). Klinicheskie, psichosotsial'nye i emotsional'no-lichnostnye kharakteristiki patsientov pozhilogo vozrasta s razlichnoy dinamikoy kognitivnogo funktsionirovaniya [Clinical, psychosocial and emotional-personal characteristics of elderly patients with different dynamics of cognitive functioning]. *Peterburgskiy psikhologicheskij zhurnal*, 27, 17–35.
- Legostaeva, E. S. (2018). Kognitivnye oshibki u lits, stradayushchikh tyazhelymi somaticheskimi zabolevaniyami [Cognitive errors in persons suffering from severe somatic diseases]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*, 5. Retrieved August 27, 2020, from <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=28156>

- Levashkevich, Yu. L., Velikanov, A. A., Yurlova, T. G., Isaeva, E. R., & Demchenko, E. A. (2015). Kognitivnye oshibki kak mishen' psikhokorreksii u bol'nykh ishemicheskoy bolezniyu serdtsa do i posle koronarnogo shuntirovaniya. Profilakticheskaya i klinicheskaya meditsina [Cognitive errors as a target for psychocorrection in patients with coronary heart disease before and after coronary bypass surgery. Preventive and clinical medicine]. *Nauchno-prakticheskiy zhurnal. Severo-Zapadnyy gosudarstvennyy meditsinskiy universitet im. I.I. Mechnikova*, 1(54), 110–114.
- Lysenkova, N. O., Zhilina, A. N., Rumyantsev, M. I., & Kupriyanov, A. E. (2017). Psikhologicheskie osobennosti bol'nykh ishemicheskoy bolezniyu serdtsa [Psychological features of patients with ischemic heart disease]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii*, 9(5). Retrieved August 27, 2020, from <http://mprj.ru>
- Magán, I., Casado, L., Jurado-Barba, R., Barnum, H., Redondo, M., Hernandez, A., & Bueno, H. (2020). Efficacy of psychological interventions on psychological outcomes in coronary artery disease: Systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 51(11), 1–15. doi: 10.1017/S0033291720000598
- Martynov, A. I., Akatova, E. V., Nikolin, O. P., & Urlaeva, I. V. (2016). Povedencheskiy tip A kak faktor riska ostrogo koronarnogo sindroma [Behavioral type A as a risk factor for acute coronary syndrome]. *Terapiya*, 1(5), 82–87.
- Nikolaev, E. L., & Lazareva, E. Yu. (2015). Psikhoterapiya i psikhologicheskaya pomoshch' bol'nym serdechno-sosudistymi zabolovaniyami [Psychotherapy and psychological assistance to patients with cardiovascular diseases]. *Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii*, 11(1), 57–76.
- Prado-Olivares, J., & Chover-Sierra, E. (2019). Preoperative Anxiety in Patients Undergoing Cardiac Surgery. *Diseases (Basel, Switzerland)*, 7(2): 46. doi: 10.3390/diseases7020046
- Reavell, J., Hopkinson, M., Clarkesmith, D., & Lane, D. A. (2018). Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Depression and Anxiety in Patients With Cardiovascular Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychosomatic Medicine*, 80(8). 742–753. doi: 10.1097/PSY.0000000000000626
- Sahoo, S., Padhy, S. K., Singla, N., & Sarkar, S. (2018). Role of personality in cardiovascular diseases: An issue that needs to be focused too! *Indian Heart Journal*, 70, 471–477. doi: 10.1016/j.ihj.2018.11.003
- Seryy, A. V., Yanitskiy, M. S., Solodukhin, A. V., & Trubnikova, O. A. (2017). The methodological bases of the integrated approach development in psychological correction and psychotherapy of cardiological patients before and after coronary bypass surgery. *Sibirskiy psikhologicheskii zhurnal – Siberian Journal of Psychology*, 63, 89–101. doi: 10.17223/17267080/63/7
- Solodukhin, A. V., Seryy, A. V., Yanitskiy, M. S., & Trubnikova, O. A. (2017). Vozmozhnosti metodov kognitivno-povedencheskoy psikhoterapii v izmenenii vnutrenney kartiny bolezni u patsientov s ishemicheskoy bolezniyu serdtsa [Possibilities of methods of cognitive-behavioral psychotherapy in changing the internal picture of the disease in patients with coronary heart disease]. *Fundamental'naya i klinicheskaya meditsina – Fundamental and Clinical Medicine*, 2(1), 84–90.
- Sumin, A. N., & Barbarash, O. L. (2014). Psikhologicheskii distress u bol'nykh pri koronarnom shuntirovanii: rasprostranennost' i klinicheskoe znachenie [Psychological distress in patients with coronary artery bypass grafting: prevalence and clinical significance]. *Serdtsa: zhurnal dlya praktikuyushchikh vrachey*, 13(6), 360–366.
- Ushakova, S. E., Aleksandrov, M. V., Budnikova, N. V., & Linkov, V. V. (2016). K probleme kognitivnykh rasstroystv u bol'nykh arterial'noy gipertoniey pozhilogo i starchyego vozrasta [On the problem of cognitive disorders in elderly and senile patients with arterial hypertension]. *Lechebnoe delo*, 1, 8–18.
- Yanichev, D.P. (2006). *Kognitivnye aspekty samovospriyatiya lichnostnykh chert u patsientov s nevroticheskoy i nevrozopodobnoy simptomatikoy* [Cognitive aspects of self-perception

of personality traits in patients with neurotic and neurosis-like symptoms] (PhD Candidate dissertation). St. Petersburg State University, St. Petersburg.

*Received 14.04.2020; Revised 05.05.2021;
Accepted 08.10.2021*

Arseniy A. Velikanov – Clinical Psychologist, Psychotherapy Department, Associate Professor of Human Sciences Department, “Almazov National Medical Research Centre” of the Ministry of Health of the Russian Federation. Ph. D. (Psychol.)

E-mail: arsen.velikanov@gmail.com

Yulia L. Levashkevich – Deputy Director of St. Petersburg State Budgetary Institution “Center of social rehabilitation for people and children with disabilities in the Primorsky District of St. Petersburg”.

E-mail: L-U-L@mail.ru

Anna A. Stoljarova – clinical psychologist, volunteer, “Almazov National Medical Research Centre” of the Ministry of Health of the Russian Federation.

E-mail: anna.stoljarova@gmail.com

Elena A. Demchenko – Head of the Research Laboratory of Rehabilitation, “Almazov National Medical Research Centre” of the Ministry of Health of the Russian Federation. D. Sc. (Med.).

E-mail: elenademchenko2006@rambler.ru