

УДК 159.9.015

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ РАЦИОНАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И КОРОНАРНЫМ ШУНТИРОВАНИЕМ

А.В. Солодухин^{а, b}, Н.Г. Видяева^а, Е.Е. Помешкина^с,
Ю.А. Аргунова^а, А.В. Серый^b, О.Л. Барбараш^а

^а Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, 650002, Россия, Кемерово, Сосновый бульвар, д. 6

^b Кемеровский государственный университет, 650000, Россия, Кемерово, ул. Красная, д. 6

^с Кемеровский государственный медицинский университет, 650056, Россия, Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22 А

Представлен анализ влияния методов рационально-поведенческой психотерапии на психический статус пациентов с ишемической болезнью сердца и коронарным шунтированием в периоперационном периоде. Психологическая работа заключалась в применении таких методов рационально-поведенческой терапии, как репетиция адаптивного поведения, систематическая десенсибилизация, ведение дневника реабилитации, когнитивное переструктурирование, мышечная релаксация по Э. Джекобсону до и после операции. Результаты исследования показали, что применение методов рационально-поведенческой психотерапии при оказании психологической помощи влияет на формирование у пациентов с ИБС адаптивных вариантов внутренней картины болезни и продуктивных моделей копинг-поведения.

Ключевые слова: внутренняя картина болезни; копинг-стратегии; рационально-поведенческая психотерапия; ишемическая болезнь сердца; коронарное шунтирование.

Введение

Разработка идей, методов психологии и их применение в клинике соматических заболеваний связаны с развитием персонифицированной системы медицинской помощи, в основе которой лежат личность пациента, его биологические и социально-психологические факторы. Психологические параметры пациента определяют его реагирование на заболевание, что может в существенной степени влиять на развитие болезни, эффективность лечебных и реабилитационных мероприятий [1]. Основными адаптационно-компенсаторными психологическими параметрами пациента выступают внутренняя картина болезни (ВКБ), т.е. отношение больного к потенциально значимым жизненным ситуациям, связанным с его болезнью, и стратегии стресс-преодолевающего (копинг) поведения [2].

В настоящее время крайне мало внимания уделяется возможностям рационально-поведенческой психокоррекции дезадаптивных вариантов ВКБ и копинг-поведения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, и в

частности ИБС, хотя убедительно доказано, что когнитивная и рационально-поведенческая психотерапия (РПП) приводит к уменьшению тревожно-депрессивной симптоматики у пациентов и повышению их качества жизни [3, 4]. Методы и приемы РПП направлены на помощь пациентам в формировании адекватных представлений о заболевании, выработке конструктивных стратегий поведения и создании установок на преодоление болезни [5].

В связи с этим содержанием данного исследования стала оценка применения методов РПП, направленных на формирование установок на активное преодоление заболевания, обучение приемам, улучшающим адаптацию к оперативному вмешательству, и развитие навыков психической саморегуляции у пациентов с ИБС, подвергшихся коронарному шунтированию (КШ).

Цель работы. Оценить эффективность применения методов рационально-поведенческой психотерапии при работе с внутренней картиной болезни и стресс-преодолевающим поведением у пациентов с ИБС до и после КШ.

Материалы и методы исследования

В 2017–2018 гг. была проведена клинико-психологическая диагностика 74 пациентов-мужчин в возрасте от 44 до 73 лет со стабильной ИБС, планирующих на КШ в условиях искусственного кровообращения в НИИ КПССЗ.

Критерии включения: мужской пол, планируемое КШ и добровольное информированное согласие пациента на участие в исследовании.

Критериями исключения являлись: наличие нестабильной стенокардии, недавно перенесенный инфаркт миокарда (менее 28 суток), выраженные нарушениями ритма и проводимости сердца, сниженная фракция выброса левого желудочка (менее 40%), наличие других соматических заболеваний, препятствующих проведению реабилитационных мероприятий. Критерием исключения также являлось нежелание пациента участвовать в опросе.

Исследование было выполнено в соответствии со стандартами надлежащей клинической практики (Good Clinical Practice) и принципами Хельсинкской декларации Всемирной ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека». Протокол исследования был одобрен локальным Этическим комитетом НИИ КПССЗ. Работа выполнена при поддержке комплексной программы фундаментальных научных исследований СО РАН.

Психологические занятия пациента с клиническим психологом проходили в течение 6 сеансов, из них 3 занятия на предоперационном этапе и 3 занятия в течение 8–10 дней после оперативного вмешательства. Продолжительность занятия составляла 40–60 мин.

На первой консультации проводилась беседа психолога с пациентом, исследовались отношение пациента к своему заболеванию и его ожидания относительно дальнейшей жизни после операции. С этой целью осуществлялась диагностика внутренней картины болезни (ВКБ) с использованием опросника ТОБОЛ. Оценка стресс-преодолевающего поведения проводилась

с помощью методики исследования копинг-стратегий (Р. Лазарус и С. Фолкман; адаптированный вариант Т.А. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой) [6]. Дальнейшая работа психолога выстраивалась в зависимости от полученных результатов клинико-психологической диагностики. С целью коррекции ВКБ и непродуктивного копинг-поведения применялись методы рационально-поведенческой психотерапии: систематическая десенсибилизация, ведение дневника реабилитации, репетиция адаптивного поведения, когнитивное переструктурирование, мышечная релаксация по Э. Джекбсону [7]. Повторная оценка динамики ВКБ и копинг-поведения проводилась на 9–11-е сутки после КШ.

Для проведения статистического анализа использовано компьютерное программное обеспечение Statistica 10.0. Полученные данные были проанализированы на нормальность распределения по критерию Колмогорова–Смирнова. Распределение данных отличалось от нормального, в связи с чем для анализа количественных несвязанных показателей был использован критерий Манна–Уитни с применением поправки Бонферрони, а для связанных – критерий Вилкоксона. Качественные показатели анализировались с помощью критерия хи-квадрат Пирсона с поправкой Йетса. Статистически значимыми признавали значения $p \leq 0,05$.

Результаты исследования

Все пациенты с ИБС до проведения КШ ($n = 74$) были рандомизированы на две группы: группа с сопровождением психолога с использованием рационально-поведенческой терапии ($n = 42$) и группа без сопровождения психолога ($n = 32$).

Клинико-anamnestическая характеристика пациентов, включенных в исследование, представлена в табл. 1.

Таблица 1

Клинико-anamnestическая характеристика пациентов, находящихся на предоперационном этапе КШ ($n = 74$)

Показатель	Группа с психологическим сопровождением ($n = 42$)	Группа без психологического сопровождения ($n = 32$)	p
Средний возраст, лет	61 (58; 66)	63 (57; 67)	0,2
Давность ишемической болезни сердца, годы	1 (1; 4)	2 (1; 4)	0,5
Индекс массы тела, кг/м ²	28 (25; 30)	28 (25; 33)	0,6
Фракция выброса левого желудочка (%)	62,5 (56; 64)	59 (54; 64)	0,3
Стенозы сонных артерий, n (%)	14 (33)	10 (31)	0,2
Артериальная гипертензия, n (%)	39 (93)	28 (87)	0,3
Давность артериальной гипертензии, годы	5 (3; 8)	7 (2; 10)	0,3
Инфаркты миокарда в анамнезе, n (%)	23 (55)	20 (63)	0,2
Общий холестерин, ммоль/л	3,8 (3,2; 4)	4,2 (3,4; 4,6)	0,1
Количество курящих пациентов, n (%)	6 (14)	4 (13)	0,3

Примечание. Статистически значимыми считались различия данных при $p < 0,05$.

При оценке ВКБ, копинг-стратегий у пациентов до проведения КШ значимой разницы в показателях в сравниваемых группах не выявлено. Повторный анализ ВКБ через 9–11 дней после КШ (перед выпиской) показал достоверное повышение средних показателей гармоничного и эргодатического вариантов ВКБ в группе психологического сопровождения (табл. 2). Показатели адаптивных вариантов ВКБ в группе без психологического сопровождения значимо не изменились, однако зафиксировано снижение показателей тревожной ВКБ.

Кроме того, при сравнительном анализе групп с психологическим сопровождением и без психологического сопровождения на 9–11-е сутки после КШ были обнаружены достоверно большие значения дезадаптивных ипохондрического, сенситивного и эгоцентрического типов ВКБ в группе без психологической помощи (см. табл. 2).

Таблица 2

Динамика выраженности параметров внутренней картины болезни (баллы) у пациентов с ИБС до и после проведения КШ в зависимости от психологического сопровождения (n = 74)

Внутренняя картина болезни	Группа с психологическим сопровождением (n = 42), Me [Q25; Q75]		p	Группа без психологического сопровождения (n = 32), Me [Q25; Q75]		p
	До КШ	9–11-е сутки после КШ		До КШ	9–11-е сутки после КШ	
	(1)	(2)		(3)	(4)	
Гармоничный	31 (26; 41)	36 (28; 39)	0,05	36 (29; 42)	30 (27; 49)	
Эргодатический	31 (19; 40)	34 (25; 40)	0,03	30 (28; 43)	36 (20; 42)	
Анозогнозический	19 (17; 32)	23 (18; 31)		23 (13; 32)	19 (10; 32)	
Тревожный	3 (0; 8)	3 (0; 8)		6 (0; 18)	4 (0; 11)	0,03
Ипохондрический	8 (4; 12)	4 (3; 12)		9 (4; 13)	11 (4; 15)	2–4: 0,02
Неврастенический	3 (0; 7)	4 (0; 11)		3 (1; 7)	3 (1; 10)	
Меланхолический	0 (0; 0)	0 (0; 4)		0 (0; 8)	0 (0; 4)	
Апатический	0 (0; 0)	3 (0; 5)		3 (0; 7)	1 (0; 6)	
Сенситивный	11 (7; 15)	11 (7; 15)		15 (9; 20)	17 (11; 20)	2–4: 0,02
Эгоцентрический	5 (0; 8)	3 (0; 8)		5 (5; 8)	5 (4; 8)	2–4: 0,04
Паранойяльный	3 (0; 5)	2 (0; 4)		2 (0; 4)	2 (0; 5)	
Дисфорический	0 (0; 4)	0 (0; 3)		0 (0; 4)	0 (0; 4)	

Примечание. Статистически значимыми считались различия данных при $p < 0,05$.

При анализе динамики копинг-поведения в группе психологического сопровождения зафиксированы достоверные повышение показателей продуктивной копинг-стратегии «принятие ответственности» и снижение показателей таких непродуктивных копинг-стратегий, как «конфронтация» и «положительная переоценка». В группе без психологического сопровождения зафиксировано снижение показателей продуктивной копинг-стратегии «принятие ответственности» (табл. 3). Кроме того, при сравнительном анализе групп с психологическим сопровождением и без психологического сопровождения на 9–11-е сутки после КШ был обнаружен достоверно больший показатель продуктивной копинг-стратегии «планирование решения проблем» в группе, получавшей дополнительную психологическую помощь.

Таблица 3

Динамика выраженности копинг-стратегий (баллы) у пациентов с ИБС до и после проведения КШ стратегией в зависимости от психологического сопровождения (n = 74)

Внутренняя картина болезни	Группа с психологическим сопровождением (n = 42), Me [Q25; Q75]		p	Группа без психологического сопровождения (n = 32), Me [Q25; Q75]		p
	До КШ	9–11-е сутки после КШ		До КШ	9–11-е сутки после КШ	
	(1)	(2)		(3)	(4)	
Конфронтация	46 (38; 50)	42 (34; 46)	0,04	42 (38; 53)	40 (30; 44)	
Дистанцирование	51 (44; 58)	50 (48; 51)		48 (44; 54)	48 (46; 59)	
Самоконтроль	45 (36; 54)	44 (34; 51)		45 (42; 54)	45 (36; 52)	
Поиск социальной поддержки	48 (40; 54)	48 (45; 51)		48 (40; 54)	47 (41; 51)	
Принятие ответственности	47 (44; 51)	50 (45; 55)	0,04	51 (40; 58)	47 (40; 51)	0,04
Бегство-избегание	43 (35; 46)	40 (35; 46)		46 (40; 57)	47 (36; 53)	
Планирование решения проблем	48 (38; 55)	48 (45; 58)		46 (38; 55)	42 (40; 48)	2–4: 0,01
Положительная переоценка	45 (40; 53)	42 (41; 48)	0,04	53 (48; 55)	45 (38; 52)	

Примечание. Статистически значимыми считались различия данных при $p < 0,05$.

По результатам оценки динамики количества пациентов по ведущим копинг-стратегиям в зависимости от наличия психологического сопровождения было обнаружено достоверное увеличение пациентов с преобладающей продуктивной копинг-стратегией «принятие ответственности» в группе с психологическим сопровождением. Среди пациентов без психологического сопровождения зафиксированы уменьшение количества пациентов с преобладающими продуктивными копинг-стратегиями «самоконтроль»,

«поиск социальной поддержки» и увеличение количества пациентов с непродуктивной копинг-стратегией «бегство-избегание» (табл. 4).

Таблица 4

Динамика количества пациентов до и после проведения КШ с ведущей копинг-стратегией в зависимости от психологического сопровождения

Внутренняя картина болезни	Группа с психологическим сопровождением (n = 42)		P	Группа без психологического сопровождения (n = 32)		P
	До КШ	9–11-е сутки после КШ		До КШ	9–11-е сутки после КШ	
	(1)	(2)		(3)	(4)	
Конфронтация, n	5 (12%)	4 (10%)		10 (30%)	13 (41%)	2–4: 0,001
Дистанцирование, n	11 (27%)	10 (24%)		4 (13%)	2 (6%)	2–4: 0,004
Самоконтроль, n	4 (9%)	2 (5%)		4 (13%)	1 (3%)	0,001
Поиск социальной поддержки, n	5 (12%)	3 (7%)		4 (13%)	1 (3%)	0,001
Принятие ответственности, n	2 (5%)	6 (14%)	0,05	4 (13%)	8 (25%)	
Бегство-избегание, n	2 (5%)	1 (2%)		1 (3%)	3 (9%)	0,01
Планирование решения проблем, n	9 (21%)	12 (29%)		3 (9%)	4 (13%)	2–4: 0,005
Положительная переоценка, n	4 (9%)	4 (9%)		2 (6%)	0	

Примечание. Статистически значимыми считались различия данных при $p < 0,05$.

При сравнительном анализе групп с психологическим сопровождением и без психологического сопровождения на 9–11-е сутки после КШ было обнаружено достоверно большее количество пациентов с преобладающей продуктивной копинг-стратегией «планирование решения проблем» и копинг-стратегией «дистанцирование» в группе, получавшей дополнительную психологическую помощь. В группе без психологического сопровождения зафиксировано достоверно большее количество пациентов с преобладающей непродуктивной копинг-стратегией «конфронтация».

Обсуждение результатов исследования

Рационально-поведенческая психотерапия является терапевтическим методом, в основе которого лежат работа с психологическими проблемами пациента через предоставление ему информации об особенностях его заболевания и обучение новым моделям поведения и способам мышления с целью адаптации к своему состоянию [8]. В настоящее время методы РПП активно применяются для борьбы с неврозами, страхами, тревожно-депрессивными состояниями и иными психическими и поведенческими нарушениями. Однако в клинической кардиологии данные психотерапев-

тические методы в силу ряда факторов до сих пор не нашли своего применения, что во многом связано с недостаточным пониманием причин формирования психологических проблем у пациентов кардиологического профиля. Для изучения возможностей РПП при работе с ВКБ и стресс-преодолевающим поведением у пациентов с ИБС была проведена клинико-психологическая диагностика типов отношения к болезни и копинг-поведения и выбран комплекс методик, помогающих пациентам приобрести новый, противоречащий неадаптивным убеждениям и моделям поведения опыт. Новые варианты мышления и поведения закреплялись в процессе психологических занятий при помощи ведения дневника реабилитации, методов систематической десенсибилизации, когнитивного реструктурирования, репетиции адаптивного поведения и мышечной релаксация по Э. Джекобсону. После шести занятий (3 занятия до КШ и 3 – в течение 8–10 дней после КШ) с клиническим психологом были зафиксированы изменения показателей ВКБ и копинг-поведения.

Одним из важных факторов, определяющих послеоперационный психологический статус пациента, является его ВКБ [1]. Так, при оценке показателей ВКБ в группе пациентов с психологическим сопровождением наблюдалась положительная динамика показателей гармоничного и эргопатического вариантов отношения к болезни, которые относятся к адаптивным типам ВКБ. Как известно, рационально-поведенческая терапия позволяет пациентам осознать искажения собственного мышления, а также формирует у них способность принимать рациональные и адекватные для конкретной ситуации решения при возникновении различных жизненных проблем [9]. Гармоничный и эргопатический типы реагирования на заболевание при этом характеризуются трезвой оценкой своего состояния без склонности преувеличивать или преуменьшать тяжесть заболевания, а также активно преодолевать состояние болезни. Учитывая результаты проведенного исследования, можно утверждать, что используемые приемы РПП помогают пациентам в формировании рационального и адекватного отношения к своему состоянию за счет избавления от когнитивных искажений, формирования планов на дальнейшее выздоровление и обучения навыкам психической саморегуляции. Таким образом, приемы РПП помогают в формировании гармоничного и эргопатического типа ВКБ, что, согласно ряду исследований, положительно влияет на комплаенс и дальнейшую приверженность пациента к лечению [10–12].

Известно, что наличие высоких значений дезадаптивных тревожно-депрессивных вариантов ВКБ приводит к более частому и необоснованному обращению за медицинской помощью, а также к неадекватному выполнению медицинских назначений [5]. Неопределенность ситуации оперативного вмешательства, страхи по поводу осложнений и отсутствие дополнительной информации по возможным результатам лечения формируют стрессовое состояние у пациента [13].

По результатам проведенного нами исследования было доказано, что приемы РПП не оказывают негативного влияния на показатели тревожной ВКБ, т.е. не приводят к дезадаптации и формированию страхов по поводу

оперативного вмешательства, несмотря на предоставление более подробной информации о возможных послеоперационных осложнениях и их профилактике. В группе без психологического сопровождения наблюдалось уменьшение показателей тревожного типа ВКБ, включавшего в себя опасения и страхи по поводу неблагоприятного исхода операции, что, с одной стороны, снижает риск психической дезадаптации, но при этом может стать причиной появления анозогнозического (эйфорического) отношения к своему состоянию и снизить приверженность к лечению [14]. Таким образом, снижение показателей тревожного варианта ВКБ без оказания психологической помощи может свидетельствовать о значимом влиянии самого оперативного вмешательства на психологический статус пациента.

При оценке копинг-поведения в группе психологического сопровождения наблюдалось достоверное повышение показателей продуктивной копинг-стратегии «принятие ответственности» как по уровню баллов, так и по количеству пациентов, выбравших ее основной. Как известно, одной из основных целей психологического сопровождения в реабилитационном процессе является формирование у пациента ответственности за свое состояние и выполнение медицинских назначений. Согласно ранее проведенным в НИИ КПССЗ исследованиям по взаимосвязи копинг-поведения и приверженности пациентов к немедикаментозной и медикаментозной терапии, была установлена положительная связь данной копинг-стратегии и приверженности пациента к лечению [15]. По результатам настоящего исследования обнаружено, что методы РПП положительно влияют на уровень ответственности пациента за свое состояние с помощью приемов, направленных на избавление от когнитивных искажений и формирование адекватного отношения к своему заболеванию. После проведения психологического сопровождения было зафиксировано снижение показателей непродуктивных копинг-стратегий «конфронтация» и «положительная переоценка».

В группе без психологического сопровождения наблюдались снижение показателей продуктивной копинг-стратегии «принятие ответственности» и уменьшение количества пациентов, выбравших основными «самоконтроль» и «поиск социальной поддержки». Кроме того, после проведения КШ в группе без психологического сопровождения непродуктивная копинг-стратегия «бегство-избегание» была выбрана основной большим количеством пациентов, чем до операции.

Заключение

Полученные результаты исследования позволяют сделать вывод, что методы рационально-поведенческой психотерапии влияют на формирование у пациентов с ИБС адаптивных вариантов внутренней картины болезни и продуктивных моделей копинг-поведения. Таким образом, приемы рационально-поведенческого подхода позволяют повысить эффективность оказания психологической помощи пациентам с ИБС при подготовке к КШ, что необходимо учитывать при оказании реабилитационного сопровождения.

Литература

1. Содномова Л.Б. Нозогении и отношение к болезни у пациентов с острым коронарным синдромом // Вестник Бурятского государственного университета. Медицина и фармация. 2015. № 12. С. 52–56.
2. Орлова М.М. Трансформация идентичности у больных ишемической болезнью сердца как проявление адаптационных стратегий // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. 2015. № 174. С. 101–108.
3. Hosseini S.H., Rafiei A., Gaemian A., Targari A., Zakavi A., Yazdani J., Vaezzadeh N. Comparison of the Effects of Religious Cognitive Behavioral Therapy (RCBT), Cognitive Behavioral Therapy (CBT), and Sertraline on Depression and Anxiety in Patients after Coronary Artery Bypass Graft Surgery: Study Protocol for a Randomized Controlled Trial // Iranian Journal of Psychiatry. 2017. Vol. 12, № 3. P. 206–213.
4. Biondi-Zoccai G. et al. Evidence-based psychotherapy in ischemic heart disease: Umbrella review and updated meta-analysis // Psychotherapy for Ischemic Heart Disease. Springer, Cham, 2016. С. 131–158. DOI: 10.1007/978-3-319-33214-7_10.
5. Караваева Т.А., Васильева А.В., Полторац С.В. Принципы и алгоритмы психотерапии тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств) // Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2016. № 4. С. 42–52.
6. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Психологическая диагностика отношения к болезни : пособие для врачей. СПб., 2005. 32 с.
7. Солодухин А.В., Серый А.В., Яницкий М.С., Трубникова О.А. Возможности методов когнитивно-поведенческой психотерапии в изменении внутренней картины болезни у пациентов с ишемической болезнью сердца // Фундаментальная и клиническая медицина. 2017. Т. 2, № 1. С. 84–90.
8. Мелкумова К.А. Когнитивно-поведенческая психотерапия при лечении хронической боли // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2010. № 1. С. 9–13. DOI: 10.14412/2074-2711-2010-63.
9. Еремина Д.А., Круглова Н.Е., Щелкова О.Ю., Яковлева М.В. Психологические основы повышения эффективности восстановительного лечения больных ИБС после коронарного шунтирования // Вестник Санкт-Петербургского университета. Сер. 12. Социология. 2014. № 1. С. 54–68.
10. Ketterer M.W., Mahr G. Evidence-based treatment of emotional distress in patients with ischemic coronary heart disease // Psychiatric Annals. 2016. Т. 46, № 12. С. 677–682. DOI: 10.3928/00485713-20161026-02.
11. Жунусова Г.С. Реабилитация больных на ранних этапах после аортокоронарного шунтирования в комплексе с применением рациональной психотерапии и сеансов классической релаксации – гипноза // Вестник Казахского национального медицинского университета. 2016. № 3. С. 83–85.
12. Чернорай А.В. Отношение к болезни и лечению пациентов с обострением сердечно-сосудистого заболевания на этапе реабилитации // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. 2012. Т. 153, № 1. С. 237–242.
13. Pourafkari N., Pourafkari L., Nader N.D. Depression following coronary artery bypass grafting surgery revisited // Turk kardiyol dern ars. 2016. Т. 4, № 6. С. 524–529. DOI: 10.5543/tkda.2016.49697.
14. Дубинина Е.А. Когнитивно-поведенческие механизмы анозогнозии у кардиологических пациентов, перенесших неотложные кардиологические состояния // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. 2015. № 174. С. 75–83.
15. Помешкина С.А., Беззубова В.А., Солодухин А.В., Серый А.В., Ардашова Н.Ю. Связь приверженности к терапии с показателями психологического статуса пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование // Доктор.Ру. 2017. Т. 134, № 5. С. 36–41.

*Поступила в редакцию 19.03.2019 г.; повторно 05.02.2020 г.;
принята 07.02.2020 г.*

Солодухин Антон Витальевич – младший научный сотрудник лаборатории нейрососудистой патологии Научно-исследовательского института комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний; аспирант кафедры психологических наук Кемеровского государственного университета.

E-mail: mein11@mail.ru

Видяева Наталья Георгиевна – врач-физиотерапевт кабинета реабилитации Научно-исследовательского института комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний.

E-mail: korthonjia@mail.ru

Помешкина Елизавета Евгеньевна – студент Кемеровского государственного медицинского университета.

E-mail: pomesh.kina@mail.ru

Аргунова Юлия Александровна – кандидат медицинских наук, научный сотрудник лаборатории реабилитации Научно-исследовательского института комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний.

E-mail: argunova-u@mail.ru

Серый Андрей Викторович – доктор психологических наук, профессор, профессор кафедры психологических наук Кемеровского государственного университета.

E-mail: avgrey@yahoo.com

Барбараш Ольга Леонидовна – доктор медицинских наук, член-корреспондент РАН, директор Научно-исследовательского института комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний.

E-mail: olb6@mail.ru

For citation: Solodukhin, A.V., Vidyayeva, N.G., Pomeshkina, E.E., Argunova, U.A., Seryj, A.V., Barbarash O.L. Rational Emotive Behavioral Therapy for Coronary Artery Disease Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Grafting. *Sibirskiy Psikhologicheskiy Zhurnal – Siberian journal of psychology*. 2020; 75: 182–194. doi: 10.17223/17267080/75/10. In Russian. English Summary

Rational Emotive Behavioral Therapy for Coronary Artery Disease Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Grafting

**A.V. Solodukhin^{a, b}, N.G. Vidyayeva^a, E.E. Pomeshkina^c,
U.A. Argunova^a, A.V. Seryj^b, O.L. Barbarash^a**

^a *Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases, 6, Sosnoviy Blvd, Kemerovo, 650002, Russian Federation*

^b *Kemerovo State University, 6, Krasnaya St., Kemerovo, 665000, Russian Federation*

^c *Kemerovo State Medical University, 22 A, Voroshilova St., Kemerovo, 650056, Russian Federation*

Abstract

The study was aimed at evaluating the effectiveness of rational emotive behavioral therapy (REBT) used to estimate personal perception of illness and coping strategies in coronary artery disease patients before and after coronary artery bypass grafting.

74 male patients aged from 44 to 73 underwent routine clinical examination and psychological assessment before and after coronary artery bypass grafting (CABG). All patients were enrolled either in Group 1, who received psychological supervision, or Group 2 without psychological supervision. Every patient underwent at least six psychological sessions; half

of them were performed in the preoperative period and another half on days 8-10 after the indexed surgery.

All patients underwent the standard examination on days 7-10 before CABG and on days 9-11 after CABG. Patients' perception of illness and coping behavior were evaluated using the Personal Questionnaire of the Bekhterevsky Institute, commonly referred as the TOBOL test. Coping behavior was assessed with the coping strategies. REBT was used to modify patients' perception and avoid the use of nonproductive coping behavior. The following REBT methods were used: rehabilitation goal setting diaries, cognitive restructuring, rehearsal of adaptive behavior, and Jacobson's relaxation technique.

Patients who received psychological supervision demonstrated a positive trend towards using harmonious and ergopathic illness perception models, which are commonly included in the adaptive behavior pattern. Patients without psychological support reported a decrease in using the anxiety-related behavioral pattern, which included concerns and fears about the unfavorable outcome of the surgery.

Patients under psychological supervision more frequently took the responsibility, both in terms of scores and the number of patients who started to use it. Importantly, patients less frequently switched to the maladaptive coping-strategies, namely confrontation and positive reevaluation.

Patients without psychological support less frequently accepted the responsibility. In addition, the number of patients who used self-control and searched for social support decreased. Importantly, patients in this group commonly switched to the escape-avoidance coping strategy after the indexed surgery.

The obtained results suggest that REBT is beneficial in the formation of adaptive behavioral patterns and contributes to a wide use of productive coping strategies, thus improving illness perception model in patients with coronary artery disease referred to elective coronary artery bypass grafting.

Keywords: personal perception of illness; coping strategies; rational emotive behavioral therapy; coronary artery disease; coronary artery bypass grafting.

References

1. Sodnomova, L.B. (2015) Nozogenii i otnoshenie k zabolevaniyu u patsientov s ostrym koronarnym sindromom [Nosogenies and the attitude to disease in patients with acute coronary syndrome]. *Vestnik Buryatskogo gosudarstvennogo universiteta. Medicina i farmaciya*. 12. pp. 52–56.
2. Orlova, M.M. (2015) Transformation of the identity in patients with coronary heart disease as a manifestation of adaptation strategies. *Izvestiya Rossiyskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im. A.I. Gertsena – Izvestia: Herzen University Journal of Humanities & Sciences*. 174. pp. 101–108. (In Russian).
3. Hosseini, S.H., Rafiei, A., Gaemian, A., Tirgari, A., Zakavi, A., Yazdani, J. & Vaezzadeh, N. (2017) Comparison of the Effects of Religious Cognitive Behavioral Therapy (RCBT), Cognitive Behavioral Therapy (CBT), and Sertraline on Depression and Anxiety in Patients after Coronary Artery Bypass Graft Surgery: Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. *Iranian Journal of Psychiatry*. 12(3). pp. 206–213.
4. Biondi-Zoccai, G., Mazza, M., Roeber, L., van Dixhoorn, J., Frati, G. & Abbate, A. (2016) Evidence-based psychotherapy in ischemic heart disease: Umbrella review and updated meta-analysis. In: Roncella, A. & Pristipino, C. (eds) *Psychotherapy for Ischemic Heart Disease*. pp. 131–158. DOI:10.1007/978-3-319-33214-7_10
5. Karavaeva, T.A., Vasileva, A.V. & Poltorak, S.V. (2016) Principles and algorithms of neurotic level anxiety disorders (anxiety-phobic, panic and generalized anxiety disorders)

- psychotherapy. *Obozrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Bekhtereva*. 4. pp. 42–52. (In Russian).
6. Vasserman, L.I., Iovlev, B.V., Karpova, A.B. & Vuks, A.Y. (2005) *Psikhologicheskaya diagnostika otosheniya k bolezni* [Psychological diagnostic of the attitude to disease]. St. Petersburg: [s.n.].
 7. Solodukhin, A.V., Seryi, A.V., Yanitsky, M.S. & Trubnikova, O.A. (2017) Cognitive behavioral therapy: an option for changing internal picture of disease in patients with coronary artery disease. *Fundamental'naya i klinicheskaya meditsina – Fundamental and Clinical Medicine*. 2(1) pp. 84–90. (In Russian).
 8. Melkumova, K.A. (2010) Cognitive behavioral psychotherapy in the treatment of chronic pain. *Nevrologiya, neyropsikhiatriya, psikhosomatika – Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 1. pp. 9–13. (In Russian). DOI: 10.14412/2074-2711-2010-63
 9. Eremina, D.A., Kruglova, N.E., Shchelkova, O.Yu. & Yakovleva, M.V. (2014) Psikhologicheskie osnovy povysheniya effektivnosti vosstanovitel'nogo lecheniya bol'nykh IBS posle koronarnogo shuntirovaniya [Psychological basis for increasing the effectiveness of rehabilitation treatment of patients with coronary artery disease after coronary bypass surgery]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Ser. 12. Sotsiologiya – Vestnik of Saint Petersburg University. Sociology*. 1. pp. 54–68.
 10. Ketterer, M.W. & Mahr, G. (2016). Evidence-based treatment of emotional distress in patients with ischemic coronary heart disease. *Psychiatric Annals*. 46(12). pp. 677–682. DOI: 10.3928/00485713-20161026-02
 11. Zhunusova, G.S. (2016) Reabilitatsiya bol'nykh na rannikh etapakh posle aortokoronarnogo shuntirovaniya v komplekse s primeneniem ratsional'noy psikhoterapii i seansov klassicheskoy relaksatsii – gipnoza [Rehabilitation for patients on early stage after artery coronary bypass grafting in complex with rational psychotherapy and classic relaxation – hypnosis]. *Vestnik Kazhskogo Nacional'nogo medicinskogo universiteta*. 3. pp. 83–85.
 12. Chernoray, A.V (2012) The attitude to the disease and treatment of patients with cardiovascular disease exacerbation in the rehabilitation period. *Izvestiya Rossiyskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im. A.I. Gertsena – Izvestia: Herzen University Journal of Humanities & Sciences*. 153(1). pp. 237–242. (In Russian).
 13. Pourafkari, N., Pourafkari, L. & Nader, N.D. (2016). Depression following coronary artery bypass grafting surgery revisited. *Turk kardiyol dern ars*. 4(6). pp. 524–29. DOI: 10.5543/tkda.2016.49697
 14. Dubinina, E.A. (2015) Cognitive-Behavioral Mechanisms of Illness Denial in Patients After Cardiac Emergencies. *Izvestiya Rossiyskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im. A.I. Gertsena – Izvestia: Herzen University Journal of Humanities & Sciences*. 174. pp. 75–83. (In Russian).
 15. Pomeskina, S.A., Bezzubova, V.A., Solodukhin, A.V., Seryy, A.V. & Ardashova, N.Yu. (2017) Svyaz' priverzhennosti k terapii s pokazatelyami psikhologicheskogo statusa patsientov, perenesshikh aortokoronarnoe shuntirovanie [The relationship of adherence to therapy with indicators of the psychological status of patients undergoing coronary artery bypass grafting]. *Doktor.Ru*. 134(5). pp. 36–41.

Received 19.03.2019; Revised 05.02.2020;

Accepted 07.02.2020

Anton V. Solodukhin – Junior Researcher, Laboratory of Neurovascular Pathology, Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases; Postgraduate, Kemerovo State University.

E-mail: mein11@mail.ru

Natalya G. Vidyayeva – Physiotherapist of the Rehabilitation Room, Pathology, Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases.

E-mail: korthonja@mail.ru

Elizaveta E. Pomeshkina – Student, Kemerovo State Medical University.

E-mail: pomesh.kina@mail.ru

Julia A. Argunova – Researcher, Laboratory for Rehabilitation, Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases, Cand. Sc. (Med.).

E-mail: argunova-u@mail.ru

Andrej V. Seryj – Professor, Department of Psychological Sciences, Kemerovo State University, D. Sc. (Psychol.), Professor.

E-mail: avgrey@yahoo.com

Olga L. Barbarash – Director, Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases. Corresponding Member of the RAS, D. Sc. (Med.).

E-mail: olb6@mail.ru