

**ФУНКЦИЯ И РОЛЬ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ
С НАРУШЕНИЕМ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМ АСПЕКТОМ
В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД**

Назарова Алёна Евгеньевна

студент

Научный руководитель: **Кабакова Майра Победовна**

к.п.н., доцент

Казахский национальный университет имени Аль-Фараби

Аннотация: В статье рассматривается совладающее поведение как процесс сознательного и целенаправленного приспособления к ситуации. Приводятся факторы принадлежности совладающего поведения к субъекту у которого присутствует нарушение сердечной деятельности, с наличием операционного вмешательства. Описывается процесс влияния несвладающего поведения на работу сердца, а также на состояние больного в целом, раскрываются критерии закономерности выбора того или иного способа совладания в послеоперационный период. Статья рассматривает акт риска кардиометаболических нарушений, с разноплановым тенденциями в стиле стресс-преодолевающего поведения.

Ключевые слова: совладающее поведение, копинг-стратегии, нарушение сердечной деятельности, симпатическая система, послеоперационное состояние личности, психологическая помощь в адаптации к трудным ситуациям.

**THE FUNCTION AND ROLE OF COPING BEHAVIOR IN PERSONS
WITH IMPAIRED CARDIAC ACTIVITY WITH A PSYCHOSOMATIC
ASPECT IN THE POSTOPERATIVE PERIOD**

Nazarova Alyona Evgenievna

Abstract: The article considers coping behavior as a process of conscious and purposeful adaptation to the situation. The factors of belonging of coping behavior to

a subject who has a violation of cardiac activity, with the presence of surgical intervention, are given. The process of the influence of the lack of coping behavior on the work of the heart, as well as on the patient's condition as a whole, is described, the criteria for the regularity of choosing one or another method of coping in the postoperative period are revealed. The article examines the act of risk of cardiometabolic disorders, with diverse trends in the style of stress-overcoming behavior.

Key words: coping behavior, coping strategies, cardiac dysfunction, sympathetic system, postoperative state of personality, psychological assistance in adapting to difficult situations.

Заболевания, связанные с сердечной дисфункцией, остаются ведущей проблемой во всем мире. В Республике Казахстан, несмотря на принятые профилактические методы и новейшие методы лечения, они остаются одной из главных проблем, поскольку по статистике на 2020 год количество зарегистрированных больных составляет около 2 миллионов человек, у 40 тысяч человек случились инсульты [1, 2]. В результате обследования 40% пациентов перенесли операции на сердце, назначенные врачами. В последние годы также наблюдается рост числа пациентов среди молодежи, что делает проблему лечения и профилактики особенно важной. Однако, согласно статистике, заболевания, связанные с сердечно-сосудистой деятельностью, находятся на четвертом месте по уровню смертности в стране [3].

Более того, более половины людей обращаются повторно через некоторое время в результате возобновления заболевания. Появляется все больше свидетельств того, что психологический дискомфорт играет ключевую роль в качестве предиката высокого риска сердечных заболеваний. В то же время масштабные западные исследования доказывают, что 90% инсультов и инфарктов, а также аритмий можно предотвратить с помощью профилактической коррекции факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний [4;5]. Также упоминается, что даже несмотря на доказанную эффективность профилактических мер по лечению, всё равно количество заболевших остаётся достаточно высоким [6]. Это связано в том числе с приверженностью больного к лечению, здесь выделяют ряд причин [5]:

а) Факторы риска, которые беспокоят пациента, но не влияют на его качество жизни. Это снижает мотивацию к следованию профилактическим рекомендациям врачей.

б) Само профилактическое лечение требует активной позиции пациента, изменение образа жизни, проработка и отказ от вредных привычек, освоение новых навыков эмоциональной и поведенческой саморегуляции.

Если рассматривать сами заболевания, связанные с нарушением сердечной деятельности, то в настоящее время их можно рассматривать как определенный комплекс состояний с преимущественно психологическими и поведенческими факторами [7]. Эти факторы являются целью систематических исследований, включая изучение стресса, эмоциональных состояний, личностных черт и социально-экономического статуса. Особого внимания здесь заслуживает роль поведения, направленного на преодоление стресса, а именно особенности совладающего поведения. Это определило цель данного исследования: оценить роль и стиль совладающего поведения со стрессом у лиц с сердечной недостаточностью в послеоперационном периоде.

В журнале кардио-торакальной медицины была опубликована статья, где М. Saeidi и соавторы разработали инструмент для диагностики субъективных предположений факторов риска. Проведённые исследования факторов риска вывели, что убеждения пациентов с нарушением сердечной деятельности чаще всего касались физиологических и психологических причин. Далее, при повторном скрининге, их психологическое состояние показало наличие депрессии и ярко выраженную тревогу [8]. Это исследование ещё раз доказало, что существует функциональная взаимосвязь между головным мозгом и сердцем. В особенности эта связь очень хорошо прослеживается при регулировании отрицательных эмоций. Гнев, стресс, депрессия, тревога, оказывают значительное влияние на кардиальный аритмогенез (рис. 1). Эти эмоции провоцируют активацию симпатической нервной системы. Сама симпатическая нервная система, действуя через адренергические рецепторы, влияет на ионные каналы и переносчики кардиомиоцитов. Эти эффекты впоследствии приводят к повышению тока кальция во внутрь и снижение тока калия в наружу, тем самым, приводя к удлинению или укорочению длительности потенциала действия.

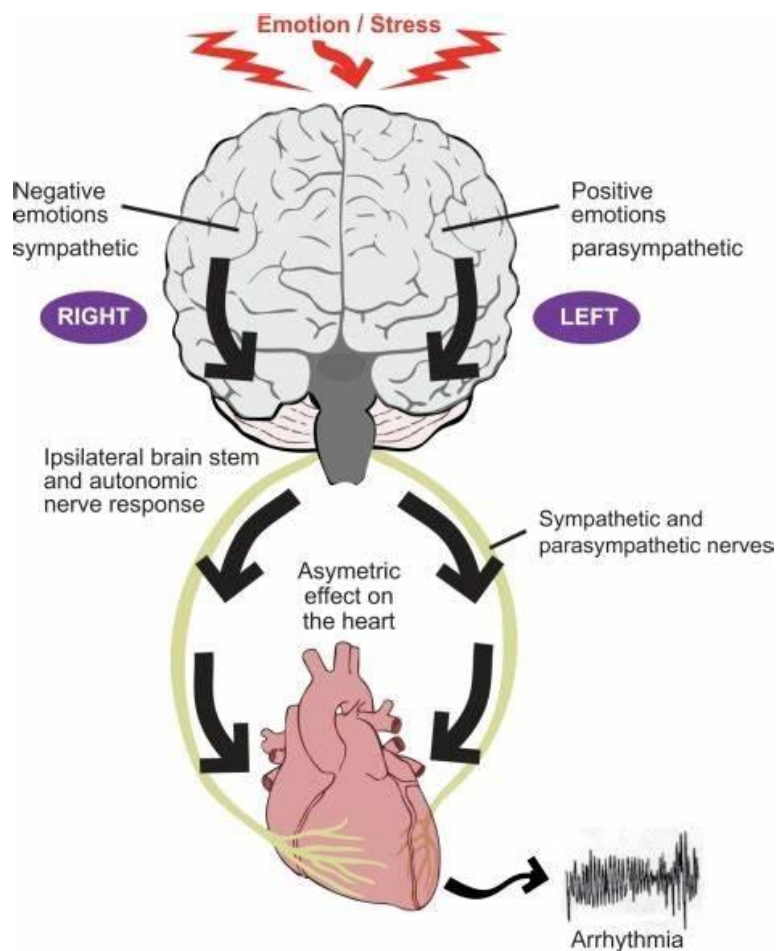


Рис. 1. Реципрокное действие симпатических и парасимпатических волокон нервов

Известно также, что правое и левое полушарие в мозгу имеют разные функции, и если правое полушарие доминирует в основном при негативных эмоциях, то левое активно работает при положительных эмоциях и парасимпатической активности. R.D. Lane и J.R. Jennings, исследуя такую особенность головного мозга, предположили гипотезу о межполушарной асимметрии [9], когда при ощущении очень сильных негативных эмоций происходит угнетение одного полушария другим, тем самым давая импульс желудочковых фибрилляций. Это реакция при усиленной симпатической активности даёт большую реакцию на само сердце. Так при аритмия, которая сопровождается гневом, может стать летальной.

Несомненно, что эмоции влияют на наше здоровье различными путями: изменениями гормонов, симпатического баланса, изменение пространственного распределения автономного влияния и так далее. Но можно с уверенностью

сказать одно: психический стресс может вызывать и/или усугубить болезнь сердца, а также повлиять на выздоровление пациента после операции [10]. Здесь выступает особый фактор- само поведение пациента. По данным В. Lown и соавторов, картина болезни состоит из 3-х основных механизмов, способствующих возникновению нарушения деятельности [11]:

- 1) Нестабильность миокарда, и далее в последствии часто возникающие болезни деятельности сердца;
- 2) Ситуации острого стресса;
- 3) Тяжёлое психологическое состояние. Оно связано с социальным и экономическим статусом. Здесь также наличие депрессии и чувства безысходности.

Чуть позже ими же было выявлено, что стрессовая среда, в которой живёт человек, снижает стабильность работы сердца, более того было выявлено, что повторные стресс или длительное переживание гнева повышает вероятность возникновения повторных проблем работы сердца.

Отдельно стоит уделить внимание самому факту операционного вмешательства. В различных научных источниках говорится, что при предварительном учёте определённых психических факторов до операции, можно получить прогностическую информацию о состоянии больного после. Здесь выступает новый фактор выздоровления больного — это впечатления, связанные с хирургическим вмешательством и самой болезнью [12]. Например, смерть одного члена семьи после операции, может очень сильно повлиять на уверенность в собственном выздоровлении.

Есть ряд факторов-требований к пациенту, отсутствие которых негативно повлияет на состояние больного:

- a) Сильная и зрелая личность больного;
- b) Наличие у больного с людьми тёплых, длительных отношений;
- c) Способность адаптироваться и приспосабливаться к новой обстановке к новым задачам;
- d) Благоприятные условия жизни, та обстановка, которая не будет отражаться на состоянии больного;
- e) Склонность больного к словесному выражению переживаемых эмоций и беспокойства, обсуждение своих опасений и страха;
- a) Контакт врача и самого больного [13].

Кроме того, при подготовке к операции нужно учесть, что именно психические изменения могут быть первыми симптомами таких расстройств, как недостаточность кровообращения, сердечная недостаточность,

сопутствующие проблемы с желудком. Эндрю Мэтьюзом (Mathews, 1981) было описано психическое состояние у людей, которые готовятся к операции. Люди испытывают тревогу и негативные переживания, а также негативные мысли по поводу предстоящей процедуры. Уже позже было обнаружено, что негативные факторы, такие как тревога, катастрофизация, депрессия предсказывают послеоперационную боль (Arpino, 2004; Bruce, 2012; Granot, 2005.) [12]. Салливан (Sullivan 1995) в своих работах описывает катастрофизацию у больных как преувеличенное негативное ожидание рисков после вмешательства [14]. Есть ряд исследований, в которых изучались психологические переменные, влияющие на восстановление после операции. Отрицательные эмоции способны усиливать болевые ощущения после операции (Rainville 2005; van Middendorp 2010). Эмоции влияют на поведение, которое в свою очередь влияет на боль и на скорость возвращения к обычной деятельности. А стресс влияет на скорость заживления ран посредством психонейроиммунологических механизмов, т. е. через связь психики и нервной системы [13].

Серия учёных (Аслан 2009; Гелинас 2007; Ганбари 2016; Позас 2014; Шуаньер 2014.) исследовали поведение больных, перенесших открытые операции на сердце. В результате исследований выяснилось, что в течение первых 48 часов больные проводят в отделении интенсивной терапии (ОИТ), чаще всего здесь пациенты жалуются на сильную боль. После проводится удаление дренажных трубок, отсасывание эндотрахеальной трубки. Здесь больным тяжело и больно дышать, а смена повязок вызывает сильную боль. Сама боль описывается как жгучая и пульсирующая, с локализацией преимущественно в грудном отделе на месте разреза. Эта боль также имеет скелетно-мышечное и неврологическое происхождение. Все эти переживания могут длиться несколько дней, доказано, что переживание таких острых послеоперационных состояний, негативно сказывается впоследствии на здоровье, в особенности может возникнуть некая боязнь новых операционных вмешательств, а поведение будет направлено на всяческое избегание больниц, лечащего врача и повторных операций [12; 13; 14; 15].

Дж. Коган в 2010 году начал исследование, которое показало, что у людей, перенёсших кардиохирургическое вмешательство, в 3,5 раза возрастает риск развития хронической боли на месте операции. Здесь также встаёт потребность в предоставлении информации о том, как будет происходить послеоперационные медицинские процедуры [16]. Например, обсуждаются, какие могут возникнуть психологические реакции, ощущения и эмоции.

Здесь самым важным фактором экологичного перенесения операции выступает совладающее поведение у больного. Совладающее поведение — это вид психологического и социального поведения человека, оно нацелено обеспечивать максимально легкое перенесение стрессовых ситуаций [7]. При достаточно высоком уровне совладающего поведения человек с помощью осознанных действий и активного взаимодействия с ситуацией, либо через её изменение или же через приспособление к ней, легко справляется со стрессом.

Если же субъект обладает недостаточным уровнем, впоследствии возможны неблагоприятные последствия, затрагивающие благополучие и здоровье в целом [10]. Именно поэтому клинические психологи стали исследовать совладание или копинг (в терминологии Л. И. Анцыферовой) у больных с различными видами болезни. Рудольфом Муссом, профессором Стэнфордского университета, при изучении совладающего поведения был поставлен вопрос: «Почему же под влиянием различных стрессов в одних и тех же условиях среды одни люди заболевают, а другие нет?». Позже он привел все же два вывода: во-первых, есть промежуток между самим стрессом и ответной реакцией на него. И именно там находится процесс совладания (копинг процесс). Во-вторых, важна не сама природа стресса, возникновение его, а каким способом человек совладевает со стрессом, преодолевает его [7].

По мнению И.А. Бевз, критерием эффективности совладающего поведения выступает отсутствие дистресса, связанным с заболеванием и перенесённой операцией, и наличие позитивного эффекта [17]. Сам позитивный эффект проявляется в отсутствии неразрешимых противоречий, в наличие адекватных отношений и социальной поддержки близких, а также субъективное ощущение компетентности. Здесь же больной ощущает важность соблюдения лечебного режима, важность соблюдения правил, которые предписали врачи, вырастает приверженность к лечению [7].

Само совладающее поведение реализуется при помощи различных копинг-стратегий. Эти копинг-стратегии в свою очередь реализуются на базе некоего набора, сундука, в метафоричном понимании, копинг-ресурсов. Копинг-ресурсы — это целый набор личностных характеристик, которые есть у того или иного человека, также зависящих от социальной среды. Они через некий фильтр личности позволяют осуществить оптимальную адаптацию к стрессовым ситуациям. Таким образом, это ответы личности на угрозу [18].

Совладающее поведение называют дескриптором субъекта, так как такое поведение используется сознательно, целенаправленно, и его относят к факторам активности личности. Получается, это динамический процесс,

затрагивающий действенно-ориентированные, социальные и интрапсихические стратегии. Однако на совладающее поведение можно взглянуть под другим «углом» [10]. Его можно представить как последовательность, как сложный процесс, этапы, которые решают определенную задачу. Для начала можно выделить две задачи: в первую очередь встает задача разрешения собственной реакции на стресс, это создает возможность заняться обдумыванием способов решения представленной ситуации путём поиска наиболее экологичного выхода; следующее, для нахождения этого выхода человек так или иначе использует копинг или отвлечение, что помогает снизить уровень переживания, и это дает возможность перейти уже к проблемно-ориентированному копингу [18]. Таким образом, отечественными учеными была описана цепочка связей в случае отсутствия или же низкого уровня совладающего поведения: стресс → сильные несовладаемые эмоции → нарушение вегетативной и эндокринной системы → снижение иммунитета → заболевание [7]. Причина не работы совладающего поведения складывается под влиянием особенности мышления, особенности стиля жизни и самой личности. Эмоциональный конфликт при заболевании инсультом, аритмией так же социален, как и при большинстве психосоматических заболеваний. Здесь лечение носит в себе пересмотрение ситуации, ее компонентов, научение решению проблем, т. е. обучение самому совладающему поведению.

Обобщая, можно сказать, что совладающее поведение является одним из самых важных факторов выздоровления больного после оперативного вмешательства. Снижение тяжести заболевания требует комплексного подхода, в частности психодиагностики, психокоррекции и психотерапии. С другой стороны, внедрение психологического обследования в диагностику на госпитальном этапе окажет комплексную помощь во время прохождения лечения и в дальнейшем сократить вероятность рецидивов.

Список литературы

1. Т. З. Сейсембеков, Н. К. Нургалиева, А. С. Жусупова [и др.] Сердечно-сосудистая заболеваемость и смертность взрослого населения г. Астана / Медицина (Алматы). – 2018. – № 11(197). – С. 28-35.
2. Эдильгериев А. В 2021 году казахстанцы чаще умирали от сердечных заболеваний – статистика. <https://liter.kz/v-2021-godu-kazakhstantsy-chashche-umirali-ot-serdechnykh-zabolevanii-statistika-1645422242/>.

3. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2001-2017 гг., Стат. сборники за 2002-2018 гг., – Астана. <http://www.rcrz.kz/index.php/ru/statistikazdravookhraneniya-2>.
4. O'Donnell M.J., Chin S.L., Rangarajan S., et al. Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): A case-control study // Lancet. 2016. Vol. 388 (10046). P. 761/
5. Yusuf S., Hawken S., Ounpuu S., et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study // Lancet. 2004. Vol. 364 (9438). P. 937—952. doi:10.1016/S0140-6736(04)17018-9.
6. Ho P.M., Bryson C.L., Rumsfeld J.S. Medication adherence: Its importance in cardiovascular outcomes // Circulation. 2009. Vol. 119 (23). P. 3028—3035.
7. Вассерман Л. И., Абабков В. А., Трифонова Е. А. Совладание со стрессом: теория и психодиагностика: Учебно-методическое пособие. СПб.: Речь, 2010. 192 с.
8. Saeidi M., Komasi S. Open single item of perceived risk factors (OSIPRF) toward cardiovascular diseases is an appropriate instrument for evaluating psychological symptoms. Journal of Cardio-Thoracic Medicine. 2016; 4 (4): 527-528.
9. Lane R.D., Jennings J.R. Hemispheric asymmetry, autonomic asymmetry, and the problem of sudden cardiac death. In: Davidson R.J., Hugdahl K. (ed.) Brain asymmetry. Cambridge: MIT Press, 1995: 271–304.
10. Незнанов Н. Г., Лебедева У. Г., Петрова В. Б., Рида О., Пальчикова Е. И., Юсифзаде А. Э. Роль и оценка психоэмоционального состояния у пациентов с нарушениями ритма сердца // Бюллетень сибирской медицины. 2019. №4.
11. Lown B., Verrier R.L., Rabinowitz S.H. Neural and psychological mechanisms and the problem of sudden cardiac death. Am. J. Cardiol. 1977; 39 (6)/
12. Powell R, Scott NW, Manyande A, Bruce J, Vögele C, Byrne-Davis LMT, Unsworth M, Osmer C, Johnston M. Psychological preparation and postoperative outcomes for adults undergoing surgery under general anaesthesia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 5. Art. No.: CD008646. DOI: 10.1002/14651858.CD008646.pub2
13. Ziehm S, Rosendahl J, Barth J, Strauss BM, Mehnert A, Koranyi S. Psychological interventions for acute pain after open heart surgery. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 7. Art. No.: CD009984. DOI: 10.1002/14651858.CD009984.pub3

14. Surman OS, Hackett TP, Silverberg EL, Behrendt DM. Usefulness of psychiatric intervention in patients undergoing cardiac surgery. Archives of General Psychiatry 1974;30:830-5
15. Ashton RC, Whitworth GC, Seldomridge JA, Shapiro PA, Michler RE, Smith CR, et al. The effects of self-hypnosis on quality of life following coronary artery bypass surgery: preliminary results of a prospective, randomized trial. Journal of Alternative and Complementary Medicine 1995;1(3):285-90.
16. Коган Дж. Лечение боли после кардиохирургии. Семинары по кардиоторакальной и сосудистой анестезии 2010 г.;14(3): 201-4.
17. Бевз И. А. Внутренняя позиция пациента по отношению к болезни и выбор стратегии медицинского поведения (на модели ишемической болезни сердца): Дис. канд. психол. наук. М., 1998.
18. Карвасарский Б. Д. и др. Копинг-поведение больных неврозами и его динамика под влиянием психотерапии: Пособие для врачей. СПб.: МЗ РФ, НИПНИ им В. М. Бехтерева, 1999.

© А.Е. Назарова, 2022