

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

Кафедра общей и клинической психологии

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

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

Выпускная квалификационная работа

на тему:

**Психологические особенности оптимального старения и
геротрансцендентность в условиях ИБС**

по специальности 37.05.01 – Клиническая психология

Выполнил:
Студент 6 курса
Отделения клинической психологии
Смердин Никита Иванович
_____ (подпись)

Научный руководитель:
Ассистент кафедры общей и клинической
психологии ПСПбГМУ им. И.П. Павлова
Демченко Татьяна Владимировна
_____ (подпись)

Санкт-Петербург
2023

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
1. ОСОБЕННОСТИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	8
1.1. Парадигмы старения	8
1.2. Геротрансцендентность	12
1.3. Психологические особенности лиц пожилого возраста в условиях ИБС	17
2. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	22
2.1. Материал исследования	22
2.2. Методы исследования	23
2.2.1. Клинико-психологический метод.....	23
2.2.2. Экспериментально-психологические методы.....	24
2.3. Методы математико-статистической обработки данных.....	30
3. РЕЗУЛЬТАТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ	31
3.1. Описательная статистика психологических характеристик пациентов с ИБС среднего, пожилого и старческого возраста	31
3.1.1. Описательная статистика геротрансцендентности у пациентов с ИБС среднего, пожилого и старческого возраста	32
3.1.2. Описательная статистика приверженности к лечению у пациентов с ИБС среднего, пожилого и старческого возраста	33
3.1.3. Описательная статистика типа отношения к болезни пациентов с ИБС среднего, пожилого и старческого возраста	35
3.1.4. Описательная статистика эмоциональной сферы пациентов с ИБС среднего, пожилого и старческого возраста	36
3.1.5. Описательная статистика субъективного восприятия времени пациентов с ИБС среднего, пожилого и старческого возраста	37
3.2. Сравнительное исследование психологических особенностей пациентов среднего, пожилого и старческого возрастов с ИБС.....	40
3.2.1. Сравнительное исследование уровня депрессивных переживаний между группами пациентов среднего, пожилого и старческого возрастов с ИБС	40

3.2.2. Сравнительное исследование типов отношения к болезни между группами пациентов среднего, старческого и пожилого возрастов с ИБС	40
3.2.3. Сравнительное исследование уровня геротрансцендентности между группами пациентов среднего, старческого и пожилого возрастов с ИБС	42
3.2.4. Сравнительное исследование приверженности к лечению между группами пациентов среднего, пожилого и старческого возрастов с ИБС	43
3.2.5. Сравнительное исследование восприятия времени между группами пациентов среднего, пожилого и старческого возрастов с ИБС	44
3.3. Сравнительное исследование приверженности к лечению между группами оперированных пациентов и пациентов, не подвергшихся хирургическому вмешательству.....	45
3.4. Корреляционный анализ геротрансцендентности и приверженности лечению с психологическими характеристиками пожилых пациентов с ИБС среднего, пожилого и старческого возраста	48
4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	52
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	56
ВЫВОДЫ.....	57
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	58
ПРИЛОЖЕНИЕ 1	63
ПРИЛОЖЕНИЕ 2	65
ПРИЛОЖЕНИЕ 3	66

ВВЕДЕНИЕ

На данный момент демографическое старение населения выходит на первый план среди социальных проблем, требующих немедленного внимания, так как она оказывает влияние на значительное количество аспектов нашей жизни.

На одном из заседаний ООН было озвучено, что увеличение процентного соотношения пожилых людей относительно более молодого населения имеет место во многих странах мира. Вызывает опасения факт, что в 2019 году, каждый 11 человек на Земле достиг возраста 65 лет, что является 9% всего человечества, а, согласно прогнозу, к 2050 году к данной возрастной группе будет относиться уже каждый 5 человек в популяции, что будет составлять 16% прогнозируемого населения.

В России проблема соотношений групп населения разных возрастов привела к тому, что в 2019 году была принята пенсионная реформа, что говорит о перспективности и необходимости исследований геронтологического направления. Также В.И. Скворцова, бывшая глава Минздрава России, объявила, что геронтологическое направление является одним из приоритетных в современной медицине [36].

Научно-технический прогресс способствовал созданию эффективных способов продления жизни человека, что повлекло за собой рост в популяции людей, страдающих заболеваниями, присущими пожилому возрасту [37].

Однако увеличение продолжительности жизни не всегда связано с улучшением ее качества [15]. По мнению ООН, пожилые люди всё чаще становятся ключевыми участниками процессов развития в мире, что приводит к необходимости их высокого и эффективного функционирования, которое неотрывно связано с оптимальным уровнем качества жизни. Это и объясняет необходимость поддержания не только жизненных функций пожилых людей на необходимом уровне, но и формирования психологического благополучия и оптимального уровня жизни. [15]

Также, не стоит забывать о том, что старость – это особенный период жизни, с которым придется столкнуться любому человеку. Чаще всего, именно на период старости приходится заболевание, характеризующееся высокой витальной угрозой [33].

Существуют данные, представленные ООН на одном из информационных ресурсов данной организации, предоставляющие данные о том, какие именно болезни являлись главными факторами смертей в мире. Самыми опасными признаны болезни, связанные с сердечно-сосудистой системой (ишемическая болезнь сердца), ставшая причиной смерти 9,5 человек в год [35].

Стоит отметить, что за последние 19 лет показатели смертности от сердечно-сосудистых заболеваний увеличились более чем на 2 миллиона человек. Заболевания сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, нарушения мозгового кровообращения и др.) до сих пор остаются на первом месте по смертности, представляя 21,9% смертей в мире.

В настоящее время специалисты в области геронтологии все чаще обращаются к феномену геротрансцендентности как к способу описания психологической сферы пожилых пациентов и образовавшихся перемен в ней. Насущным вопросом остается исследование геротрансцендентности в условиях соматической болезни [31].

Этим и объясняется актуальность нашего исследования.

Объект исследования: пациенты пожилого возраста с установленным диагнозом «Ишемическая болезнь сердца» (I20-I25).

Предмет исследования: психологические особенности и геротрансцендентность пожилых пациентов с ИБС.

Цель: изучить психологические характеристики пожилых пациентов с ИБС и их связь с геротрансцендентностью и приверженностью лечению.

Задачи:

- Выявить особенности эмоциональной сферы, отношения к лечению, геротрансцендентности и субъективного восприятия времени своей жизни у пациентов с ИБС среднего, пожилого и старческого возраста.
- Определить наличие статистически значимых различий между группами пациентов среднего, пожилого и старческого возрастов в исследуемых психологических характеристиках.
- Определить наличие статистически значимых различий между группами пациентов подвергшихся хирургическому вмешательству и не подвергавшихся ему в исследуемых психологических характеристиках.
- Определить наличие статистически значимых взаимосвязей между исследуемыми психологическими характеристиками пациентов и уровнем геротрансцендентности.

Гипотеза исследования: геротрансцендентность пожилых пациентов с ИБС связан с индивидуально-психологическими особенностями пациентов и приверженностью лечению.

Методы исследования:

- *Эмпирические методики:* Гериатрическая шкала депрессии (GDS-30), опросник количественной оценки приверженности лечению (КОП-25), опросник геротрансцендентных изменений (ОГИ), методика «Тип отношения к своему заболеванию» (ТОБОЛ), «Семантический дифференциал времени» (СДВ).
- *Методы математико-статистической обработки данных:* Н-критерий Краскала-Уоллиса, U-критерий Манна-Уитни, корреляционный анализ Пирсона.

Теоретическая значимость работы: Накопление знаний о формировании позитивного старения в условиях болезни. Привлечение внимания к существованию теории геротрансцендентности и мотивирование к изучению данного феномена, условиям его формирования.

Практическая значимость работы: полученные знания могут быть применены для организации более эффективного сопровождения пожилых пациентов, страдающих ИБС.

1. ОСОБЕННОСТИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

1.1. Парадигмы старения

Старение, будучи процессом, присущим как людям, так и другим биологическим видам [3], с древнейших времен внушает человечеству страх. На протяжении всей своей истории человеческий вид отчаянно пытается отсрочить момент увядания и смерти каждого своего члена. В настоящее время компании, продающие людям средства временного сохранения красоты, «предупреждающие» старение, активно разрастаются в экономически развитых странах. Процессу же старения приписывается множество негативных стереотипов, он отторгается, продолжает вызывать ужас.

Однако, на протяжении последнего века представления о старении значительно изменились, что, в большей степени, связано с развитием психологии. Изначально, значительную роль занимала дефицитная парадигма, принимавшая все негативные аспекты старения, как естественный процесс. Её сменила компенсаторная парадигма, обращающая внимание на значимую роль ресурсов и индивидуальных факторов, влияющих на оптимизацию негативных изменений. В настоящее время, есть предпосылки к переходу к дивидендной парадигме, не просто признающей компенсаторные ресурсы организма и психики, но выделяющей возможности развития человека.

Дефицитарная парадигма рассматривает отрицательные изменения, возникающие в старческом периоде как естественный порядок вещей, некую норму жизни. С периодом старения связывались деменция, депрессия, деградация. Соответственно, патологические изменения, принимаясь за норму, не подвергались коррекции и лечению. Имело место лишь снижение возможного дискомфорта для пожилого человека.

Статус дефицитарной парадигмы в современной науке является интересным явлением, так как с одной стороны дефицитарная парадигма

является не только широко известной как исторический этап развития геронтологии в разных ее сферах, но и используется по сей день некоторыми специалистами, чаще медицинского профиля. [10]

Так как дефицитная парадигма возникла в конце девятнадцатого - начале двадцатого века, информацию о ней, прежде всего можно было получить из более поздних работ, относящихся к начальному периоду зарождения компенсаторной модели. Например, в исследовании Прадо и Фрид [3] авторы описывают, что на том уровне развития науки специалисты в области практической геронтологии, большое внимание уделяют, прежде всего, дементным изменениям, при этом, практически, не описываются признаки «нормального» старения.

Дефицитарная парадигма стала первой ступенью в изучении старости. Несмотря на множество недостатков, проведенные в данном русле исследования, внесли свой вклад в последующее развитие исследований старения, так как, несмотря на пристальное внимание исследователей к негативным аспектам старения, полученные результаты зачастую не соответствовали ожиданиям, ставя перед специалистами новые вопросы.

Компенсаторная парадигма является следующим этапом в становлении геронтологического знания и

Причинами возникновения данной парадигмы могут служить такие факторы как:

Развитие биологического, медицинского и психологического знания, что способствовало получению информации, не укладывающейся в рамки принятой дефицитарной парадигмы. К примеру, в 1940 годах было замечено, что, несмотря на дегенеративные процессы, затрагивающие интеллектуальную сферу, личностная сфера не подпадала под те же дефицитарные тенденции. Стоит также обратить внимание на то, что заинтересованность к психологии старения в сороковых-шестидесятых годах двадцатого века оставалась крайне низкой. Вопреки возрастающей заинтересованности к данной сфере, количество исследований старения в

пятидесятых годах прошлого века оставалось относительно небольшим в сравнении с исследованиями детского возраста. Однако, факт того, что психология старения на тот момент всё ещё была в процессе своего становления, неоднократно отмечался исследователями. Признавался также тот факт, что психология старения несводима к геронтологии и гериатрии настолько же, насколько психология детского возраста отлична от педиатрии. За данным направлением признавалось место непосредственно в системе психологического знания.

Увеличение рождаемости, возникшее во всем мире после завершения второй мировой войны. Поколения «X» и «Y», рождённые в середине сороковых и шестидесятых годов, соответственно, образовали пласт, изменивший соотношения поколений в популяции [10].

Тем не менее, несмотря на то, что прогрессивность появившегося направления оно всё еще носило долю негативного паттерна. Например, данная парадигма в сущности несет послы о том, что хоть нам не суждено окончательно избавиться от негативных последствий старения, мы можем к ним приспособиться и жить относительно неплохо. Иным языком, в контексте данной парадигмы старение рассматривается не только как предрешенная неизменяемая судьба и суть человека, но как разносторонний процесс, отдельные процессы которого можно сгладить, приостановить, избавиться. К сожалению, понимание того, что нужно, чтобы не было отрицательных последствий, не дает гарантий того, что мы знаем, как создать положительные последствия наших действий. Таким образом, благополучие не может определяться исключительно отсутствием заболеваний или проблем. Что определяет один из основных недостатков компенсаторного взгляда на природу старения, он рассматривает индивидов, приближающихся к патологии и оказывает поддержку таким образом, чтобы граница патологии не была пересечена. Однако, всё чаще в мире встречаются примеры людей, способных не просто доживать жизнь, а получать удовольствие даже в пожилом возрасте. Постоянно возрастающее число подобных примеров

подталкивают современную геронтологию к поиску дивидендных путей развития организма.

Дивидендная парадигма является относительно новым подходом в изучении заключительной фазы онтогенеза. Её главным отличием от компенсаторной является признание факта возникновения в старшем возрасте дивидендов, возможности развития в противовес борьбе с увяданием. Стоит также заметить, что в данном подходе природные процессы старения, возникающие трудности когнитивной сферы и необходимость их компенсации не отрицаются. Но, в отличие от компенсаторной парадигмы, дивидендная парадигма не сводит процесс и период старения к только лишь компенсаторным процессам. [10]

В недавнее время в исследовательских работах всё чаще стало употребляться понятие дивиденд долгожительства, со временем оно легло в основу дивидендного подхода к восприятию старения, который только начинает свое развитие.

Исследователи привлекают внимание к тому, что кроме очевидных отрицательных последствий, в процессе старения возникают новые позитивные возможности, которыми до недавнего момента пренебрегали. Люди пожилого возраста несомненно имеют уникальные представления о мире, основанные на опыте, приобретенном за многие годы жизни.

В своей статье Роу и Кан [33], ведущие исследователи в области старения, обращают внимание на явление, возникшее относительно недавно, а именно: с одной стороны факт возрастания процентного соотношения пожилых людей относительно других возрастных групп, с другой – факт, что данные люди являются полностью самостоятельными психологически и физически, не завися от семьи или общественных организаций, при этом имея превосходные социальные навыки, позволяющие решать большое количество проблем, видеть, понимать и учитывать не только собственную жизненную перспективу, но и перспективы других поколений [33].

К дивидендному направлению может быть отнесено понимание активного старения, как подхода, делающего упор на мотивацию старшего поколения к участию в социальной жизни общества. В данной системе активность противопоставляется упованию на обеспечение семьи или общественных организаций [4].

Среди недавно возникших теорий к дивидендной может быть отнесена теория осмысленного устойчивого старения, изучающая заключительный период онтогенеза как этап развития, обращая особое внимание на внутренние процессы самопонимания, осмысления и различным духовным практикам, как основе такого развития. Все это дает основание полагать, что современные модели старения – модель МакАртура [33] и SOC [9], а также другие модели в русле компенсаторной парадигмы [4] – сегодня требуют дополнения с акцентом на развитие в период старения. [10]

1.2. Геротрансцендентность

Основой для возникновения концепции геротрансцендентности является накопление знаний, полученных в процессе огромного количества исследований в рамках психогеронтологии и психологии, отправной точкой которых может служить переход к общевозрастному рассмотрению процесса старения. Также были накоплены обширные данные исследований, подтверждающие, что в структуре старения имеют место не только процессы, связанные с увяданием, но и процессы развития и совершенствования.

Теория о возникновении в процессе старения позитивных тенденций была озвучена в работах Л. Карстенсен в рамках социо-эмоциональной селективной теории [10]. Она обратила внимание на то, что сокращение социального взаимодействия пожилых людей не является предпосылкой к их одинокому образу жизни, наоборот данный процесс способен гармонизировать уже имеющиеся отношения. В изучении одиночества, однако некоторые исследователи обращают внимание на то, что нахождение

наедине с собой даёт возможность отдохнуть от социального взаимодействия, побыть наедине с собой, что может быть рассмотрено как необходимость.

Неоднозначные выводы в исследованиях интеллектуальной сферы людей пожилого возраста могут подтвердить различия между людьми разных возрастных групп, заключающиеся в перестройке интеллектуальной сферы. Исследователи сходятся во мнении, что существующий инструментарий не способен отразить истинную картину, так как был создан для изучения людей иных возрастных групп. Такое представление о старении созвучно идеям Б.Г. Ананьева и М.Д. Александровой [36], подчеркивавшим сложность, нелинейность развития, увеличение субъектности и вариативности в период старения, которые образуют уникальный «почерк старения».

В исследованиях, приближенных к нынешнему времени делаются выводы о неоднородности психологических новообразований пожилого возраста, продолжая посыл данных исследований можно предположить, что базой индивидуальных преобразований может служить огромное количество полученного опыта и его личностная переработка.

В результате большого количества полученных знаний возникла потребность в описании общего механизма, способствующего позитивному старению, чем и стала геротрансцендентность.

Понятие геротрансцендентность имеет общие корни с термином трансцендентность, которая подразумевает определенный выход за рамки опыта человека. В психологической литературе также присутствует термин самотрансцендентность, который представляет собой достаточно противоречивый конструкт [7].

Таким образом, можно заключить, что в общем трансцендентные трансформации положительно взаимодействуют с функционированием индивида на разных уровнях, в связи с чем, изучение геротрансцендентности также может быть перспективным относительно старшей возрастной группы.

Термин геротрансцендентность был введен Л. Торнстамом в 1989 году [31]. Под геротрансцендентностью понимались особые изменения, имеющие связь с осознанием старения и собственную роль в структуре старения, которые трансформируют функциональный потенциал индивида. Основой подобных изменений служит переход за границу опыта зрелого индивида, возникновение особой структуры осознания того, что вокруг, того, кто вокруг и самосознания (как в мире в целом, так и в социуме).

Сформулированная Торнстамом теория подавалась в качестве принципиального нового подхода, однако, вероятно, более уместно было бы говорить о систематизации полученной информации и создании единого конструкта, дающего целостное представление о позитивном личностном функционировании в период заключительного этапа онтогенеза.

В рамках этой теории, геротрансцендентность рассматривалась как «... своеобразный уникальный период, принципиально отличающийся от периода взрослости... она предполагает создание реальности иной, нежели была в средней взрослости, которую геронтологи и профессионалы зачастую проецируют на пожилой возраст» [27] и включает три компонента: (1) трансформация на «космическом» уровне; (2) трансформация на личностном уровне; (3) трансформация на социальном уровне. Описанный Торнстамом конструкт был основан, в основном, на качественных методах, и, будучи привлекательным теоретическим конструктом, требовал наполнения психологическим содержанием.

Изначальная конструкция имела в составе три компонента: - Космическое (философское) измерение; - Личностное измерение; - Социальное измерение. Каждое из измерений отражает специфические изменения в соответствующих областях.

Социальное измерение геротрансцендентности отражает трансформации, возникающие в системе социальных отношений в период поздней взрослости и старения. В основном речь идет о изменении качества

и количества отношений, их становится меньше, но они становятся более позитивными, менее поверхностными.

Этот компонент также включает понятие «современный аскетизм», который подразумевает отказ от аскетизма, готовность использовать имеющиеся ресурсы, отказ от накопительства. Следует отметить, что для российских реалий, в силу культурно-исторического контекста, данный аспект является наиболее сложным для применения.

Также социальное измерение включает уход от дуализма «плохое - хорошее» в отношениях. Происходит переход к пониманию того, что каждый человек поступает так или иначе под влиянием множества факторов, кроме того, человек не совершенен по своей природе и может ошибаться.

Кроме того, многие аспекты социального измерения геротрансцендентности созвучны трансформациям, необходимым для успешной адаптации к старению по Пэку [20].

Личностное измерение связано с трансформациями, непосредственно личностных конструктов человека. В первую очередь, это изменения, происходящие в «Я-концепции». Однозначного мнения в вопросе развития личности взрослого в научном сообществе найти нельзя. С одной стороны, есть характеристики, которые формируются уже к периоду ранней взрослости и остаются достаточно стабильными, например, фундаментальные черты. С другой стороны, личность – конструкт исключительной сложности, который включает в себя разнообразные подструктуры и механизмы, многие из которых подвержены изменениям под влиянием течения времени (Доценко Е. Л., 2020). Поэтому в данной работе мы будем придерживаться концепции, что личность продолжает развиваться, как в период взрослости, так и в период старения. Здесь возможно выделить две составляющих: изменения физического «Я» и изменения Эго.

Изменения физического «Я» относятся к принятию физических изменений, происходящих в связи с возрастом, таких как трансформация внешнего вида и внутреннего состояния организма. Развитие личностного

измерения геротрансцендентности в этом направлении должно привести к тому, что человек оптимизирует, приспособливает свою деятельность с учётом новых условий (быстрая утомляемость, низкая интенсивность труда). При этом такие изменения предполагают, что человек не старается «повернуть время вспять» (как поступают люди, подверженные страху старости), а понимает, что подобные изменения естественны и закономерны.

Изменения, связанные с Эго, в свою очередь подразумевают ярко выраженный самоанализ, значительный рост самокритичности, которая позволяет человеку здраво увидеть свои как отрицательные, так и положительные стороны, и сформировать сложную и целостную картину самовосприятия. Многие пожилые люди высказываются с неодобрением о социально поощряемых чертах характера: доброта, мягкость, щедрость и так далее. Это связано с тем, что с возрастом человек осознаёт конфликт между социально одобряемыми качествами и тем, насколько эти качества необходимы для функционирования отдельно взятого человека (и насколько их «злоупотребление» может усложнить жизнь).

Говоря о *космическом (философском) измерении*, необходимо заметить, что с позиции психологической интерпретации оно является наиболее сложным. Вследствие того, что оно включает осознание и описание достаточно обобщенных мировоззренческих установок, абстрактных понятий, таких как жизнь, смерть, время, пространство и так далее, многие исследователи посчитали более уместным и подходящим дать иное название измерению - генерализованное мировосприятие. Оно подразумевает новое понимание себя в контексте жизни, причём, не собственной, а в контексте жизни в целом. Это может проявляться в возрастании интереса к генеалогии, поиске связей с предками, а также углублению ощущения себя частью человечества как единого целого.

Таким образом, в силу увеличения в мире численности пожилого населения в обществе возникает запрос на снятие стигмы с процесса старения. Благодаря этому возникло такое явление, как

геротрансцендентность, являющее собой специфический комплекс изменений, связанных со старением, но не обусловленных им.

1.3. Психологические особенности лиц пожилого возраста в условиях ИБС

Современная психосоматическая концепция исходит из многофакторности этиологии и патогенеза заболеваний и рассматривает патогенез сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) с трех позиций: биологической, психологической и социальной. Это стимулировало поиск и изучение психологических, социальных причин ССЗ: изучение личности, условий, при которых происходит психогенез болезни, структуры конфликтов внутри личности, стрессовых ситуаций в социальных условиях и их влияния на психофизиологическое состояние человека. Таким образом, могут быть выявлены иницирующие социальные, личностные, конституциональные, поведенческие принципы и их механизмы, что позволит внедрить психосоматический подход в тактике и стратегии лечения ССЗ у пожилых пациентов.

Ишемическая болезнь сердца – одна из самых актуальных проблем современной медицины, поскольку она значительно ухудшает качество жизни пациентов и приводит к инвалидизации и смерти. В структуре заболеваний систем кровообращения первое место занимает ИБС, заболеваемость людей старше 60 в процентном соотношении весомерно значительнее, чем молодых людей.

Около 70% всех заболеваний и 2/3 причин смерти пожилых людей приходится именно на ишемическую болезнь сердца.

В настоящее время психосоматическое заболевание больных ишемической болезнью сердца в разных возрастных группах является одной из актуальных тем обсуждения. Пожилые пациенты представляют собой отдельную группу риска, и для характеристики влияния факторов риска (ФР) на ИБС необходимы более детальные исследования. Для поиска и изучения

влияния новых психосоциальных факторов риска на развитие и прогрессирование ишемической болезни сердца необходимо изучение ключевых механизмов патогенеза для профилактики и лечения заболевания. На данный момент известно более 300 факторов риска ИБС. Более половины из них представляют собой так называемые поведенческие факторы, полностью определяемые образом жизни пациента. Широко распространено мнение, что стресс определяет течение, осложнения и исход ишемической болезни сердца. Большое значение имеют адаптивные реакции на протекание болезни и их связь с личностными и поведенческими особенностями индивида, определяющими его способность противостоять стрессу. Изучение поведенческих паттернов пожилых людей актуально для решения любой психосоматической проблемы, в том числе ишемической болезни сердца.

Для понимания особенностей психологических реакций на заболевание врач общей практики должен также знать индивидуальные и типологические особенности больных, которые описаны Березанцевым А. Ю. (2018):

1. Синтонные пациенты, отличающиеся эмоциональной открытостью, жизнерадостностью, легче адаптируются к травмирующей ситуации. Для них очень важно установить открытые, доверительные отношения с врачом, они легко идут на сотрудничество.

2. Пациенты с циклотимным характером эмоционального реагирования. В психотравмирующей ситуации характеризуются сменой настроения, легко впадают в депрессию. В работе с ними рекомендуется делать акцент на мобилизацию положительных эмоций, организацию досуга и доступных развлечений.

3. Пациенты шизоидного типа, демонстрирующие эмоциональную недостаточность, преобладание интеллектуальных интересов, замкнутость, вплоть до аутизации, в меньшей степени нуждаются в общении. Важно правильно организовать доступные развлечения – чтение, занятие интересующим их творчеством.

4. У пациентов возбудимого типа, плохо контролирующих аффект и вступающих в конфликты с врачом и близкими, важно не провоцировать такие реакции, а в случае их возникновения спокойно реагировать на эмоции.

5. Пациентов с истероидными чертами можно мобилизовать акцентированием их «выдающихся» качеств. Не следует вступать с ними в конфронтацию, опровергая их «исключительность», нужно умело использовать их желание быть в центре внимания.

6. Тревожно-мнительные пациенты, легко впадающие в панику, склонны к истощению и депрессии и нуждаются в особо бережном отношении. Для снятия тревоги здесь также требуется организация доступной деятельности.

Также важно понимать, что у разных пациентов будут проявляться разные типы отношения к болезни. Личко А.Е и Иванов Н.Я. разработали 12 типов (1980) (Вассерман Л.И. с соавт., 1987):

1. Гармоничный. Пациент оценивает своё состояние без преувеличения или преуменьшения симптомов и проявлений болезни. Готов к сотрудничеству с врачом.

2. Эргопатический. Пациент игнорирует болезнь, полностью погружаясь в работу и желая во чтобы то ни стало сохранить свой трудовой статус. Очень избирательно соблюдает рекомендации врача.

3. Анозогнозический. Пациент игнорирует болезнь, вплоть до отрицания её наличия, старается не думать о её последствиях. Нередко отказывается от лечения. В случае эйфорического анозогнозического типа для пациента характерно повышенное настроение, пренебрежение к болезни и лечению.

4. Тревожный. Пациент постоянно думает о болезни, мнителен касательно её течения, последствий и даже опасности самого лечения. Он ищет новые лекарства, методы лечения, мнения касательно его заболевания. Для него важны результаты анализов и врачебных исследований, на физические ощущения внимание обращается мало.

При обсессивно-фобическом тревожном типе у пациента на первый план выходит тревожная мнительность, касающаяся маловероятных последствий болезни и лечения, взаимоотношений с близкими. Нередко для защиты от тревоги пациент начинает прибегать к различного рода ритуалам, приметам и суевериям.

5. Ипохондрический. Пациент полностью сосредотачивается на ощущениях, рассказывает о них всем подряд, преувеличивает симптомы, побочные эффекты от лечения, ищет несуществующие болезни. Лечиться хочет, но медперсоналу не доверяет.

6. Неврастенический. Для пациента характерна «раздражительная слабость». Он не может терпеть боль, выплёскивает раздражение на первого попавшегося человека. Затем раскаивается в своих поступках.

7. Меланхолический. Пациент удручён, не верит в хороший исход лечения. Для него характерны депрессивные реакции, пессимизм. Бывает суицидальный риск.

8. Апатический. Пациент безразличен к своей судьбе и к исходу болезни. Он пассивен, жизнь для него не интересна. Лечится только в случае принуждения со стороны.

9. Сенситивный. Пациент крайне раним, озабочен тем, что болезнь может выставить его в некрасивом свете, боится жалости от окружающих, сплетен, того что его будут избегать. Характерны колебания настроения.

10. Эгоцентрический. Пациент принимает болезнь и ищет в ней выгоду. Страдания выставляются на показ. Требование исключительной заботы о себе, полное невнимание к близким.

11. Паранойяльный. Пациент строит теории о том, что болезнь возникла из-за каких-то внешних причин, злого умысла. Он подозрителен, постоянно ищет виноватых, обвиняет медперсонал в неэффективности лечения, видит в побочных эффектах злой умысла врачей. Требует наказать виновных.

12. Дисфорический. У пациента гневливо-мрачное, озлобленное настроение. Он угрюм и недоволен, ненавидит всех здоровых людей. Винит в болезни окружающих. Требует внимания, подозрителен к назначениям врачей.

Если врач не знает, как работать с пациентом, проявляющим черты вышеописанных типов, лечение может быть осложнено отказом пациента идти на контакт, его замыканием в самом себе, а также даже отказом от лечения. Именно поэтому важно знать и уметь распознавать характерные черты тех или иных типологических особенностей пациентов.

2. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Материал исследования

Исследование проводилось в период с декабря 2021 до апреля 2022 гг. на базе СПб ГБУЗ «Городской гериатрический центр» и кардиологического отделения ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова». Изучались лица, проходящие или проходившие лечение в связи с имеющейся ишемической болезнью сердца в возрасте от 60 до 87 лет (средний возраст – $71,34 \pm 12,2$).

В ходе исследования были сформированы группы в зависимости от возраста респондентов:

- В *первую группу* вошло 15 пациентов с ИБС в возрасте 50-60 лет. Средний возраст пациентов 1-ой группы – 56,8 лет.
- Во *вторую группу* вошло 20 человек с ИБС в возрасте 61-75 лет. Средний возраст – 68,3 лет.
- *Третья группа* состоит из 22 пациентов с ИБС в возрасте 76-90 лет. Средний возраст – 80,2 лет.

Данные об уровне образования и о семейном положении представлены в таблице 1.

Таблица 1

Социально-демографические характеристики пациентов с ИБС

Уровень образования и семейного положения	1 группа (50-60 лет) N= 15		2 группа (61-75 лет) N= 20		3 группа (76-90 лет) N= 22		В целом по группам N= 57	
	Ср.возраст = 56,8		Ср.возраст = 67,7		Ср.возраст = 80,2		Ср.возраст = 68,2	
	N (чел.)	%	N (чел.)	%	N (чел.)	%	N (чел.)	%
Образование среднее	0	0%	0	0%	1	4,6%	1	1,7%
Образование среднее специальное	4	26,6%	5	25%	4	18,1%	13	22,8%
Образование высшее	3	20,2%	5	25%	6	27,3%	14	24,6%

Семейное положение: состоит в браке	4	26,6%	5	25%	7	31,9%	16	28,1%
Семейное положение в браке не состоит	4	26,6%	5	25%	4	18,1%	13	22,8%

Согласно клиническим данным в анамнезе у 80,8% пациентов присутствует инфаркт миокарда. Процент пациентов с диагнозом ИБС, стабильная стенокардия, составил 7,7%, С диагнозом ИБС, нестабильная стенокардия - 11,5%.

Критерии включения в исследование:

- Добровольное согласие на участие.
- Возраст от 50 лет.
- Установленный диагноз «Ишемическая болезнь сердца» (I20-I25).
- Когнитивная сохранность или легкие когнитивные нарушения (не менее 24 баллов по тесту МоСА)

Критерии исключения из исследования:

- Отказ от участия в исследовании.
- Возраст до 50 лет.
- Отсутствие диагноза «Ишемическая болезнь сердца» (I20-I25).
- Тяжелые когнитивные нарушения (более 24 баллов по тесту МоСА).

2.2. Методы исследования

2.2.1. Клинико-психологический метод

В ходе проведения исследования применялся клинико-психологический метод, который включал в себя метод наблюдения и беседу. Такой метод позволяет изучать не только болезнь, но и самого больного. Беседа предшествовала инструментальному обследованию, и одной из основных задач её применения являлось формирование у обследуемого адекватного отношения к психодиагностической процедуре. Кроме того, такой метод был направлен на получение социально-биографических данных.

По итогам беседы регистрировались общие сведения о больном, а также клинические и психологические данные. В ходе общения с пациентом задавались вопросы, целью которых было изучение особенностей личности, оценка происходящих изменений, оценка самочувствия. Уточнялись жалобы в настоящий момент, как на физическое самочувствие, так и на психологическое. Собирались сведения, касающиеся социальной ситуации в жизни пациента.

Общие данные включали вопросы о возрасте, образовании, семейном положении, профессиональной деятельности. При этом уточнялась степень удовлетворенности различными сторонами жизни. Большое значение имела информация о длительности заболевания, его тяжести и отношения больного к своей болезни.

Психологические данные включали информацию о личностных особенностях пациента, особенностях эмоционального состояния в настоящее время и на протяжении заболевания.

2.2.2. Экспериментально-психологические методы

Опросник геротрансцендентных изменений (ОГИ). Разработан под руководством Кандидата психологических наук Стрижицкой Ольги Юрьевны на базе ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет, Россия, Санкт-Петербург в рамках проекта «Когнитивный резерв как фактор уровня качества жизни в пожилом возрасте» и используется для исследования геротрансцендентности в периоды поздней взрослости и старения. Выделяется три компонента геротрансцендентности:

- Личностное измерение (ЛИ). Изменения в понимании себя, включает целостное принятие себя, в том числе физических изменений, и предполагает создание более дифференцированной и сложной системы Я-концепции.
- Социальное измерение (СИ). Связано с принятием других людей, их несовершенства, а также понимание собственных потребностей,

реализуемых в общении и рефлексии эмоций, возникающих в процессе взаимодействия.

- Генерализованное мировосприятие (ГМ). Изменение отношения к времени жизни, формирование новой перспективы будущего, чувство связи с другими поколениями, а также принятие жизни и смерти как естественных составляющих бытия.

При проведении методики испытуемому предлагается 34 утверждения. Каждой описанной выше шкале соответствуют свои утверждения. На утверждения испытуемый может ответить «Совершенно не согласен», «Скорее не согласен», «Скорее согласен», «Совершенно согласен».

При обработке результатов ответы испытуемого переводятся в баллы. «Совершенно не согласен» - 1 балл, «Скорее не согласен» - 2 балла, «Скорее согласен» - 3 балла, «Совершенно согласен» - 4 балла. Затем, для определения уровня выраженности каждой шкалы, баллы за ответы соответствующие шкале суммируются. Помимо этого высчитывается общий показатель геротрансцендентности. Он представляет собой сумму баллов за все ответы.

Полученные баллы сравнивают с нормативными показателями (см. табл. 2). Если балл равен или выше нормативного показателя это свидетельствует о хорошем уровне развития шкалы, если ниже – то вероятно у испытуемого есть проблемы в данной сфере. [30] [Приложение 1]

Таблица 2

Нормативные показатели методики «Опросник геротрансцендентных изменений» О.Ю. Стрижицкой (в баллах)

Шкалы	Нормативные показатели
Личностное измерение	36
Социальное измерение	32
Генерализованное мировосприятие	28
Общий показатель геротрансцендентности	101

Гериатрическая шкала депрессии (GDS-30). Это диагностический инструмент, предназначенный для самооценки психоэмоционального состояния. Шкала была разработана в начале 1980-х учеными из Стэнфорда (США). Сегодня шкала широко используется в гериатрической практике во всем мире и позволяет оценить эмоциональное состояние пожилого человека.

Тест обладает высокой надежностью и достоверностью, проверенной как в сравнении с другими шкалами, так и в сравнении с диагностическими критериями [Приложение 2].

Если испытуемый получил 10 или менее баллов оснований для диагностики депрессии нет. Наличие от 11 до 20 баллов указывает на лёгкую депрессию. Если пациент набрал более 20 баллов, то депрессия считается выраженной.

Опросник количественной оценки приверженности лечению (КОП-25). Был разработан в 2008 г. для оценки приверженности к лечению у больных артериальной гипертонией, но впоследствии был модернизирован для универсального применения [14]. В 2016 г. был опубликован протокол анализа приверженности к лечению [15]. Собственные исследования и независимая оценка продемонстрировали высокие чувствительность (93%), специфичность (78%) и надежность (94%) КОП-25 [16,13].

Анкета опросника включает 25 вопросов с вариантами ответов. Существуют два стандартизированных варианта анкеты: для количественной оценки приверженности к лечению больных хроническими заболеваниями и для количественной оценки потенциальной приверженности к лечению лиц, не имеющих заболеваний и/или не знающих о них, или не имеющих клинических проявлений заболеваний. Анкета опросника заполняется последовательно – с 1-го по 25-й вопрос. Для каждого вопроса респондент выбирает наиболее подходящий ответ из предложенного перечня, включающего 6 возможных вариантов. На каждый вопрос анкеты может быть выбран только один ответ.

Обработка результатов теста проводится в 2 этапа. На 1 этапе вычисляются такие технические показатели как:

- «важность лекарственной терапии»,
- «важность медицинского сопровождения»,
- «важность модификации образа жизни»
- «готовность к лекарственной терапии»,
- «готовность к медицинскому сопровождению»,
- «готовность к модификации образа жизни».

Каждый из этих показателей рассчитывается путём складывания баллов за ответы на соответствующие вопросы. Минимальное значение показателя – 5 баллов, а максимально – 30 баллов.

На втором этапе рассчитываются такие показатели как:

- «приверженность лекарственной терапии»,
- «приверженность медицинскому сопровождению»,
- «приверженность модификации образа жизни»,
- интегральный показатель: «приверженность лечению».

Эти показатели рассчитываются с помощью специальных формул и представляют собой проценты от максимально возможного уровня их проявления для тестируемого. Нормативные показатели от 50%

Методика «Тип отношения к болезни». ТОБОЛ (тип отношения к болезни) - клиническая тестовая методика, направленная на диагностику типа отношения к болезни.

Отличительной особенностью теста, вытекающей из первоначальной задумки и организации валидации, является необычная структура: он состоит из списков утверждений, в каждом из которых респонденту необходимо выбрать 1 или 2 (в отличие от тестов, в которых нужно ответить на ряд вопросов да/нет, либо степенью согласия с утверждением) вариантов ответа. При создании ТОБОЛ была использована клиничко-психологическая типология отношения к болезни, предложенная А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым в 1980 году. 12 типов реагирования, диагностируемые тестом: сенситивный,

тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, эгоцентрический, паранойяльный, анозогнозический, дисфорический, эргопатический и гармоничный, авторами были поделены на 3 блока: условно-адаптивный, интрапсихически-дезадаптивный и интерпсихически-дезадаптивный. [38]

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

- **Активность времени (АВ).** Демонстрирует степень напряженности, активности и изменчивости времени. Отрицательное значение этого фактора может свидетельствовать о том, что для испытуемого время ощущается пассивным, застывшим. У испытуемого могут присутствовать такие особенности как психическая заторможенность, апатичность, низкая мотивация.
- **Эмоциональная окраска времени (ЭВ).** Демонстрирует то, насколько испытуемый удовлетворён своим временем. Отрицательные значения этого фактора могут свидетельствовать о пессимизме испытуемого по отношению ко времени и к своей жизни. Эмоциональная окраска особенно показательна для будущего, поскольку ЭВ отражает надежды испытуемого. Отрицательные показатели ЭВ могут свидетельствовать о депрессивном состоянии испытуемого.
- **Величина времени (ВВ).** Косвенно демонстрирует общий мотивационный потенциал и эмоциональное состояние пациента. Положительное значение этого фактора можно расценивать как то, что

испытуемый воспринимает время чем-то длительным, объемным и глубоким. Отрицательное значение фактора свидетельствует о том, что испытуемый воспринимает время как маленькое, мгновенное и узкое.

- Структура времени (СВ). Свидетельствует о развитии понятности, ритмичности, обратимости, непрерывности и неделимости познавательной структурой времени у испытуемого. Высокие положительные значения СВ демонстрируют, что у испытуемого хорошо продуманны планы в отношении будущего, точные представления касательно предстоящих событий и деятельности. Отрицательное значение СВ может говорить о непонятности, неритмичности и прерывистости времени для испытуемого.
- Ощущаемость времени (ОВ). Демонстрирует степень реальности, близости, общности и открытости психологического времени для испытуемого. Ряд психопатологических синдромов могут вызывать у испытуемого значительные изменения в восприятии времени и ощущаемости себя во времени. При отрицательном значении ОВ испытуемый может воспринимать время далеким, замкнутым или даже неоощуемым.

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

Полученные баллы по факторам могут варьироваться от -15 до $+15$. Интерпретация происходит в зависимости от того отрицательное вышло число или положительное. Для упрощения обработки полученных нами данных, мы перекодировали баллы, с помощью которых пациенты оценивали своё время (см. табл. 3).

Результаты смещения точки отсчета (в баллах)

Изначальная точка отсчета	Смещенная точка отсчета
-3	0
-2	1
-1	2
0	3
1	4
2	5
3	6
От -15 до 0	От 0 до 15
От 1 до 15	От 16 до 30

2.3. Методы математико-статистической обработки данных

Для достижения поставленной нами цели, в своей работе мы использовали следующие методы математической обработки данных:

- U-критерий Манна-Уитни использовался для проведения сравнительного анализа в двух экспериментальных группах.
- Коэффициент корреляции Пирсона использовался для установления взаимосвязи между экспериментальными данными.
- H-критерий Краскелла-Уоллеса использовался для установления проведения сравнительного анализа в трёх экспериментальных группах.

Для обработки результатов была использована программа STATISTICA.

3. РЕЗУЛЬТАТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

3.1. Описательная статистика психологических характеристик

пациентов с ИБС среднего, пожилого и старческого возраста

В ходе исследования был проанализирован ряд клинико-психологических характеристик у всех группы пациентов (N=57). В частности учитывался такой показатель, как специфика отношения больного к обследованию. Так, в целом по группам обследуемых у 61,5% пациентов наблюдалось положительное отношение к исследованию. В 38,5% случаев обследуемые демонстрировали формальное отношение к обследованию.

Свое самочувствие испытуемые оценивают как плохое (30,1%), удовлетворительное (46,9%), хорошее (23%) (рис.1).

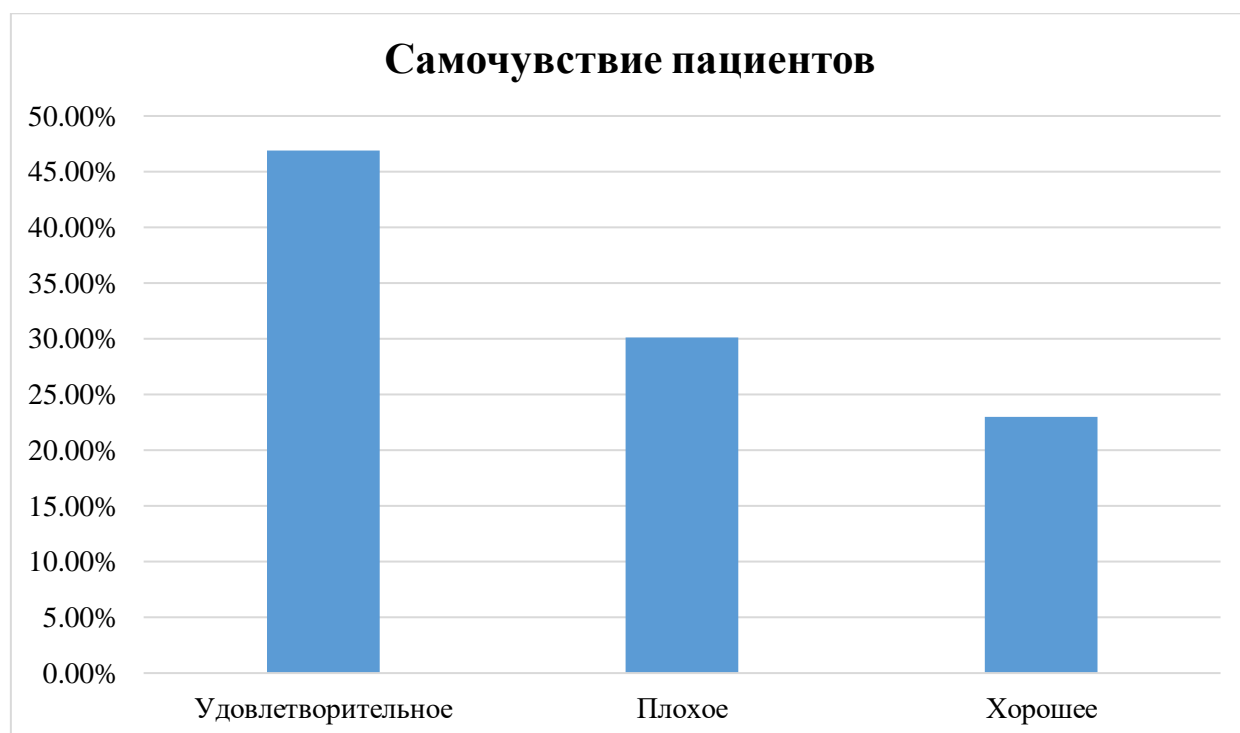


Рис.1. Диаграмма процентного соотношения самооценки самочувствия в исследуемой группе

3.1.1. Описательная статистика геротрансцендентности у пациентов с ИБС среднего, пожилого и старческого возраста

Одной из задач нашего исследования было определить геротрансцендентность пожилых пациентов с ИБС. Для достижения задачи нами были обработаны эмпирические данные по методике «Опросник геротрансцендентных изменений». Результаты обработки представлены в таблице 4 (Таб.4).

Таблица 4

Средние показатели геротрансцендентности и ее компонентов у пациентов с ИБС (методика «Опросник геротрансцендентных изменений» О.Ю. Стрижицкой)

Шкалы	В целом по группе (N=57)	Нормативные показатели
Личностное измерение	32,9±5,3	36
Социальное измерение	28,8±6,1	32
Генерализованное мировосприятие	25,7±5,1	28
Общий показатель геротрансцендентности	87,4±8,4	101

Результаты, приведенные в таблице 4, показывают, что личностное измерение у пациентов пожилого и старческого возраста с ИБС имеет сниженные показатели (32,9±5,3). Данный результат свидетельствует о том, что пациенты не ощущают явно выраженную любовь к себе и не принимают себя такими, какие они есть, имеют склонность воспринимать свои недостатки как критично влияющие на жизнь.

Результат по шкале социального измерения имеет низкое значение (28,8±6,1). У пациентов наблюдаются недоверие в отношениях с окружающими, пациенты не удовлетворены качеством и количеством общения и воспринимают окружающих людей в негативном свете.

Генерализованное мировосприятие также имеет низкий показатель (25,7±5,1). Пациенты в целом отрицательно оценивают будущие изменения в своей жизни, ожидая, что это будет напряженный период. Критично

относятся к таким понятиям, как жизнь и смерть, не принимая неизбежный естественный порядок вещей.

Общий показатель геротрансцендентности получил низкий балл (87,4±8,4). Низкие показатели по всем шкалам методики говорят о несформированности геротрансцендентности у пожилых пациентов с ИБС.

3.1.2. Описательная статистика приверженности к лечению у пациентов с ИБС среднего, пожилого и старческого возраста

Одной из задач нашего исследования было определить приверженность лечению пожилых пациентов. Для достижения данной задачи нами были обработаны полученные данные по методике «Опросник количественной оценки приверженности лечению (КОП-25)». Результаты математической обработки представлены в таблице 5 (Таб.5).

Таблица 5

Средние показатели приверженности лечению пациентов пожилого и старческого возраста с ИБС (методика «КОП-25»)

Шкалы	В целом по группе N=57	Нормативные показатели
Важность лекарственной терапии	18,35±3,49	15-22,5
Важность медицинского сопровождения	19±2,23	15-22,5
Важность модификации образа жизни	19,8±2,2	15-22,5
Готовность к лекарственной терапии	21,19±2,35	15-22,5
Готовность к медицинскому сопровождению	21,84±1,99	15-22,5
Готовность к модификации образа жизни	21,46±2,34	15-22,5
Приверженность к лекарственной терапии	43,21±9,40	51-76
Приверженность к медицинскому сопровождению	46,01±5,94	51-76
Приверженность к модификации образа жизни	47,13±6,53	51-76
Приверженность к лечению	33,98±3,85	32,5-48,75

Таким образом, приверженность к лекарственной терапии, приверженность к медицинскому сопровождению, приверженность к модификации образа жизни имеют значения ниже нормы, однако все остальные шкалы методики находятся в пределах нормативных значений (средняя выраженность). Можно сделать вывод, что пациенты осознают важность проводимых процедур и демонстрируют готовность к лечению, но лишь в краткосрочном периоде.

По результатам исследования были также проанализированы процентные соотношения уровней приверженности лечению пациентов в исследуемой группе. Данные представлены на рисунке 2 (Рис.2).



Рис.2. Диаграмма процентных соотношений уровней комплаентности в исследуемой группе

Т.о., большая часть пациентов с ИБС демонстрируют низкий уровень приверженности лечению (38% пациентов), что свидетельствует о необходимости психокоррекционной работы среди пациентов.

3.1.3. Описательная статистика типа отношения к болезни пациентов с ИБС среднего, пожилого и старческого возраста

Одной из задач нашего исследования было определить типы отношения к болезни пациентов с ИБС. Для достижения данной задачи нами были обработаны полученные данные по методике «Типы отношения к болезни (ТОБОЛ)».

При анализе частоты встречаемости различных типов отношения к болезни, получены следующие данные:

У 30,2% исследуемых обнаружен гармонически тип отношения к болезни, который выражается в активном содействии лечебному и реабилитационному процессам, в адекватном отношении к своему состоянию, без преувеличений и недооценки болезни. 19,3% пациентов имеют анозогностический тип отношения к болезни, характеризующийся отрицанием или приуменьшением имеющихся симптомов и общей недооценкой собственного состояния. Реже встречаются такие типы как: апатический (11,6%), меланхолический (11,6%) сенситивный (7,8), эгоцентрический (7,8), неврастенический (3,9), тревожный (3,9), эргопатический (3,9) (рис.3).

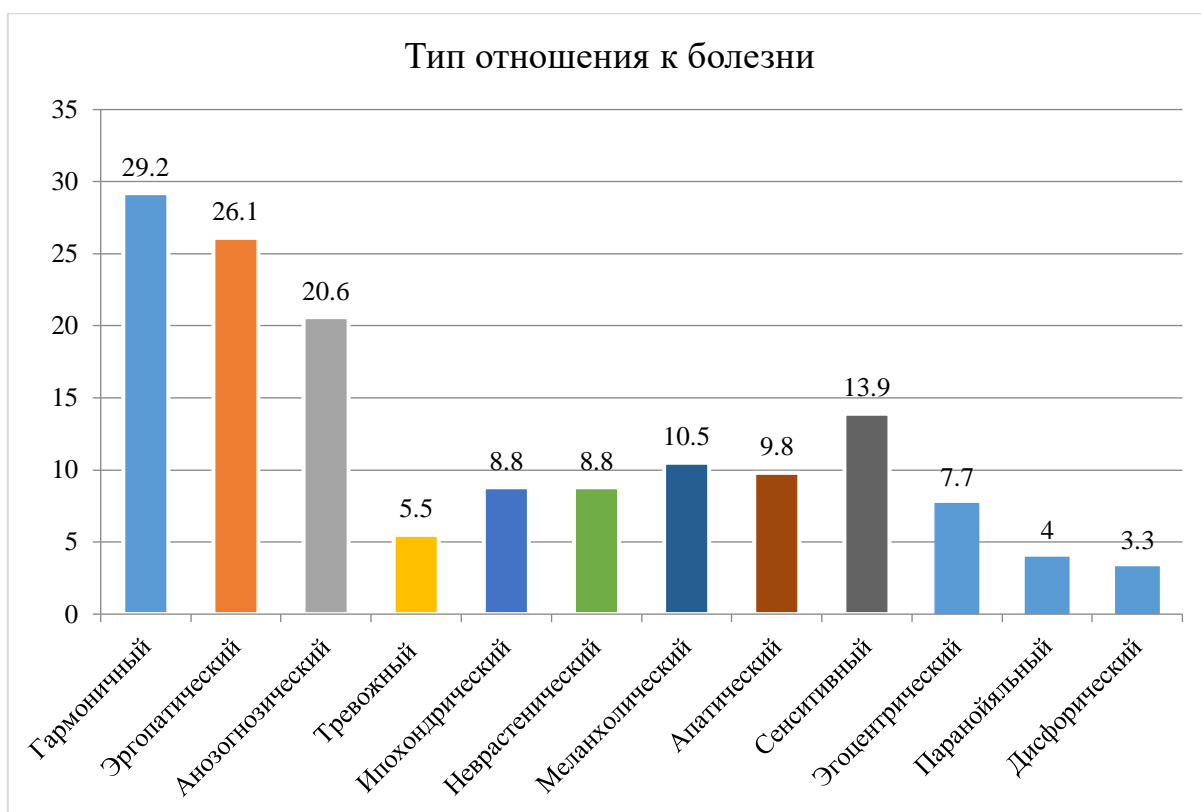


Рис.3. Диаграмма процентного соотношения типов отношения к болезни в исследуемой группе

Таким образом, ведущими типами в отношении к болезни у пациентов с ИБС являются гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы. Данные типы отношения к своему заболеванию относятся к социально адаптивным типам (I блок). Пациенты данной нозологической группы стремятся уйти в работу, хобби, привычную им деятельность, стараются откинуть мысли о болезни и ее потенциальных последствий. Данные результаты сочетаются с результатами по методике КОП-25 (см. табл. 5).

3.1.4. Описательная статистика эмоциональной сферы пациентов с ИБС среднего, пожилого и старческого возраста

Одной из задач нашего исследования было изучить эмоциональную сферу пожилых пациентов с ИБС. Для достижения данной задачи нами были проанализированные данные, полученные при обработке методики «Герiatricкая шкала депрессии (GDS-30)». Результаты математической обработки представлены на рисунке 4 (Рис.4).



Рис.4. Диаграмма процентных соотношений уровней депрессивных переживаний пациентов в исследуемой группе

Практически не имеют депрессивных переживаний 19 пациентов (33,3%), легкие депрессивные переживания были выявлены у 18 обследуемых (31,7%). 20 пациента переживают тяжёлое депрессивное состояние (35%). Т.о., большая часть пациентов с ИБС характеризуются наличием депрессивных переживаний легкой и средней степени тяжести.

3.1.5. Описательная статистика субъективного восприятия времени пациентов с ИБС среднего, пожилого и старческого возраста

Одной из задач нашего исследования было изучить субъективное восприятие времени пожилых пациентов с ИБС. Для достижения данной задачи нами были проанализированные данные, полученные при обработке методики «Семантический дифференциал времени» Л.И. Вассермана. Результаты математической обработки представлены в таблице 6 (Таб.6) и на рисунке 5 (Рис.5).

Таблица 6

Средние показатели субъективного восприятия времени своей жизни у пациентов с ЗН (методика «Семантический дифференциал времени») (в баллах)

Факторы времени	Среднее значение n=40 M±SD	Нормативные показатели
АП	21,05±4,34	0 – 15 – негативное восприятие времени 16 – 30 – позитивное восприятие времени
ЭП	23,07±5,94	
ВП	20,96±6,01	
СП	20,21±6,49	
ОП	21,56±5,1	
АН	16,58±4,63	
ЭН	19,65±6,59	
ВН	20,79±5,7	
СН	19,16±5,47	
ОН	20,95±5,14	
АБ	19,93±4,46	
ЭБ	25,49±4,95	
ВБ	23,81±4,36	
СБ	22,98±4,1	
ОБ	22,77±3,4	

Для удобства восприятия полученных результатов, мы отразили их в диаграмме (рис. 5).

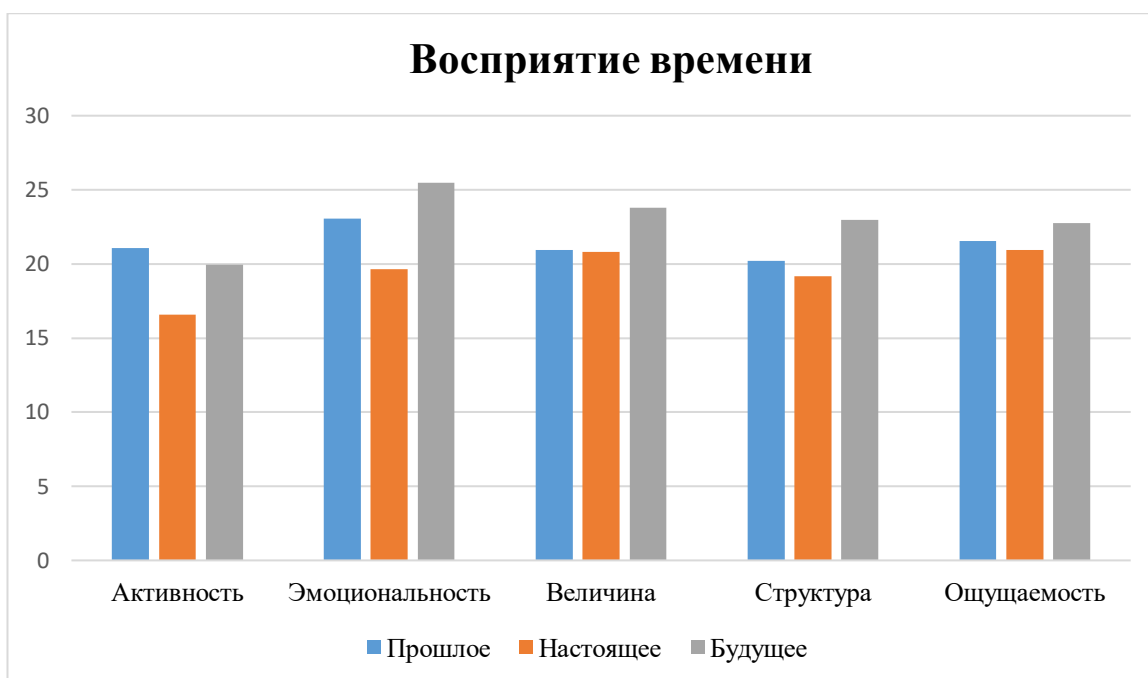


Рис.5. Диаграмма средних показателей субъективного восприятия времени своей жизни у пациентов исследуемой группы.

Таким образом, мы видим, что большинство пациентов позитивно оценивают время своей жизни. Лучше всего пациенты относятся к своему будущему, что может быть связано с надеждами на избавление от болезни и улучшение самочувствия.

3.2. Сравнительное исследование психологических особенностей

пациентов среднего, пожилого и старческого возрастов с ИБС

3.2.1. Сравнительное исследование уровня депрессивных переживаний между группами пациентов среднего, пожилого и старческого возрастов с ИБС

Одной из задач нашего исследования было изучение статистически значимых различий в уровне депрессивных переживаний между группами пациентов среднего, пожилого и старческого возрастов с ИБС. Полученные результаты представлены в таблице 7 (Таб.7)

Таблица 7

Сравнение средних показателей эмоциональной сферы пациентов пожилого и старческого возраста (методика «Гериатрическая шкала депрессии»)

Шкала методики	1 группа (50-60 лет) N=15	2 группа (61-75 лет) N=20	3 группа (76-90 лет) N=22	Значимость, <i>p</i>
Гериатрическая шкала депрессии	6,53±3,7	9,25±5,7	9,59±5,87	0,276

Из таблицы 4 (Таб.4) Видно, что статистически значимых различий в уровнях депрессивных переживаний между группами пациентов выявлено не было. Стоит также отметить, что у пациентов всех групп не выявлены депрессивные проявления.

3.2.2. Сравнительное исследование типов отношения к болезни между группами пациентов среднего, старческого и пожилого возрастов с ИБС

Одной из задач нашего исследования было изучение статистически значимых различий в типах отношения к болезни между группами пациентов среднего, старческого и пожилого возрастов с ИБС. Полученные результаты представлены в таблице 8 (Таб.8)

Таблица 8

Сравнение средних показателей типов отношения к болезни у пациентов среднего пожилого и старческого возраста (методика «ТОБОЛ»)

Шкалы методик	1 группа (50-60 лет) N=15	2 группа (61-75 лет) N=20	3 группа (76-90 лет) N=22	Значимость, <i>p</i>
Гармоничный тип отношения к болезни	34,9±13,1	29,8±19,3	25,4±19,7	0,154
Эргопатический тип отношения к болезни	31,3±11,8	25,85±16,9	22,9±18,6	0,184
Анозогнозический тип отношения к болезни	25,7±7,5	20,6±17,1	17,1±14,4	0,079
Тревожный тип отношения к болезни	3,9±7,2	4,15±5,1	7,9±9,9	0,279
Ипохондрический тип отношения к болезни	7,9±6,2	8,35±5,4	9,8±6,1	0,478
Неврастенический тип отношения к болезни	5,8±5,7	8,9±7,9	10,7±7,8	0,295
Меланхолический тип отношения к болезни	5,6±10,2	13,4±17	11,2±14,4	0,453
Апатический тип отношения к болезни	5,7±9,4	14,05±19,6	8,8±13,2	0,806
Сенситивный тип отношения к болезни	14,2±5,4	14,2±11,6	13,4±9,0	0,778
Эгоцентрический тип отношения к болезни	6,7±3,8	6,9±6,5	9,1±7,6	0,668
Паранойяльный тип отношения к болезни	2,4±2,5	4,65±6,0	4,5±4,3	0,441
Дисфорический тип отношения к болезни	2,0±3,4	3,15±4,5	4,2±4,9	0,295

Из таблицы 5 (Таб.5) Видно, что среди групп пациентов среднего пожилого и старческого возраст достоверных различий в типах отношения к болезни выявлено не было.

3.2.3. Сравнительное исследование уровня геротрансцендентности между группами пациентов среднего, старческого и пожилого возрастов с ИБС

Одной из задач нашего исследования было изучение статистически значимых различий в уровне геротрансцендентности между группами пациентов среднего, старческого и пожилого возраста с ИБС. Полученные результаты представлены в таблице 9 (Таб.9)

Таблица 9

Сравнение групп пациентов среднего, пожилого и старческого возрастов по методике «Опросник геротрансцендентных изменений»

Шкалы методик	1 группа (50-60 лет) N=15	2 группа (61-75 лет) N=20	3 группа (76-90 лет) N=22	Значимость, <i>p</i>
Личностное измерение	35,4±3,33	31,6±5,97	32,1±5,2	0,051
Социальное измерение	33,2±3,99	26,25±6,23	28,1±5,7	0,002
Генерализованное мировосприятие	28,26±5,2	24,25±5,18	25,1±4,2	0,025
Общий показатель геротрансцендентности	96,93±7,14	82,01±14,99	85,6±13,1	0,002

Из таблицы 6 (Таб.6) видно, что у пациентов среднего, пожилого и старческого возрастов имеются статистически значимые отличия в выраженности геротрансцендентности в целом и ее компонентов (социальное измерение и генерализованное мировосприятие). У пациентов 50-60 лет с ИБС статистически более высокие показатели по данным шкалам в сравнении с пациентами второй и третьей группы (61-75 лет и 76-90 лет). Т.о., мы предполагаем, что геротрансцендентность изменяется вследствие длительного влияния тяжелого соматического заболевания с высокой витальной угрозой. Длительное нахождение в условиях подобного заболевания приводит к ухудшению качества социальных контактов, они не

становятся более крепкими и качественными, если сохраняются вообще. Также пациенты не склонны думать о глобальных вопросах жизни, и, соответственно определять свое место в жизни, забота о собственном здоровье становится насущнее мыслей о глобальной природе жизни человека.

3.2.4. Сравнительное исследование приверженности к лечению между группами пациентов среднего, пожилого и старческого возрастов с ИБС

Одной из задач нашего исследования было изучение статистически значимых различий в приверженности к лечению между группами пациентов среднего, старческого и пожилого возраста с ИБС. Полученные результаты представлены в таблице 10 (Таб.10)

Таблица 10

Сравнение средних показателей приверженности лечению пациентов среднего, пожилого и старческого возрастов («Опросник приверженности к лечению»)

Шкалы методик	1 группа (50-60 лет) N=15	2 группа (61-75 лет) N=20	3 группа (76-90 лет) N=22	Значимость, <i>p</i>
Приверженность к лечению	46,8±16,1	37,4±5,9	35,4±4,1	0,187

Из таблицы 10 (Таб.10) видно, что статистически значимых различий в уровне приверженности к лечению между пациентами среднего, пожилого и старческого возраста выявлено не было. У всех пациентов отмечается низкая приверженность лечению вне зависимости от возраста.

3.2.5. Сравнительное исследование восприятия времени между группами пациентов среднего, пожилого и старческого возрастов с ИБС

Одной из задач нашего исследования было изучение статистически значимых различий в субъективном восприятии времени своей жизни между группами пациентов среднего, пожилого и старческого возраста с ИБС. Полученные результаты представлены в таблице 11 (Таб.11)

Таблица 11

Сравнение средних показателей субъективного восприятия времени между групп пациентов среднего, пожилого и старческого возрастов («Семантический дифференциал времени»)

Шкалы методик	1 группа (50-60 лет) N=15	2 группа (61-75лет) N=20	3 группа (76-90 лет) N=22	Значимость, <i>p</i>
Прошлое				
Активность	19,6±5,4	21,45±3,9	21,6±3,7	0,37
Эмоциональность	23,9±5,9	22±5,04	23,45±6,5	0,25
Величина	20,6±7,1	20,5±4,2	21,5±6,6	0,77
Структура	18,8±7,07	19,65±4,7	21,7±7,22	0,17
Ощущаемость	22,4±5,9	21,6±4,4	20,9±5,09	0,53
Настоящее				
Активность	15,8,2±5,39	18±4,46	15,7±3,99	0,23
Эмоциональность	23,9±5,2	19,2±5,9	17,13±6,5	0,009**
Величина	24±3,6	20,4±5,2	18,9±6,2	0,020*
Структура	22,9±3,5	18,25±4,9	17,4±5,7	0,005**
Ощущаемость	22,8±4,88	20,1±4,6	20,4±5,47	0,27

Будущее				
Активность	18,86±3,39	20,1±4,7	20,5±4,7	0,39
Эмоциональность	27,4±3,3	25,15±4,2	24,5±6	0,1
Величина	25,7±3,1	23±3,1	23,2±5,4	0,1
Структура	24±2,89	22,65±4	22,54±4,7	0,71
Ощущаемость	24,13±3,33	21,75±3,8	22,7±2,7	0,09

Из таблицы видно, что восприятие настоящего, а именно такие компоненты, как: эмоциональность, величина, структура, пациентами с ИБС искажается с возрастом, так как группой наиболее положительно воспринимающей компоненты настоящего является самая молодая группа. Полученные нами результаты можно объяснить тем, что с возрастом увеличивается стаж переживаемой болезни, влияющей на эмоциональное состояние пациентов.

3.3. Сравнительное исследование приверженности к лечению между группами оперированных пациентов и пациентов, не подвергшихся хирургическому вмешательству

Одной из задач нашего исследования было изучение статистически значимых различий в психологических характеристиках между группами пациентов, подвергшихся хирургическому вмешательству и без операций в анамнезе. Полученные статистические различия на разных уровнях значимости, представленные в таблице 12 (Таб.12) ($p < 0,1$; $p < 0,05^*$; $p < 0,01^{**}$; $p < 0,001^{***}$).

Таблица 12

Значимые различия в результатах проведенных методик между группами с наличием операции в анамнезе и её отсутствием

Шкалы методик	Оперированные N=41	Не подвергшиеся операции N=16	Нормативные показатели	Значимость, <i>p</i>
«Семантический дифференциал времени»				
Настоящее активность	15,46±4,34	19,44±4,16	16-30	0,005**
Настоящее Структура	18,6±5,62	20,56±4,96	16-30	0,049**
Будущее эмоциональность	26,66±4,61	22,5±4,6	16-30	0,000***
«КОП-25»				
Важность лекарственной терапии	18,346±3,49	21,18±3,76	15-22,5	0,010**
Важность медицинского сопровождения	19±2,22	23±2,39	15-22,5	0,000***
Важность модификации образа жизни	19,8±2,2	22,8±1,6	15-22,5	0,000***
Приверженность к лекарственной терапии	43,2±9,4	53,09±11,12	51-76	0,003***
Приверженность к медицинскому сопровождению	46,01±5,94	58,034±8,26	51-76	0,000***
Приверженность к модификации образа жизни	47,13±6,54	57,09±7,19	51-76	0,000***
Приверженность к лечению	32,4±3,85	39,92±3,74	32,5-48,75	0,000***
«ТОБОЛ»				
Гармоничный тип отношения к болезни	28,9±17,31	40,1±3,64	-	0,020**
Паранойяльный тип отношения к болезни	4,6±4,9	2,43±3,77	-	0,040**

Из таблицы 8 (Таб.8) видно, что восприятие активности своего настоящего времени незначительно снижено у оперированных пациентов

кардиологического профиля ($M=15,46\pm 4,34$, $M=19,44\pm 4,16$, $p=0,0053$). Более высокий балл в группе не оперированных пациентов указывает на то, что они склонны оценивать события, происходящие с ними в настоящем времени, как более активные и наполненные событиями, чем в группе оперированных пациентов. Восприятие структуры своего настоящего времени у обеих групп пациентов находится выше средних значений ($M=18,6\pm 5,62$, $M=20,56\pm 4,96$, $p=0,0497$), более высокий балл у пациентов, которые не подвергались хирургическому вмешательству, свидетельствует о том, что пациенты способны структурировать то, что происходит с ними сейчас лучше, чем то, что происходило с ними в прошлом, и то, что, по их мнению, может произойти с ними в будущем, в отличие от группы пациентов, подвергшихся операционному вмешательству.

Восприятие эмоциональности будущего времени своей жизни у обеих групп пациентов находится в пределах нормативных показателей, ($M=26,66\pm 4,61$, $M=22,5\pm 4,6$, $p=0,000066$), разницу в показателях можно объяснить тем, что оперированные пациенты ожидают скорого выздоровления и возвращения к обыденной жизни. По методике КОП-25 были выявлены следующие значимые отличия между исследуемыми группами пациентов. Важность лекарственной терапии у обеих групп пациентов находится в пределах нормативных значений ($M=18,346\pm 3,49$, $M=21,18\pm 3,76$, $p=0,011619$), однако не оперированные пациенты демонстрируют более высокие баллы, что является признаком понимания значения лекарственной терапии в повседневной жизни человека и при лечении заболеваний.

Баллы по шкале важности медицинского сопровождения, находящиеся выше нормы у группы не оперированных пациентов в отличие от группы оперированных пациентов ($M=19,8\pm 2,2$, $M=23\pm 2,39$, $p=0,000051$), свидетельствуют об их особом отношении к влиянию медицинского персонала на процесс выздоровления, данная группа демонстрирует готовность выполнять все указания врачей.

Важность модификации образа жизни не оперированных пациентов также находится выше нормы, в отличие от группы оперированных пациентов ($M=19\pm 2,22$, $M=22,8\pm 1,6$, $p=0,000059$), что свидетельствует о том, что люди не подвергшиеся операционному вмешательству демонстрируют понимание влияния изменения своих привычек, влияющих на здоровье.

Приверженность к лечению ($M=32,4\pm 3,85$, $M=39,92\pm 3,74$, $p=0,000053$), приверженность к лекарственной терапии ($M=43,2\pm 9,4$, $M=53,09\pm 11,12$, $p=0,0027$), приверженность к медицинскому сопровождению ($M=46,01\pm 5,94$, $M=58,034\pm 8,26$, $p=0,000037$), приверженность к модификации образа жизни ($M=47,13\pm 6,54$, $M=57,09\pm 7,19$, $p=0,000081$) у пациентов, подвергшихся операционному вмешательству, оцениваются ниже нормативных показателей, в отличие от группы пациентов, не прошедших операционное вмешательство. Это говорит о том, что оперированные пациенты в долгосрочной перспективе не склонны принимать назначенные препараты, соблюдать рекомендации медицинского персонала и менять устоявшиеся жизненные привычки на благо своего здоровья, а также в целом менее комплаентны.

Из таблицы 12 (Таб.12) видно, что у пациентов, не подвергавшихся операционному вмешательству, с большей вероятностью будут сформирован гармоничный тип отношения к болезни ($M=40,1\pm 3,64$, $M=28,9\pm 17,31$, $p=0,02$) и с меньшей вероятностью – паранойяльный тип ($M=2,43\pm 3,77$, $M=4,6\pm 4,9$, $p=0,04$).

3.4. Корреляционный анализ геротрансцендентности и приверженности лечению с психологическими характеристиками пожилых пациентов с

ИБС среднего, пожилого и старческого возраста

Были выявлены значимые взаимосвязи уровня геротрансцендентности со значением шкал других методик. Так, уровень геротрансцендентности имеет обратную корреляционную связи со следующими шкалами: депрессивные переживания ($r= -0,47$, $p<0,05$), апатический тип отношения к

болезни ($r = -0,44$, $p < 0,05$), меланхолический тип отношения к болезни ($r = -0,39$, $p < 0,05$). Прямые корреляционные связи выявлены между шкалой геротрансцендентности и шкалами: приверженность лечению ($r = 0,36$, $p < 0,05$), гармонический тип отношения к болезни ($r = -0,33$, $p < 0,05$), эргопатический тип отношения к болезни ($r = 0,38$, $p < 0,05$), настоящее эмоциональность ($r = 0,37$, $p < 0,05$), настоящее структура ($r = 0,38$, $p < 0,05$).

Прямая корреляционная связь выявлена между шкалами депрессивных переживаний и апатическим типом отношения к болезни ($r = 0,44$, $p < 0,05$). Обратные взаимосвязи выявлены между шкалами: приверженность к лечению ($r = -0,39$, $p < 0,05$), социальное измерение ($r = -0,34$, $p < 0,05$), личностное измерение ($r = -0,36$, $p < 0,05$), генерализованное мировосприятие ($r = -0,33$, $p < 0,05$) и шкалой депрессивных переживаний (рис.6).

Прямая корреляционная связь выявлены между шкалой приверженность лечению и шкалами: личностное измерение ($r = 0,28$, $p < 0,05$), социальное измерение ($r = 0,42$, $p < 0,005$), геротрансцендентность ($r = 0,37$, $p < 0,005$), прошлое эмоциональность ($r = 0,27$, $p < 0,05$), прошлое величина ($r = 0,37$, $p < 0,005$), прошлое ощущаемость ($r = 0,32$, $p < 0,05$), средний показатель восприятия прошлого ($r = 0,28$, $p < 0,05$), настоящее энергичность ($r = 0,45$, $p < 0,005$), настоящее структура ($r = 0,39$, $p < 0,005$), настоящее ощущаемость ($r = 0,29$, $p < 0,05$), средний показатель восприятия настоящего ($r = 0,31$, $p < 0,05$), будущее величина ($r = 0,28$, $p < 0,05$)

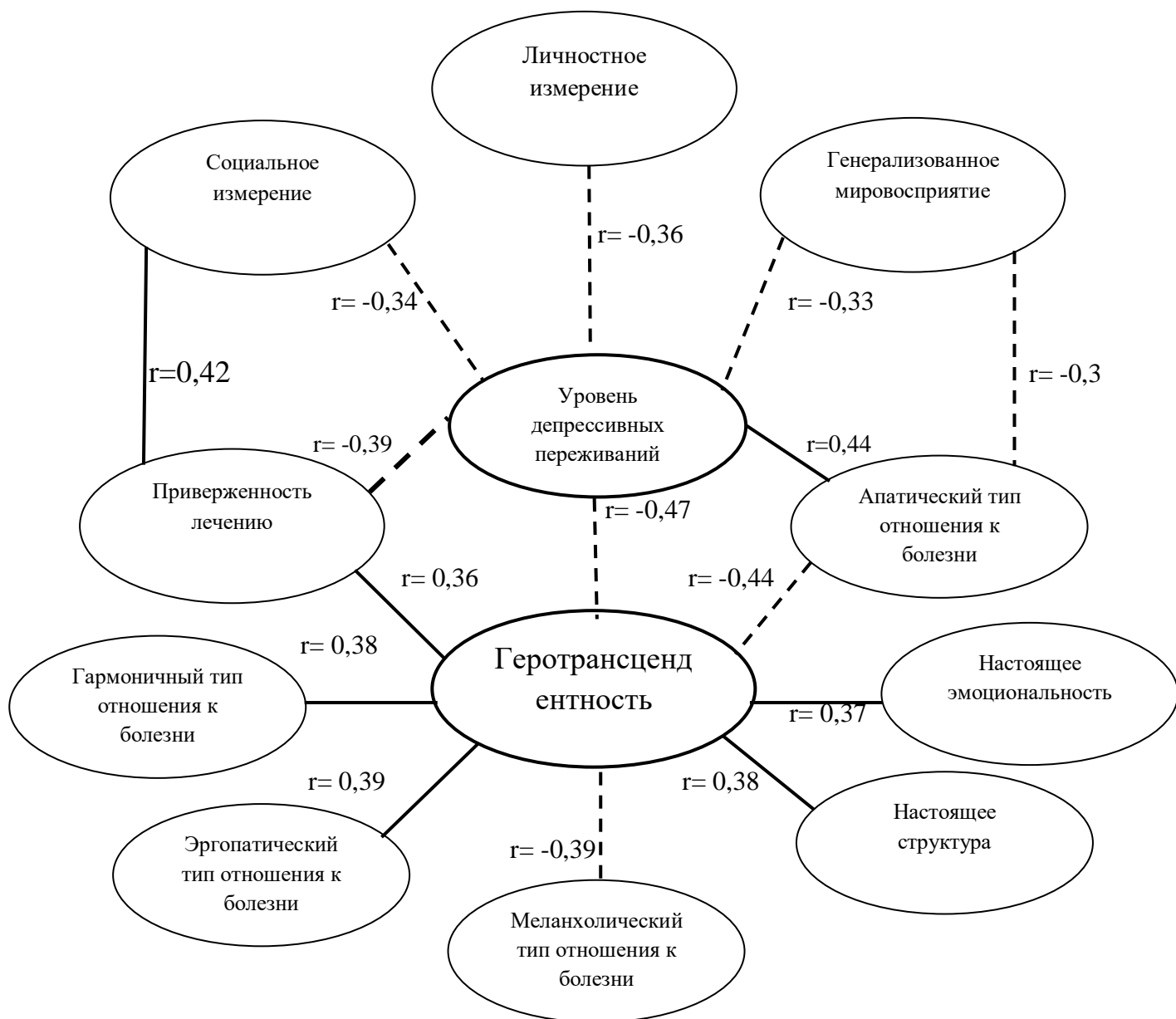


Рис.6. Взаимосвязи уровня геротрансцендентности и гериатрической шкалы депрессии со значением шкал других методик

Условные обозначения:

— Двусторонняя положительная корреляция $r=0,05$

--- Двусторонняя отрицательная корреляция $r=0,05$

По результатам исследования можно заключить: чем лучше сформирована геротрансцендентность у пациентов пожилого и старческого возрастов, тем меньше они склонны испытывать депрессивные переживания. Чем больше пациенты склонны к депрессивным переживаниям, тем вероятнее у них формируются или уже сформированы такие типы отношения к болезни как: апатический, меланхолический, неврастенический.

При проведении корреляционного анализа гипотеза нашего исследования была подтверждена. Мы сделали вывод, что приверженность лечению напрямую связана с геротрансцендентными изменениями. То есть, чем лучше пациент понимает и принимает себя, в том числе свои физические изменения, чем более развита у него Я-концепция, чем лучше он понимает свои потребности, принимает других и их несовершенства, чем больше отдает предпочтение качеству общения, а не его количеству, и чем более настоящее эмоционально окрашено и структурировано, тем выше у данного пациента будет приверженность лечению и наоборот.

4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ результатов исследования пациентов с ИБС среднего, пожилого и старческого возраста позволил оценить их приверженность лечению и психологические особенности

При исследовании геротрансцендентности выяснилось, что в среднем у пациентов с ишемической болезнью сердца (I20-I25) снижен уровень личностного измерения, социального измерения, генерализованного восприятия и уровня геротрансцендентности в целом. Данные результаты могут объясняться спецификой возникновения заболевания, его течения и лечения. Стоит также отметить, что на данные результаты могут объясняться и социальной депривацией пациентов старческого возраста.

При исследовании приверженности лечению пациентов с ИБС выяснилось, что приверженность к лекарственной терапии, приверженность к медицинскому сопровождению, приверженность к модификации образа жизни в группе имеют значения ниже нормы, что может быть обусловлено тем, что пациенты склонны недооценивать угрозу для собственного здоровья и жизни и отрицать серьёзность болезни и её симптомов. Подобные склонности, в свою очередь, могут приводить к снижению мотивации на дальнейшее эффективное взаимодействие с медицинским персоналом. При этом приверженности лечению в группе среднего возраста выше, чем в группе пожилого, а в группе пожилого возраста выше, чем в группе старческого возраста. Следовательно, с возрастом уровень приверженности лечению у пациентов с ИБС заметно снижается.

У пациентов с ишемической болезнью сердца (I20-I25) в среднем, пожилом и старческом возрасте наиболее выражены такие типы отношения к болезни как: гармоничный, эргопатический, анозогностический и сенситивный. Три из них (гармонический, эргопатический и анозогностический) относятся к первому блоку типов отношения к болезни и не сопровождаются социальной дезадаптацией. При сравнении типов

отношения к болезни в трёх подгруппах, значимых различий мы не выявили. Следовательно, значительных изменений в этом отношении при переходе от одной возрастной группы к другой не происходит.

Полученные нами данные соотносятся с данными, опубликованными в исследовании А.Ю. Бергфельд (2007г.).

В процессе изучения субъективного восприятия времени своей жизни у пациентов с ИБС среднего, пожилого и старческого возраста стало ясно, что пациенты воспринимают его в целом позитивно. Для них характерны такие особенности субъективного восприятия времени своей жизни как: энергетическая наполненность жизни, удовлетворенность жизненной ситуацией, преобладание положительных эмоций и чувств, ощущение внутренней свободы, прогнозируемости и подконтрольности событий, высокая интеллектуальная и эмоциональная вовлеченность в события в прошлом настоящем и будущем.

При этом будущее у пациентов ИБС более энергетически наполнено и эмоционально напряжено, лучше поддается структуризации, чем настоящее и прошлое. Данный феномен можно объяснить тем, что пациенты возлагают большие надежды на излечение от своего заболевания и надеются на возвращение к предыдущему уровню жизни в будущем.

Сравнивая результаты, полученные при помощи методики «Опросник геротрансцендентных изменений», между группами пациентов среднего, пожилого и старческого возрастов, мы обнаружили, что наиболее сформированные компоненты геротрансцендентности характерны самой молодой группе, в то время как наименее сформированные присущи пациентам с ИБС пожилого возраста и снова начинают повышаться к старческому. По данным результатов, мы можем сделать вывод, что геротрансцендентность изменяется вследствие длительного влияния тяжелого соматического заболевания с высокой витальной угрозой. Длительное нахождение в условиях подобного заболевания приводит к ухудшению качества социальных контактов, приводя к их нарушению.

Пациенты среднего возраста воспринимают свое настоящее более наполненным позитивными эмоциями и событиями, предсказуемым, понятным и имеющим смысл, чем пациенты пожилого и старческого возрастов. Данные результаты могут объясняться тем, что длительное нахождение в условиях ишемической болезни сердца приводит к искажению восприятия настоящего времени.

При изучении взаимосвязей геротрансцендентности и приверженности лечению с психологическими характеристиками пациентов пожилого и старческого возраста с ИБС, было обнаружено, что чем выше показатели геротрансцендентности у пациентов с ИБС в среднем, пожилом и старческом возрасте, тем выше показатели восприятие прошлого, настоящего и будущего, а также ниже уровень депрессивных переживаний.

При сравнении групп пациентов, подвергавшихся операционному вмешательству и не подвергавшихся ему, мы выяснили, что у группы оперированных пациентов ниже компоненты восприятия настоящего и будущего времен, компоненты приверженности лечению, как и непосредственно общий показатель приверженности лечению, а также менее вероятно возникновение гармонического типа отношения к болезни и более вероятно формирование паранойяльного типа отношения к болезни, что можно объяснить тем, что пациенты, не подвергавшиеся операционному вмешательству изначально были более мотивированны на лечение и следование указаниям персонала, что и позволило им избежать попадания на операционный стол.

При проведении корреляционного анализа гипотеза нашего исследования была подтверждена. Мы сделали вывод, что приверженность лечению напрямую связана с геротрансцендентными изменениями. То есть, чем лучше пациент понимает и принимает себя, в том числе свои физические изменения, чем более развита у него Я-концепция, чем лучше он понимает свои потребности, принимает других и их несовершенства, чем больше отдает предпочтение качеству общения, а не его количеству, и чем более

сформированы у него перспективы будущего, тем выше у данного пациента будет приверженность лечению и наоборот.

Так же было обнаружено, что чем стабильнее и безопаснее ощущается настоящее, тем ниже приверженность лечению и наоборот. Данный результат возможен если пациенты после лечения могут верить в то, что больше не столкнутся с данным заболеванием и им не придется адаптировать свою жизнь к новым условиям. Вера в полное и необратимое исцеление может формироваться из-за того, что пациенты меньше привержены дальнейшему лечению и реабилитации.

Чем больше было положительных переживаний в прошлом, чем более свободно пациент мог удовлетворять свои актуальные потребности, чем более значимым было для них прошлое, тем выше у него приверженность к лечению в настоящем и наоборот. Мы предполагаем, что это связано с тем, что пациенты, чье прошлое было наполнено смыслом и значимостью, стремятся уйти из болезни как можно быстрее и эффективнее, чтобы вернуть прежний уровень жизни.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В процессе написания дипломной работы поставленная цель была достигнута, задачи были выполнены, сформулированная гипотеза о взаимосвязи между приверженностью лечению и геротрансцендентностью была подтверждена

Ценность полученных данных заключается в возможности доведения теоретических разработок до уровня практических рекомендаций, направленных на углубление понимания влияния геротрансцендентности на приверженность пожилых людей к лечению, а также на выявление мишеней в реабилитации пожилых пациентов с ишемической болезнью сердца.

Новизна нашего исследования заключается в том, что впервые была установлена и доказана взаимосвязь между геротрансцендентностью и приверженностью лечению.

ВЫВОДЫ

1. Большинство пожилых пациентов с ИБС испытывают депрессивные переживания легкой и средней степеней тяжести, их геротрансцендентность и приверженность лечению находятся на низком уровне или не сформированы. Среди пациентов преобладают гармонический и анозогностический типы отношения к болезни.
2. У более молодых пациентов геротрансцендентность и её компоненты сформированы лучше, чем у пациентов пожилого и старческого возрастов. Группа пациентов среднего возраста демонстрирует более позитивное восприятие своего настоящего времени.
3. Группа пациентов, не имевшая в анамнезе хирургическое вмешательство, демонстрирует большую приверженность лечению, более сформированный гармонический тип отношения к болезни, а также более ориентирована на настоящее время, чем пациенты, имеющие хирургическое вмешательство в анамнезе.
4. Высокие показатели геротрансцендентности пожилых пациентов с ИБС связаны с высокой приверженностью лечению, отсутствием эмоциональных нарушений, адаптивными типами отношения к своему заболеванию и восприятием своего настоящего времени позитивным и структурированным.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белоконь О.В. Современные проблемы качества жизни пожилых людей в России (результаты проведенных опросов) // Успехи геронтологии. 2005. №17. С. 87-101.
2. Вассерман Л.И., Кузнецов О.Н., Ташлыков В.А., Тейверлаур М., Червинская К.Р., Щелкова О.Ю. Семантический дифференциал времени как метод психологической диагностики личности при депрессивных расстройствах. Пособие для психологов и врачей. СПб., 2005.
3. Замятина Е.А. Особенности ведения больных пожилого возраста с остеоартрозом. Автореферат дис. ... канд. мед. наук. Оренбург, 2013, 30 с.
4. Николаев Н.А. Доказательная гипертензиология: пациентоориентированная антигипертензивная терапия (научная монография). Москва, 2015, 178 с.
5. Николаев Н.А. Количественная оценка приверженности к лечению в клинической медицине: протокол, процедура, интерпретация. Качественная клиническая практика 2016;1:50–9.
6. Николаев Н.А. Руководство по клиническим исследованиям внутренних болезней (научная монография). Москва, 2015, 74 с
7. Николаева Э.Ф. Качество жизни как фактор стрессовых состояний у лиц пожилого возраста // Балканское научное обозрение. 2020. Т. 4, №3(9). С. 56-59. doi:10.34671/SCH.BSR.2020.0403.0019
8. Сергиенко Е.А. Реализация принципа развития в исследованиях психологии субъекта // Психологический журнал. - 2017. - Т. 38, № 2. - С. 5-18. 58.
9. Сергиенко Е.А., Мелехин А.И. Модель психического: гетерохронность изменений в пожилом возрасте // Человек. Сообщество. Управление. - 2016. - Т. 17, № 1. - С. 26.

10. Стрижицкая О.Ю. Здоровый образ жизни в старшем возрасте: анализ зарубежных исследований // Проблемы современного педагогического образования. – 2017а. — Т. 54, — № 7. — С. 233-239.
11. Стрижицкая О.Ю. Здоровый образ жизни и психологическое благополучие в период поздней взрослости и старения // Интернет-журнал «Мир науки». – 2017б. - Том 5, № 6. <https://mir-nauki.com/PDF/101PSMN617.pdf>.
12. Стрижицкая О.Ю. Истоки Ленинградской (Санкт-Петербургской) школы психологии старения в работах Б.Г.Ананьева и М.Д.Александровой // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. 2022. Т. 12. Вып. 1. С. 46–54.
13. Стрижицкая О.Ю. К вопросу об эмпирическом исследовании геротрансцендентности // Интернет-журнал «Мир науки» 2017, Том 5, номер 6 <https://mir-nauki.com/PDF/11PSMN617.pdf> (доступ свободный). Загл. с экрана. Яз. рус., англ.
14. Стрижицкая О.Ю. Когнитивный резерв, геротрансцендентность и психологическое благополучие в период старения: теоретические и эмпирические модели // Проблемы современного педагогического образования/ - 2017с. — Т. 57, — № 13. — С. 198-208.
15. Стрижицкая О.Ю. Основы психогеронтологии. — Санкт-Петербург: Издательство Санкт-Петербургского университета. – 2016. – 76 с. 236.
16. Стрижицкая О.Ю. Основы психогеронтологии. СПб.: Психология (СПбГУ); 2016.
17. Стрижицкая О.Ю. Практикум по психогеронтологии. — СанктПетербург: Издательский дом Санкт-Петербургского университета. - 2012. – 59 с.
18. Стрижицкая О.Ю. Самодетерминация в период поздней взрослости и старения: теоретические подходы и проблемы // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12: Психология. Социология. Педагогика. - 2013. — № 4. — С. 118-127.

19. Стрижицкая О.Ю. Самоотношение и временная трансспектива личности в период поздней взрослости. Диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук. – СПб. – 2006. - 222 с.
20. Стрижицкая О.Ю. Эмоции и старение: современные парадигмы и актуальные направления [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. - 2017d. - Том 6, № 3. - С. 71–76. doi:10.17759/jmfp.20170603085.
21. Стрижицкая О.Ю., Полякова М.К. Лойольская шкала генеративности: русскоязычная адаптация // Психологический журнал. – 2018. – Т. 39, №1. – С. 94-102.
22. Фролькис В.В. Системный подход, саморегуляция и механизмы старения. //Геронтология и гериатрия. Ежегодник. - 1985. – 35 с
23. Шаповаленко И.В. Макартурское исследование успешного старения: на пути к новой геронтологии (реферативный обзор книги Rowe J. W., Kahn R. L. «Successful Aging») // Электронный журнал «Современная зарубежная психология». 2017. Т. 6, 3. С. 13-21. doi:10.17759/jmfp.2017060302
24. Aaronson, B. S. A Dimension of personality change with aging // Journal of Clinical Psychology. – 1960. – Vol. 1, №16, P. 63-65
25. Brudek P. (2016). Larsa Tornstama teoria gerotranscendencji jako teoria pozytywnego starzenia się. Developmental Psychology // Psychologia Rozwojowa. – 2016. – Vol. 21, № 4. – P. 9-25. doi:10.4467/20843879PR.16.019.5996
26. Datan, N., Rodeheaver, D., & Hughes, F. (1987). Adult development and aging. *Annual Review of Psychology*, 38, 153–180
27. Foster L, Walker A. Active and Successful Aging: A European Policy Perspective // Gerontologist. – 2015. Vol. 55, № 1. – P. 83-90.

28. Montero Lopez Lena M., Sanches Sosa J.J. La soledad como fenómeno psicológico: un análisis conceptual // *Salud Mental*. – 2001. – Vol. 24, № 1. – P. 19- 27.
29. Nilsson H., Bülow P.H., Kazemi A. Mindful Sustainable Aging: Advancing a Comprehensive Approach to the Challenges and Opportunities of Old Age // *Europe's Journal Of Psychology*. – 2015. – Vol. 11, № 3. – P. 494-508. doi:10.5964/ejop.v11i3.949.
30. Norberg A., Lundman B., Gustafson Y., Norberg C., Fischer R.S., Lövheim H. Self-transcendence (ST) among very old people--its associations to social and medical factors and development over five years // *Archives of Gerontology and Geriatrics*. – 2015. – Vol. 61, № 2. – P. 247-53. doi: 10.1016/j.archger.2015.04.003. Epub 2015 Apr 16.
31. S. Jay Olshansky, Bruce A. Carnes *Perspectives in Biology and Medicine*, Volume 60, Number 4, Autumn 2017, pp. 478-496
32. Scheibe S., Carstensen L.L. Emotional Aging: Recent Findings and Future Trends // *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences & Social Sciences*. – 2010. – Vol. 65B, № 2. – P. 135-144. doi: 10.1093/geronb/gbp132.
33. Staudinger U., Fleeson W., Baltes P. B. Predictors of subjective physical health and global well-being: Similarities and differences between the United States and Germany // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 1999. – Vol. 76. – P. 305–319. doi:10.1037/0022-3514.76.2.305.
34. Истоки Ленинградской (Петербургской) школы психологии старения в работах Б.Г. Ананьева и М.Д. Александровой <https://doi.org/10.21638/spbu16.2022.104>
35. Тема 2022 года: Борьба со злоупотреблениями в отношении пожилых людей <https://www.un.org/ru/observances/elder-abuse-awareness-day>
36. Министр Здравоохранения Вероника Скворцова заявила об увеличении и жизни россиян за 8 месяцев текущего года <https://minzdrav.gov.ru/news/2019/10/16/12642-ministr-zdravoohraneniya->

veronika-skvortsova-zayavila-ob-uvelichenii-prodolzhitelnosti-zhizni-rossiyan-za-8-mesyatsev-tekuschego-goda

37. Декларация об использовании научно-технического прогресса в интересах мира и на благо человечества

https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/science.shtml

38. Методика «Тип отношения к болезни»

https://psylab.info/%D0%9C%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D0%BA%D0%B0_%C2%AB%D0%A2%D0%B8%D0%BF_%D0%BE%D1%82%D0%BD%D0%BE%D1%88%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F_%D0%BA_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8%C2%BB

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

«Опросник геротрансцендентных изменений» О.Ю. Стрижицкой (ОГИ)

Инструкция. Прочтите каждое утверждение списка и, если Вы с ним согласны, поставьте крестик напротив него в графе «Совершенно согласен». Если Вы не согласны с утверждением, поставьте напротив него крестик в графе «Совершенно не согласен». Если Вы не уверены, поставьте «Х» напротив в графе «Скорее согласен» или «Скорее не согласен» в зависимости от Вашего мнения.

ПРОВЕРЬТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, ОТВЕТИЛИ ЛИ ВЫ НА ВСЕ ВОПРОСЫ СПИСКА.

		Совершенно НЕ согласен	Скорее НЕ согласен	Скорее согласен	Совершенно согласен
1	Сейчас я больше задумываюсь о времени своей жизни и времени в целом.				
2	Мне кажется, очень важным иметь большое количество социальных контактов.				
3	Думаю, каждый человек должен заботиться о своем здоровье, но в разумных пределах.				
4	С возрастом я все больше понимаю, что качество общения важнее его количества.				
5	С возрастом я стал критичнее относиться к себе.				
6	С возрастом мне стало казаться, что некоторые черты моего характера мне мешают в жизни.				
7	Мне кажется, что жизнь нельзя разделить на черное и белое, в ее палитре гораздо больше красок.				
8	Я уже давно понял, что человек даже представить себе не может всего, что может с ним произойти.				
9	Невозможно быть абсолютно здоровым.				
10	Я стараюсь выполнять все предписания врачей, но не свожу всю свою жизнь к выполнению этих предписаний.				
11	Человек не может состоять из одних положительных качеств				
12	Жизнь полна сюрпризов.				
13	Раньше я был гораздо более категоричным в своих суждениях.				
14	Думаю, жизнь человека не заканчивается со смертью.				

15	Меня тяготит общение с людьми, которые приносят в мою жизнь дискомфорт и напряжение.				
16	С возрастом я все меньше опасюсь смерти.				
17	Каждое событие в моей жизни имело свой смысл, и я бы не хотел его менять.				
18	Я стал понимать, что даже сам себе не всегда готов признаться в причинах некоторых своих поступков.				
19	С возрастом я стал иначе ощущать время чем 20-30 лет назад.				
20	Мне интересно, что еще мне приготовила жизнь.				
21	Я с удовольствием хожу по магазинам, театрам, музеям				
22	Думая о своей жизни, мне кажется, что мои поступки получают продолжение и моя жизнь продолжится вне временных рамок.				
23	Я считаю, что важно уметь «отпускать» людей, отношения с которыми себя исчерпали.				
24	Бывает, я веду себя не так, как считаю правильным.				
25	Возможно, можно было в какие-то моменты моей жизни принять другие решения, но тогда я бы не стал тем, кто я есть				
26	Теперь я могу себе позволить общаться только с теми, с кем мне нравится.				
27	Я боюсь не успеть за оставшееся у меня время сделать все, что бы мне хотелось.				
28	Если задуматься, то, наверное, не существует «идеальных» решений.				
29	Мне нравится участвовать в исследованиях, позволяющих узнать что-то новое о себе				
30	Вспоминая прошлое, я думаю, что, возможно, принимал единственно возможные в тот момент решения.				
31	Нужно пользоваться тем, что у тебя есть – ведь с собой это все не заберешь				
32	С возрастом меня стала больше интересовать история моей семьи.				
33	Оглядываясь на свою жизнь, я могу сказать, что не зря прожил жизнь				
34	Я ценю такое общение, которое приносит мне или положительные эмоции, или интересную информацию или позволяет мне создавать что-то новое вместе с другими людьми.				

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

«Гериатрическая шкала депрессии» (GDS-30)

Инструкция: Прочтите каждое утверждение списка и, если Вы с ним согласны, поставьте крестик напротив него в графе «Да». Если Вы не согласны с утверждением, поставьте крестик напротив него в графе «Нет».

ПРОВЕРЬТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, ОТВЕТИЛИ ЛИ ВЫ НА ВСЕ ВОПРОСЫ СПИСКА.

		Да	Нет
1	В последнее время вы довольны своей жизнью?		
2	Вы потеряли интерес ко многому из того, что интересовало вас раньше?		
3	Жизнь кажется вам интересной?		
4	Вам часто бывает скучно?		
5	Вы надеетесь на будущее?		
6	Вас беспокоят мысли, от которых Вы не можете избавиться?		
7	Большую часть времени у вас хорошее расположение духа?		
8	Вы опасаетесь, что с вами случится что-то плохое?		
9	Большую часть времени вы счастливы?		
10	Часто ли вы чувствуете беспомощность?		
11	Вы очень тревожны и беспокойны?		
12	Вы избегаете новых для вас людей или занятий?		
13	Вас тревожит будущее?		
14	Вам кажется, что вы забываете больше, чем другие люди?		
15	Вы уверены, что жить в наше время – это замечательно?		
16	Вы часто бываете расстроены или грустны?		
17	Ваша жизнь вас устраивает?		
18	Вы переживаете о прошлом?		
19	Вы находите жизнь увлекательной?		
20	Вам трудно начать новое для вас дело?		
21	Вы энергичный человек?		
22	Положение, в котором вы оказались, кажется вам безнадежным?		
23	Большинство людей лучше вас, не так ли?		
24	Вы часто расстраиваетесь из-за пустяков?		
25	Вам часто хочется поплакать?		
26	Вам трудно сосредоточить внимание?		
27	Вы просыпаетесь с хорошим настроением?		
28	Вы избегаете больших собраний людей?		
29	Вам легко принять решение?		
30	Ваш разум так же ясен, как и всегда?		

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Опросник количественной оценки приверженности лечению (КОП-25)

Инструкция: Оцените, пожалуйста, степень своего согласия с приведенными ниже утверждениями о том, что Вы чувствуете относительно себя и свое жизни. Для этого поставьте «X» в строке, наиболее точно описывающую степень вашего согласия с утверждением.

ПРОВЕРЬТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, ОТВЕТИЛИ ЛИ ВЫ НА ВСЕ ВОПРОСЫ СПИСКА.

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

8	Хроническая болезнь вынуждает изменить привычный образ жизни. Насколько сложно для вас такое изменение?						
9	Хроническая болезнь вынуждает изменить привычную диету. Насколько сложно для вас такое изменение?						
10	Хроническая болезнь может привести к инвалидности. Насколько важно для вас получить или подтвердить группу инвалидности?						
11	Хроническая болезнь может изменить работу внутренних органов и анализы. Насколько важно для вас знать результаты анализов?						
12	Все люди верят или не верят в Бога. Насколько важно для вас верить в Бога?						
13	Хроническая болезнь приводит к необходимости регулярно посещать врача. Насколько сложно для вас такое врачебное наблюдение?						
14	Прием лекарств может вызывать неприятные ощущения. Насколько сложно для вас будет переносить такие ощущения?						
15	Хроническая болезнь может ограничить привычную жизнь, активный отдых и развлечения. Насколько сложно для вас пойти на такие ограничения?						
16	Врач назначил лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?						
17	Врач назначил лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?						
18	Врач назначил несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?						
19	Врач предложил каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?						

20	Врач сообщил, что назначенные лекарства могут вызывать неприятные ощущения, в том числе и те, что вы у себя уже наблюдаете. Будете ли вы принимать такие лекарства?						
21	Врач сообщил, что назначенные лекарства могут ухудшать сексуальную жизнь. Будете ли вы после этого принимать такие лекарства?						
22	Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно изменить привычный образ жизни. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?						
23	Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно изменить привычную диету. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?						
24	Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно регулярно приходить на прием. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?						
25	Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно регулярно сдавать анализы. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?						