
ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
EMPIRICAL STUDIES

**КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЕ В СИСТЕМЕ
ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ
ПАЦИЕНТОВ, ОЖИДАЮЩИХ
ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА**

Р.Ю. ШИНДРИКОВ

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет имени акад. И.П. Павлова» (ПСПбГМУ),
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2942-9217>,
e-mail: shindrikov@list.ru

О.Ю. ЩЕЛКОВА

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный
университет» (СПбГУ), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-9444-4742>,
e-mail: olga.psy.pu@mail.ru

Е.А. ДЕМЧЕНКО

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр
имени В.А. Алмазова» (НМИЦ им. В.А. Алмазова),
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7173-0575>,
e-mail: elenademchenko2006@rambler.ru

Ю.М. МИЛАНИЧ

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»
(СПбГУ), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0042-3612>,
e-mail: y.milanich@spbu.ru

Приведены результаты изучения стратегий и личностных ресурсов копинга больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в период ожидания трансплантации сердца (ТС). Исследовано 105 пациентов, направленных на комиссию по включению в лист ожидания ТС (ЛОТС) в НМИЦ имени В.А. Алмазова. После 6 месяцев госпитализации пациентов разделили на две группы: состоящие (включенные и сохранившие свои позиции) (n=55; группа 1) и не состоящие (не включенные или выбывшие) в ЛОТС (n=50; группа 2). Используются методы «Способы совладающего поведения» и «Смысло-жизненные ориентации». Выявлено, что в группе 1 ведущими стратегиями копинга являются «конфронтация», «положительная переоценка» и «самоконтроль»; в группе 2 — «дистанцирование» и «бегство-избегание». Показано достоверное преобладание в группе 1 общего показателя осмысленности жизни и частных показателей СЖО, отражающих наличие целей в жизни, временной перспективы и интернального локуса-контроля. Сделано заключение о возможности использования полученных данных при планировании психологической работы с больными ХСН в период ожидания ТС.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность (ХСН), трансплантация сердца (ТС), копинг-стратегии, личностные копинг-ресурсы.

Финансирование: Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ № 18-013-00689 А.

Для цитаты: Шиндриков Р.Ю., Шелкова О.Ю., Демченко Е.А., Миланич Ю.М. Копинг-поведение в системе психосоциальной оценки пациентов, ожидающих трансплантации сердца // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 2. С. 170—189. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280210>

COPING BEHAVIOR IN THE SYSTEM OF PSYCHOSOCIAL ASSESSMENT OF PATIENTS WAITING FOR A HEART TRANSPLANT

ROMAN YU. SHINDRIKOV

Pavlov First Saint Petersburg State Medical University,
St. Petersburg, Russia

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2942-9217>,

e-mail: shindrikov@list.ru

OLGA YU. SHCHELKOVA

St. Petersburg State University, V.M. Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology, Saint Petersburg, Russia

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-9444-4742>,
e-mail: olga.psy.pu@mail.ru

ELENA A. DEMCHENKO

Almazov National Medical Research Centre, Saint Petersburg, Russia

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7173-0575>,
e-mail: elenademchenko2006@rambler.ru

YULIYA M. MILANICH

Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0042-3612>,
e-mail: y.milanich@spbu.ru

The paper presents the results of the study focusing on coping strategies and personal resources of patients with chronic heart failure (CHF) during the waiting period for heart transplantation (HT). The sample included 105 patients directed to the commission for inclusion in the waiting list of HT (WLHT) in the Almazov National Medical Research Centre. After 6 months of hospitalization, the patients were divided into two groups: those included in WLHT initially who kept their positions ($n=55$; Group 1), and those who were excluded or not included initially ($n=50$; Group 2). Methods: The Ways of Coping Questionnaire and Purpose in Life Test. It was found out that the most endorsed coping strategies were confrontation, positive reappraisal and self-control for Group 1, and distancing and escape/avoidance for Group 2. The significant increase in the life purposefulness general score, and subscale scores reflecting goals, time perspective and internal locus of control was observed in Group 1. We conclude that the obtained data can be used in planning psychological work with patients with CHF during the period of waiting for HT.

Keywords: chronic heart failure (CHF), heart transplantation (HT), coping strategies, personal coping resources.

Funding: This work was supported by RFBR Grant №18-013-00689 A.

For citation: Shindrikov R. Yu., Shchelkova O. Yu., Demchenko E. A., Milanich Yu. M. Coping Behavior in the System of Psychosocial Assessment of Patients Waiting for a Heart Transplant. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2020. Vol. 28, no. 2, pp. 170–189. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280210>. (In Russ., abstr. in Engl.)

Несмотря на постоянное развитие медицинских технологий, сердечно-сосудистые заболевания остаются самой распространенной причиной смертности во всем мире. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), каждый год от них умирают около 17,5 млн человек¹. Одно из ведущих

¹ Данные с официального сайта ВОЗ (https://www.who.int/cardiovascular_diseases/ru/).

мест в системе сердечно-сосудистых заболеваний занимает хроническая сердечная недостаточность (ХСН), которая является наиболее распространенным следствием прогрессирования многих кардиологических болезней. На начальных стадиях патогенеза ХСН поддается медикаментозной терапии, но если речь идет о терминальной стадии, традиционным и зачастую единственным методом лечения остается пересадка (трансплантация) сердца (ТС) [7; 19]. Этот метод имеет высокую клиническую эффективность и хороший прогноз при корректном выборе показаний к оперативному лечению, однако ТС, ввиду отсутствия достаточного количества донорских органов, а также высокой стоимости реабилитации и самой операции, труднодоступна [24].

Международное общество трансплантации сердца и легких (*International Society for Heart and Lung Transplantation*) в 2013 г. опубликовало основные принципы отбора кандидатов для проведения операции по имплантации механической системы поддержания кровообращения перед ТС (мост к ТС). Эти рекомендации включают ряд психосоциальных исследований: скрининг-оценку факторов психосоциального риска, скрининг-диагностику когнитивных дисфункций, оценку семейной, социальной и эмоциональной поддержки, тщательную психиатрическую и психологическую оценку факторов риска у пациентов с психическими заболеваниями в анамнезе [16]. Основными психосоциальными противопоказаниями к трансплантации являются: 1) низкий уровень приверженности лечению (нон-комплаенс); 2) наркотическая или алкогольная зависимость, диагностированная за последние 6 месяцев; 3) психические заболевания, актуальные неблагоприятные психосоциальные ситуации, мешающие лечению и реабилитации.

Несмотря на наличие четко сформулированных критериев, проблема разработки комплекса специализированных компактных инструментов для психосоциальной оценки больных при включении в лист ожидания трансплантации сердца (ЛОТС) остается не решенной. В настоящее время в кардиологической клинике в России не существует общепринятых методов психосоциальной оценки пациентов перед включением в ЛОТС, также нет общепринятых методов психологического сопровождения в периоды ожидания ТС и послеоперационной реабилитации. Исследования в данной области представляются крайне актуальными не только в научном, но и в практическом плане. Согласно клиническим рекомендациям, при психосоциальной оценке следует учитывать, прежде всего, нарушения когнитивной, а также эмоционально-аффективной сферы [7]. Однако выявление когнитивного снижения и эмоциональных расстройств на этапе включения пациента в ЛОТС не в полной мере позволяет прогнозировать особенности и нарушения психологической адаптации в до- и послеоперационные периоды. В этом контексте изучение механизмов психологической адаптации — способов и личностных ресурсов совлада-

ющего поведения в период длительного ожидания ТС — представляется крайне перспективным и релевантным задаче отбора пациентов для выполнения высокотехнологичной операции, подготовка к которой и постоперационное восстановление требуют мобилизации всех психологических возможностей и компетенций пациента. Клинический опыт показывает, что наибольшим прогностическим значением в отношении успешности подготовки к ТС и эффективности реабилитации после ТС обладает приверженность пациента лечению и соблюдение рекомендованного режима. Показана достоверная связь между комплаентностью и способами совладающего поведения кардиохирургических больных [15; 17]. Однако исследования механизмов психологической адаптации этой категории пациентов единичны, а в случае больных ХСН полностью отсутствуют.

Актуальность настоящему исследованию придает и то, что в связи с неопределенной продолжительностью ожидания ТС и высокой коморбидностью ХСН у большинства пациентов, средний возраст которых превышает 50 лет, прогнозирование результатов и оценка вероятности достижения целей проводимого лечения является одной из наиболее сложных и малоизученных проблем немедикаментозного сопровождения больных ХСН. Лишь единичные исследования отражают влияние ряда психологических факторов на клинический потенциал пациентов при длительном ожидании операции, а также на прогноз послеоперационного восстановления пациентов [10; 11; 14; 21].

Особо следует отметить, что период ожидания ТС является критической жизненной ситуацией для больного ХСН, он характеризуется постоянным ухудшением не только медицинских, но и социально-психологических характеристик. Ограничения, связанные с состоянием здоровья, порождают ситуацию, в которой больной сталкивается с невозможностью реализации жизненных целей, стремлений и ценностей. Фактор терминальной болезни ведет к развитию ненормативного жизненного кризиса. Данная критическая ситуация обусловлена, во-первых, неготовностью человека к ней и, во-вторых, ощущением невозможности жить в ней [3]. Неопределенно долгое ожидание высокотехнологичной большой операции, постоянно ухудшающееся самочувствие, затянувшаяся госпитализация усугубляют кризис и сопутствующий стресс. В этих условиях особое значение имеют адаптивные способы совладания со стрессом болезни (копинг-стратегии), а также личностные копинг-ресурсы, которые во многом определяют психологическую сохранность личности в кризисных условиях. Одновременно психологическая коррекция дезадаптивных способов совладания со стрессом может способствовать выходу из сложившейся кризисной ситуации [5; 20]. Изучение механизмов совладающего поведения у пациентов, ожидающих ТС, может позволить выделить информативные личностные и поведенческие характеристики, играющие существенную роль в период ожидания ТС

и влияющие на сохранение пациента в ЛОТС, а также определить основные направления психологического сопровождения данной группы пациентов.

Следует отметить, что требования доказательности современных медицинских и медико-психологических исследований предполагают комплексное дифференцированное и углубленное изучение как психологических предрасположений, так и изменений, вызванных заболеванием, а также психологической адаптации пациента к болезни. В этой сложной системе существенную роль играют характеристики актуального эмоционально-аффективного состояния, степень интеллектуальной сохранности или выраженности когнитивного дефицита, характерологические черты, которые выступают как личностные ресурсы преодоления стресса болезни и адаптации к ней. Не меньшее значение имеют внешние, особенно микросоциальные, факторы и межличностные отношения, способные оптимизировать или, напротив, нивелировать эффективность медицинского вмешательства [18; 22; 23]. Настоящее исследование копинг-механизмов больных ХСН в период ожидания трансплантации органа является частью комплексной программы по изучению прогностической информативности совокупности медико-биологических, психологических и социальных факторов при хирургическом лечении ХСН, разработанной совместно сотрудниками ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» и Санкт-Петербургского государственного университета [12]. Целью данного исследования является сравнительный анализ копинг-стратегий и личностных копинг-ресурсов больных ХСН, состоящих и не состоящих в листе ожидания пересадки органа.

Метод

Характеристика выборки. Выборку исследования составили 105 пациентов с терминальной ХСН, направленных на комиссию по включению в ЛОТС в НМИЦ имени В.А. Алмазова в период с 2016 по 2019 г. В исследовании приняли участие 91 (86,7%) мужчина и 14 (13,3%) женщин, средний возраст пациентов — выше 50 лет ($M=51,92$, $SD=0,91$). Критериями включения в выборку исследования послужили следующие характеристики: наличие ХСН в стадии не ранее 2, ТС — рекомендованный метод лечения. Критериями исключения из выборки послужили: возраст до 18 лет, диагноз «Острое нарушение мозгового кровообращения», диагностированные психические заболевания в анамнезе, постоянная или продолжительная медикаментозная терапия с помощью наркотических препаратов, алкогольная или наркотическая зависимость.

Разделение на группы сравнения проводилось по критерию нахождения или отсутствия пациента в ЛОТС через 6 месяцев после первого психологического исследования, проведенного перед проведением комиссии по вклю-

чению больного ХСН в ЛОТС. Все участники были разделены на две группы: 1) пациенты, оставшиеся в ЛОТС по истечении 6 месяцев ожидания операции (55 человек); 2) пациенты, не внесенные в ЛОТС или исключенные из него на момент формирования групп сравнения, т. е. через 6 месяцев (50 человек).

Изученные клинические характеристики отражают тяжелое соматическое состояние участников исследования. У всех пациентов диагностирована ХСН в стадии не ранее 2, с выраженными функциональными ограничениями (функциональный класс выше 2 т. е. наблюдаются выраженные симптомы ХСН даже при незначительных повседневных физических и психоэмоциональных нагрузках), у большинства пациентов основной диагноз осложнен коморбидностью, в частности гипертонической болезнью сердца и/или сахарным диабетом 2-го типа. У большинства пациентов ХСН является следствием прогрессирования тяжелой ишемической болезни сердца. Более подробно медико-биологические характеристики выборки представлены в табл. 1.

Таблица 1

Медико-биологические характеристики выборки

Медико-биологические характеристики	Вся выборка	Группа 1 (в ЛОТС)	Группа 2 (не в ЛОТС)
Продолжительность хронической сердечной недостаточности (M±SD)	6,27±0,47	5,89±0,58	6,68±0,76
Стадия ХСН (n, %)			
Хроническая сердечная недостаточность в стадии IIa	2 (1,9%)	1 (1,8%)	1 (2,0%)
Хроническая сердечная недостаточность в стадии IIб	102 (97,1%)	53 (96,4%)	49 (98,0%)
Хроническая сердечная недостаточность в стадии III	1 (1%)	1 (1,8%)	0
Функциональный класс, согласно классификации Нью-Йоркской кардиологической ассоциации (n, %)			
2-й Функциональный класс	5 (4,8%)	2 (3,6%)	3 (6,0%)
3-й Функциональный класс	79 (75,2%)	36 (65,5%)	43 (86,0%)
4-й Функциональный класс	21 (20,0%)	17 (30,9%)	4 (8,0%)
Этиология (n, %)			
Ишемическая болезнь сердца	38 (69,1%)	33 (66,0%)	71 (67,6%)
Дилатационная кардиомиопатия	17 (30,9%)	17 (34,0%)	34 (32,4%)
Коморбидные заболевания (n, %)			
Сахарный диабет 2-го типа	50 (47,6%)	28 (50,9%)	22 (44,0%)
Гипертоническая болезнь (третья стадия)	73 (69,5%)	39 (70,9%)	34 (68,0%)

ХСН в терминальной стадии популяционно чаще встречается у мужчин, что отражено и в настоящем исследовании. Полученные данные позволяют описать приблизительный социально-демографический портрет пациентов данной нозологической группы в России. Анализ социально-демографических характеристик показал, что большинство пациентов (71,5%) относятся к городскому населению, жителей Санкт-Петербурга среди них оказалось менее трети (30,5%), остальные (69,5%) в связи с болезнью были вынуждены уехать из мест постоянного проживания для лечения в Санкт-Петербурге. Большая часть пациентов состоят в браке (88,6%) и до госпитализации проживали вместе со своей семьей, большинство имеют детей (84,8%), преимущественно взрослых. Около половины респондентов имеют постоянную работу, большая их часть не имеют инвалидности. Более подробно социально-демографические характеристики выборки представлены в табл. 2.

Таблица 2

Социально-демографические характеристики выборки

Социально-демографические характеристики	Вся выборка	Группа 1 (в ЛОТС)	Группа 2 (не в ЛОТС)
Средний возраст (M±SD)	51,92±0,91	50,78±1,27	53,18±1,31
Пол (n, %)			
Мужской	91 (86,7%)	45 (81,8%)	46 (92,0%)
Женский	14 (13,3%)	10 (18,2%)	4 (8,0%)
Образование (n, %)			
Среднее специальное	26 (24,8%)	8 (14,5%)	18 (36,0%)
Неоконченное высшее	9 (8,6%)	9 (16,4%)	0
Высшее	69 (65,7%)	37 (67,3%)	32 (64,0%)
Ученая степень	1 (1,0%)	1 (1,8%)	0
Семейное положение (n, %)			
Не состоит в браке	9 (8,6%)	2 (3,6%)	7 (14,0%)
Состоит в браке	93 (88,6%)	50 (90,9%)	43 (86,0%)
Вдовец (вдова)	3 (2,9%)	3 (5,5%)	0
Проживает (n, %)			
Один	3 (2,9%)	3 (5,5%)	0
В семье родителей	9 (8,6%)	2 (3,6%)	7 (14,0%)
В собственной семье	93 (88,6%)	50 (90,9%)	43 (86,0%)
Город (n, %)			
Местный житель	32 (30,5%)	21 (38,2%)	11 (22,0%)
Проживает в городе	43 (41,0%)	22 (40,0%)	21 (42,0%)

Социально-демографические характеристики	Вся выборка	Группа 1 (в ЛОТС)	Группа 2 (не в ЛОТС)
Проживает за городом или в селе	30 (28,6%)	12 (21,8%)	18 (36,0%)
Специфика трудовой деятельности (n, %)			
Физический труд	45 (42,9%)	26 (47,3%)	19 (38,0%)
Интеллектуальный труд	26 (24,8%)	10 (18,2%)	16 (32,0%)
Общение с людьми	18 (17,1%)	9 (16,4%)	9 (18,0%)
Руководитель	16 (15,2%)	10 (18,2%)	6 (12,0%)
Имеет постоянную работу	54 (51,4%)	28 (50,9%)	26 (52,0%)

Примечание: M — среднее значение; SD — стандартное отклонение, n — частота.

Психодиагностические методы. Изучение социально-демографических показателей проводилось с помощью клинико-психологических методов: сбор анамнеза и работа с медицинской документацией, авторское структурированное интервью для пациентов, анкета для врачей. Для исследования копинг-стратегий использовалась методика «Стратегии совладающего поведения» (ССП) — адаптированный и стандартизованный вариант методики Р. Лазаруса [4]. Для исследования личностных копинг-ресурсов использовалась методика «Тест смысложизненных ориентаций» (СЖО) [6].

Математико-статистическая обработка данных производилась с помощью однофакторного дисперсионного анализа ANOVA, критерия χ^2 Пирсона, t-критерия Стьюдента. Полученные результаты были обработаны с использованием стандартных методов математической статистики, включенных в статистические пакеты SPSS 22.0.

Результаты

В табл. 3 отражены результаты сравнительного анализа копинг-стратегий пациентов двух групп, полученные с помощью методики СПП.

Результаты изучения копинг-стратегий пациентов двух групп показали различия в структуре стресс-преодолевающего поведения и в частоте использования отдельных стратегий совладания. В результате сравнения средних значений шкальных оценок методики СПП получены статистически значимые различия между группами больных ХСН (5 шкал из 8).

В группе пациентов, состоящих в ЛОТС после 6 месяцев ожидания операции (группа 1), максимальное значение имеет показатель шкалы «Конфронтация», который немного выходит за верхнюю границу средних значений (M+SD стандартизованных T-баллов — 50+10) и отражает то, что именно активное противостояние трудностям является наиболее часто

Таблица 3

**Способы совладающего поведения больных ХСН, состоящих
и не состоящих в ЛОТС (Т-баллы — средние)**

Шкалы методики «Способы совладающего поведения»	M ± SD		Значимые различия
	Группа 1 (в ЛОТС, n=55)	Группа 2 (не в ЛОТС, n=50)	
Конфронтация	62,05±2,01	47,94±2,39	p<0,001
Дистанцирование	46,15±1,52	62,82 ± 1,98	p<0,001
Самоконтроль	54,87±1,36	48,44±1,91	p<0,05
Поиск социальной поддержки	54,02±1,59	52,98±1,56	
Принятие ответственности	47,27±1,97	49,30±2,18	
Бегство	50,78±2,03	59,64±1,93	p<0,05
Планирование решения	52,64±1,40	46,50±1,60	p<0,05
Положительная переоценка	57,53±1,58	54,60±1,86	

Примечание: M — среднее значение; SD — стандартное отклонение, n — количество респондентов в группе.

используемой стратегией совладания у пациентов этой группы. Высокие позиции (в пределах нормативного диапазона) в профиле копинг-поведения пациентов первой группы занимают также стратегии «Положительная переоценка» и «Самоконтроль», а самые низкие значения имеют показатели шкал «Дистанцирование», «Принятие ответственности» и «Бегство-избегание». Такое сочетание шкальных оценок указывает на сбалансированный характер копинг-поведения пациентов первой группы, в котором неконструктивные стратегии, направленные на избегание решения проблемы или отстранение от нее, представлены в меньшей степени, чем конструктивные стратегии самоконтроля и поиска положительных черт в сложившейся трудной жизненной ситуации. В соответствии с этим относительное снижение профиля по шкале «Принятие ответственности» может рассматриваться как благоприятный прогностический признак, так как пациенты не склонны обвинять себя в сложившейся ситуации болезни, что вместе с положительной переоценкой ситуации и хорошим самоконтролем может способствовать поддержанию положительного эмоционального фона во время длительного ожидания ТС.

В группе пациентов, не состоящих в ЛОТС (группа 2), выявлена иная структура копинг-поведения. Самый высокий показатель (выходящий за пределы средних значений) имеет шкала «Дистанцирование»; к границе верхних значений нормативного диапазона максимально приближено значение шкалы «Бегство-избегание». Самые низкие показатели имеют шкалы «Планирование решения проблемы» и «Конфронтация». Полученные результаты показывают, что в трудных жизненных ситуа-

циях пациенты второй группы скорее склонны пассивно избегать, отрицать или «вытеснять» проблему, а не активно ей противодействовать или рационально, аналитически подходить к ее решению.

В соответствии с этим, с помощью t-критерия, в сравниваемых группах выявлены статистически значимые различия между показателями отдельных шкал методики ССП. Так, пациенты в группе 1 значимо более склонны к использованию копинг-стратегии «Конфронтация», к поведенческому самоконтролю и планированию решения проблем. В группе 2 преобладают показатели шкал «Дистанцирование» и «Бегство-избегание» (табл. 3).

Таким образом, полученные результаты сравнительного анализа показывают достоверное преобладание в группе пациентов, состоящих в ЛОТС, копинг-стратегий, отражающих активность личности и способность сопротивляться трудностям (конфронтация), контролировать проявления негативных переживаний (самоконтроль), способность и склонность к рациональному анализу ситуации (планирование решения проблемы). В группе пациентов, не включенных или выбывших из ЛОТС, напротив, преобладали неконструктивные стратегии дистанцирования от проблемы и бегство-избегание.

В табл. 4 приведены результаты сравнительного анализа смысло-жизненных ориентаций пациентов двух групп, полученные с помощью методики СЖО.

Таблица 4

**Смысложизненные ориентации больных ХСН, состоящих
и не состоящих в ЛОТС**

Шкалы методики «Смысложизненные ориентации»	M ± SD		Значимые различия
	Группа 1 (в ЛОТС, n=55)	Группа 2 (не в ЛОТС, n=50)	
Общий показатель СЖО	105,53±1,96	95,78±1,71	p<0,001
Цели	30,04±0,95	23,84± 0,83	p<0,001
Процесс жизни или интерес и эмоциональная насыщен- ность жизни	28,02±0,51	28,52±0,65	
Результативность жизни или удовлетворенность самореа- лизацией	23,62±0,76	24,74±1,06	
Локус контроля — Я	22,47±0,56	18,32±0,56	p<0,001
Локус контроля — жизнь или управляемость жизни	29,49±0,46	25,94±0,60	p<0,001

Примечание: M — среднее значение; SD — стандартное отклонение, n — количество респондентов в группе.

При исследовании ценностно-мотивационной направленности личности, которая рассматривается в отечественной психологической литературе как важный личностный ресурс преодоления стресса [1; 2; 8], были получены значимые различия между сравниваемыми группами больных по четырем шкалам методики СЖО. В группе 1 выявлено преобладание общего показателя осмысленности жизни, включенные в нее пациенты характеризуются наличием более выраженных целей и планов на будущее, которые придают жизни осмысленность, направленность и временную перспективу, по сравнению с пациентами, не включенными в ЛОТС. Средние значения показателей шкал каузальной атрибуции «Локус контроля — Я» и «Локус контроля — жизнь» также оказались статистически значимо выше в группе пациентов, состоящих в ЛОТС.

Адаптация методики СЖО на русскоязычной выборке [6] позволила сравнить полученные результаты исследования больных ХСН со средними значениями шкал СЖО, полученными на нормативной выборке². Так, общий показатель СЖО в группе пациентов, находящихся в ЛОТС, оказался выше средненормативного значения (для мужчин $M=103,10$; $SD=15,03$; для женщин $M=95,76$; $SD=16,54$), в то время как в группе пациентов, не состоящих в ЛОТС, соответствующий показатель оказался ниже средних значений. На основании полученных данных можно заключить, что пациенты первой группы более осознанно относятся к сложившейся критической жизненной ситуации и обладают более устойчивой мотивацией к совладанию с ней.

Показатель по шкале «Цели», характеризующей наличие поставленных целей и планов на будущее, придающих осмысленность, направленность и временную перспективу личности, в группе 1 находится на нижней границе средних значений (для мужчин $M=32,9$; $SD=5,92$; для женщин $M=29,38$; $SD=6,24$), а в группе 2 существенно ниже средних показателей нормативной выборки, что отражает снижение реалистических ожиданий или отсутствие выраженных планов на будущее у пациентов этой группы. Значения по шкалам «Локус контроля — Я» и «Локус контроля — жизнь» в группе пациентов, включенных в ЛОТС, находятся в пределах средне-нормативных значений (для мужчин $M=21,13$; $SD=3,85$ и $M=30,14$; $SD=3,85$, соответственно; для женщин

² Сопоставление показателей СЖО с нормативными данными носит иллюстративный (не математико-статистический) характер, так как в руководстве к использованию СЖО авторы приводят нормативные данные отдельно для мужчин и женщин [6]. В случае больных ХСН деление выборки по полу и последующее сопоставление со средненормативными данными было нецелесообразным из-за неравномерного распределения мужчин и женщин (86,7% и 13,3 % соответственно).

$M=18,58$; $SD=4,30$ и $M=28,70$; $SD=6,10$ соответственно), что указывает на способность брать на себя ответственность, чувствовать себя творцом собственной жизни, стремление собственными силами справиться со сложившейся ситуацией.

Таким образом, исследование особенностей ценностно-мотивационной направленности личности, выступающей в качестве существенного личностного копинг-ресурса, показало статистически значимое преобладание показателей по четырем шкалам методики СЖО в группе пациентов, состоящих в ЛОТС. Причем выявлено преобладание не только по шкале, отражающей собственно смысложизненные ориентации (ориентацию на поставленные цели), но и по шкалам, характеризующим внутренний локус контроля (интернальность личности), с которым осмысленность жизни тесно связана.

Обсуждение результатов

Проведенное исследование копинг-стратегий и личностных копинг-ресурсов больных ХСН, нуждающихся в пересадке органа, позволило выявить ряд благоприятных психологических характеристик в отношении перспектив оперативного лечения. Так, выявлено, что пациенты, оказавшиеся через полгода ожидания ТС включенными в ЛОТС, обладают более конструктивными способами совладания со стрессом и важными личностными копинг-ресурсами. Пациенты, сохранившие свои позиции в ЛОТС, в значительно большей степени, чем пациенты, не включенные или выбывшие из ЛОТС, настроены на конфронтацию в стрессовой ситуации и в то же время более склонны к самоконтролю и планированию решений, демонстрируя таким образом активность и эмоциональную включенность в ситуацию — с одной стороны, а с другой стороны — способность к рефлексии, волевому и интеллектуальному контролю аффективных проявлений и аналитическому подходу к решению проблемы. Негативными в плане прогноза оперативного лечения оказались стратегии совладания, отражающие пассивность личности, склонность к отрицанию или избеганию решения проблемы.

Полученные результаты позволяют сформировать представление об адаптивных (прогностически благоприятных) и неадаптивных (прогностически неблагоприятных) стратегиях психологического преодоления трудностей в период длительного ожидания ТС. Как отмечалось, к прогностически благоприятным относятся копинг-стратегии конфронтации, самоконтроля и планирования решения проблемы. Полученные данные соотносятся с результатами исследования приверженности лечению больных ИБС в период реабилитации после коронарного шун-

тирования, согласно которым стратегии «самоконтроль» и «положительная переоценка» являются важными факторами формирования приверженного лечению поведения, в то время как для больных с низкой приверженностью характерно более частое использование копинг-стратегии «бегство-избегание», т. е. уклонение, неготовность принять на себя ответственность в проблемной ситуации [12; 13]. Важно отметить, что в случае ХСН приверженность лечению является не только одним из основных критериев клинической и психосоциальной оценки при постановке и сохранении пациента в ЛОТС, но и фактором выживаемости.

Выявленное в настоящем исследовании прогностически неблагоприятное значение копинг-стратегий «дистанцирование» и «бегство-избегание» в отношении сохранения пациента в ЛОТС возрастает, если учесть их роль в возникновении депрессивной симптоматики, повышенной стигматизации, инвалидизации пациентов [15]. Кроме того, отрицание и избегание способствуют возрастанию тревожности, а значит, и увеличению вероятности возникновения невротических расстройств и неврозоподобных состояний. Известно также, что пациент с выраженными неадаптивными стратегиями совладания не настроен на сотрудничество с врачами, не готов к длительным госпитализациям, если они не вызваны острым соматическим состоянием и явной угрозой для жизни.

Как показало исследование личностных копинг-ресурсов, пациенты, включенные в ЛОТС, имеют достоверно более высокие результаты по общему показателю осмысленности жизни. Основным мотивом к совладанию с трудностями для них служит поставленная цель; эти пациенты имеют внутреннюю каузальную атрибуцию, более склонны брать на себя ответственность и чувствуют себя авторами своей жизни [6; 9]. Полученные результаты хорошо соотносятся с экзистенциальной парадигмой в психологии. Высокий уровень внутренней каузальной атрибуции позволяет сделать вывод об ответственной позиции пациента в отношении собственного состояния и процесса лечения. Ответственность в данном случае понимается как авторство, т. е. признание своего вклада в сложившуюся ситуацию и осознание собственных возможностей в ее разрешении. Вместе с тем полученные данные соответствуют результатам эмпирических исследований, показывающим, что приверженность лечению кардиохирургических больных коррелирует с целеустремленностью, наличием цели в будущем, придающим их жизни большую осмысленность и направленность [17].

Выводы

1. Анализ современной медицинской и психологической литературы показывает важность комплексной и дифференцированной

психосоциальной оценки больного ХСН на этапе планирования трансплантации органа. Важную роль в этой оценке играет изучение механизмов психологической адаптации больного к длительному периоду ожидания большой операции; эти механизмы — стратегии и личностные ресурсы совладающего поведения — тесно связаны (и, возможно, определяют) комплаентность больного, которая, в свою очередь, является фактором выживаемости на послеоперационном этапе.

2. Сравнительный анализ стратегий совладающего поведения в группах больных ХСН, включенных и сохранивших свои позиции в ЛОТС на протяжении 6 месяцев подготовки к ТС, и больных ХСН, не включенных или исключенных из ЛОТС в течение этого периода, показал существенную разницу в общей структуре копинг-поведения и в частоте использования отдельных копинг-стратегий.

3. Ведущими копинг-стратегиями в группе больных ХСН, состоящих в ЛОТС, являются стратегии, отражающие активную позицию, эмоциональную включенность, сохранение самообладания и рационального подхода к решению проблем — стратегии «конфронтация», «самоконтроль» и «планирование решения проблемы». Ведущими копинг-стратегиями в группе больных ХСН, не состоящих в ЛОТС, являются стратегии, отражающие пассивное избегание трудных жизненных ситуаций на поведенческом и когнитивном уровнях — стратегии «дистанцирование» и «бегство-избегание».

4. Выявлена существенная разница между сравниваемыми группами больных в смысложизненных ориентациях, которые в настоящем исследовании рассматривались как ресурсы личности в преодолении стресса. В группе больных ХСН, состоящих в ЛОТС, по сравнению с группой больных, не состоящих в ЛОТС, выше общий показатель осмысленности жизни и показатели, отражающие наличие целей в жизни, временной перспективы и интернального локуса-контроля.

5. Результаты исследования показывают необходимость изучения стратегий и личностных ресурсов совладания со стрессом болезни при комплексной психосоциальной оценке больных ХСН перед постановкой в лист ожидания трансплантации органа, а также намечают направления психологической помощи пациентам в период длительной госпитализации и подготовки к ТС.

6. В ситуации отсутствия разработанных протоколов психосоциальной оценки пациентов, нуждающихся в трансплантации сердца, использованные в настоящем исследовании компактные стандартизованные методы ССП и СЖО с методической точки зрения являются адекватными цели такой оценки и удобными для использования в клинике ХСН.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абабков В.А., Перре М. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии. СПб.: Речь, 2004. 166 с.
2. Анцыферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита // Психологический журнал. 1994. Т. 15. № 1. С. 3—19.
3. Василюк Ф.Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций). М.: Издательство Московского университета, 1984. 200 с.
4. Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А., и др. Психологическая диагностика совладающего со стрессом поведения // Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности: Коллективная монография / Под ред. Л.И. Вассермана, О.Ю. Щелковой. СПб.: Скифия-принт, 2014. С. 323—345.
5. Исаева Е.Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни. СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2009. 136 с.
6. Леонтьев Д.А. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО). 2-е изд. М.: Смысл, 2006. 18 с.
7. Мареев В.Ю., Фомин И.В., Агеев Ф.Т., и др. Клинические рекомендации. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) // Сердечная Недостаточность. 2017. Т. 18. № 1. С. 3—40.
8. Нартова-Бочавер С.К. «Coping behavior» в системе понятий психологии личности // Психологический журнал. 1997. Т. 18. № 5. С. 20—30.
9. Франкл В. Человек в поисках смысла: пер. с англ. и нем. М.: Прогресс, 1990. 368 с.
10. Шиндриков Р.Ю., Великанов А.А., Демченко Е.А., и др. Психологические характеристики больных хронической сердечной недостаточностью в период ожидания трансплантации сердца // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени акад. И.П. Павлова. 2017. Т. 24. № 2. С. 59—65. doi:10.24884/1607-4181-2017-24-2-59-65
11. Шиндриков Р.Ю., Щелкова О.Ю., Демченко Е.А., и др. Психосоциальный статус пациентов с хронической сердечной недостаточностью, ожидающих трансплантацию сердца // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Психология и педагогика. 2019. Т. 16. № 2. С. 163—180. doi:10.22363/2313-1683-2019-16-2-163-180
12. Щелкова О.Ю., Еремина Д.А., Яковлева М.В., и др. Методология разработки системной модели прогноза при сердечно-сосудистых заболеваниях // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология и педагогика. 2018. Т. 8. № 3. С. 271—292. doi:10.21638/11701/spbu16.2018.305
13. Яковлева М.В. Особенности личности и отношения к болезни пациентов, приверженных и неприверженных к лечению в восстановительном периоде после коронарного шунтирования // Вестник психотерапии. 2016. № 57 (62). С. 49—58.
14. Akhter S., Macrangelo M., Valeroso T., et al. Psychosocial risk as a predictor of survival following LVAD implant // Journal of Heart and Lung Transplantation. 2013. Vol. 32 (4S). P. 132. doi:10.1016/j.healun.2013.01.293
15. Burker E.J., Evon D.M., Losielle M.M., et al. Coping predicts depression and disability in heart transplant candidates // Journal of Psychosomatic Research. 2005. Vol. 59 (4). P. 215—222. doi:10.1016/j.jpsychores.2005.06.055

16. *Feldman D., Pamboukian S., Teuteberg J., et al.* The 2013 International Society for Heart and Lung Transplantation Guidelines for mechanical circulatory support: executive summary // *Journal of Heart and Lung Transplantation*. 2013. Vol. 32 (2). P. 157—187. doi:10.1016/j.healun.2012.09.013
17. *Iakovleva M.V., Shchelkova O.Y., Lubinskaya C.I.* Adherence to Treatment in Terms of Coping Behavior in Patients with Coronary Heart Disease after CABG [Электронный ресурс] // *Journal of Cardiology & Clinical Research*. 2016. Vol. 4 (1). URL: <https://www.jscimedcentral.com/Cardiology/cardiology-4-1055.php> (дата обращения: 20.01.2020).
18. *Ketterer M.W., Mahr G., Goldberg A.D.* Psychological factors affecting a medical condition: ischemic coronary heart disease // *Journal of Psychosomatic Research*. 2000. Vol. 48 (4—5) P. 357—367. doi:10.1016/S0022-3999(00)00099-4
19. *Korewicki J.* Cardiac transplantation is still the method of choice in the treatment of patients with severe heart failure // *Cardiology Journal*. 2009. Vol. 16 (6). P. 493—499.
20. *Lazarus R.S., Folkman S.* Stress, appraisal and coping. New York: Springer, 1984. 456 p.
21. *Maltby M., Flattery M., Burns B., et al.* Psychosocial assessment of candidates and risk classification of patients considered for durable mechanical circulatory support // *Journal of Heart and Lung Transplantation*. 2014. Vol. 33 (8). P. 836—841. doi:10.1016/j.healun.2014.04.007
22. *Shapiro P.A., Pereira L.F., Taylor K.E., et al.* Post-transplant Psychosocial and Mental Health Care of the Cardiac Recipient // *Psychosocial Care of End-Stage Organ Disease and Transplant Patients* / Y. Sher, J.R. Maldonado (eds.). Cham, Switzerland: Springer, 2019. P. 237—244. doi:10.1007/978-3-319-94914-7_21
23. *Sher Y.* Mental Health in Chronic and End-Stage Heart Disease // *Psychosocial Care of End-Stage Organ Disease and Transplant Patients* / Y. Sher, J.R. Maldonado (eds.). Cham, Switzerland: Springer, 2019. P. 205—214. doi:10.1007/978-3-319-94914-7_17
24. *Stewart G.C., Stevenson L.W.* Keeping left ventricular assist device acceleration on track // *Circulation*. 2011. Vol. 123. P. 1559—1568. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.110.982512

REFERENCES

1. Ababkov V.A., Perre M. Adaptatsiya k stressu. Osnovy teorii, diagnostiki, terapii [Adaptation to stress. Foundations of theory, diagnosis, therapy]. Saint Petersburg: Rech', 2004. 166 p.
2. Antsyferova L.I. Lichnost' v trudnykh zhiznennykh usloviyakh: pereosmyslivanie, preobrazovanie situatsii i psikhologicheskaya zashchita [Personality in difficult living conditions: rethinking, transforming situations and psychological defense]. *Psikhologicheskii Zhurnal*, 1994. Vol. 15 (1), pp. 3—19.
3. Vasilyuk F.E. Psikhologiya perezhivaniya (analiz preodoleniya kriticheskikh situatsii) [Psychology of experience (analysis of overcoming critical situations)]. Moscow: Publ. Moskovskii universitet, 1984. 200 p.
4. Vasserman L.I., Ababkov V.A., Trifonova E.A., et al. Psikhologicheskaya diagnostika sovladayushchego so stressom povedeniya [Psychological assessment of coping

- behavior]. In Vasserman L.I., Shchelkova O.Yu. (eds.). *Psikhologicheskaya diagnostika rasstroistv emotsional'noi sfery i lichnosti: Kollektivnaya monografiya* [Handbook of psychological assessment of emotional sphere and personality disorders]. Saint Petersburg: Skifiya-print, 2014, pp. 323—345.
5. Isaeva E.R. *Koping-povedenie i psikhologicheskaya zashchita lichnosti v usloviyakh zdorov'ya i bolezni* [Coping behavior and psychological protection of an individual in conditions of health and illness]. Saint Petersburg: Publ. SPbGMU, 2009. 136 p.
 6. Leont'ev D.A. *Test smyslozhiznennykh orientatsii (SZhO). 2-e izd* [Life meaning orientations test. 2nd ed.]. Moscow: Smysl, 2000. 18 p.
 7. Mareev V.Yu., Fomin I.V., Ageev F.T., et al. *Klinicheskie rekomendatsii. Khronicheskaya serdechnaya nedostatochnost' (KhSN) [Clinical recommendations. Chronic heart failure (CHF)]. Serdechnaya Nedostatochnost' [Heart Failure]*, 2017. Vol. 18 (1), pp. 3—40.
 8. Nartova-Bochaver S.K. “Coping behavior” v sisteme ponyatii psikhologii lichnosti [“Coping behavior” in the system of concepts of personality psychology]. *Psikhologicheskii Zhurnal*, 1997. Vol.18 (5), pp. 20—30.
 9. Frankl V. *Chelovek v poiskakh smysla [Man's Search for Meaning]*. Moscow: Progress, 1990. 368 p. (In Russ.).
 10. Shindrikov R.Y., Velikanov A.A., Demchenko E.A., et al. *Psikhologicheskie kharakteristiki bol'nykh khronicheskoy serdechnoi nedostatochnost'yu v period ozhidaniya transplantatsii serdtsa* [Psychological characteristics in patients with chronic heart failure waiting for heart transplantation]. *Uchenye zapiski Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta im. akad. I.P. Pavlova [The Scientific Notes of the I. P. Pavlov St. Petersburg State Medical University]*, 2017. Vol. 24 (2), pp. 59—65. doi:10.24884/1607-4181-2017-24-2-59-65
 11. Shindrikov R.Yu., Shchelkova O.Yu., Demchenko E.A., et al. *Psikhosotsial'nyi status patsientov s khronicheskoi serdechnoi nedostatochnost'yu, ozhidayushchikh transplantatsiyu serdtsa* [Psychosocial Status of Patients with Chronic Heart Failure Awaiting Heart Transplantation]. *Vestnik Rossiiskogo universiteta druzhby narodov. Seriya: Psikhologiya i pedagogika [RUDN Journal of Psychology and Pedagogics]*, 2019. Vol. 16 (2), pp. 163—180. doi:10.22363/2313-1683-2019-16-2-163-180
 12. Shchelkova O.Yu., Eremina D.A., Yakovleva M.V., et al. *Metodologiya razrabotki sistemnoi modeli prognoza pri serdechno-sosudistyykh zabolevaniyakh* [Methodology for the development of a systematic prognosis model for cardiovascular diseases]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Psikhologiya i pedagogika [Saint Petersburg University Bulletin. Psychology and Education]*, 2018. Vol. 8 (3), pp. 271—292. doi:10.21638/11701/spbu16.2018.305
 13. Yakovleva M.V. *Osobennosti lichnosti i otnosheniya k bolezni patsientov, priverzhennykh i nepriverzhennykh k lecheniyu v vosstanovitel'nom periode posle koronarnogo shuntirovaniya* [Features of the personality and the attitude towards the disease of adherent and non-adherent to treatment patients during the recovery period after coronary bypass surgery]. *Vestnik psikhoterapii [Bulletin of Psychotherapy]*, 2016, no. 57 (62), pp. 49—58.
 14. Akhter S., Macrangelo M., Valeroso T., et al. *Psychosocial risk as a predictor of survival following LVAD implant. Journal of Heart and Lung Transplantation*, 2013. Vol. 32 (4S), p. 132. doi:10.1016/j.healun.2013.01.293

15. Burker E.J., Evon D.M., Losielle M.M., et al. Coping predicts depression and disability in heart transplant candidates. *Journal of Psychosomatic Research*, 2005. Vol. 59 (4), pp. 215—222. doi:10.1016/j.jpsychores.2005.06.055
16. Feldman D., Pamboukian S., Teuteberg J., et al. The 2013 International Society for Heart and Lung Transplantation Guidelines for mechanical circulatory support: executive summary. *Journal of Heart and Lung Transplantation*, 2013. Vol. 32 (2), pp. 157—187. doi:10.1016/j.healun.2012.09.013
17. Iakovleva M.V., Shchelkova O.Y., Lubinskaya C.I. Adherence to Treatment in Terms of Coping Behavior in Patients with Coronary Heart Disease after CABG [Elektronnyi resurs]. *Journal of Cardiology & Clinical Research*, 2016. Vol. 4 (1). Available at: <https://www.jscimedcentral.com/Cardiology/cardiology-4-1055.php> (Accessed 20.01.2020).
18. Ketterer M.W., Mahr G., Goldberg A.D. Psychological factors affecting a medical condition: ischemic coronary heart disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 2000. Vol. 48 (4—5), pp. 357—367. doi:10.1016/S0022-3999(00)00099-4
19. Korewicki J. Cardiac transplantation is still the method of choice in the treatment of patients with severe heart failure. *Cardiology Journal*, 2009. Vol. 16 (6), pp. 493—499.
20. Lazarus R.S., Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer, 1984. 456 p.
21. Maltby M., Flattery M., Burns B., et al. Psychosocial assessment of candidates and risk classification of patients considered for durable mechanical circulatory support. *Journal of Heart and Lung Transplantation*, 2014. Vol. 33 (8), pp. 836—841. doi:10.1016/j.healun.2014.04.007
22. Shapiro P.A., Pereira L.F., Taylor K.E., et al. Post-transplant Psychosocial and Mental Health Care of the Cardiac Recipient. In Sher Y., Maldonado J.R. (eds.). *Psychosocial Care of End-Stage Organ Disease and Transplant Patients*. Cham, Switzerland: Springer, 2019, pp. 237—244. doi:10.1007/978-3-319-94914-7_21
23. Sher Y. Mental Health in Chronic and End-Stage Heart Disease. In Sher Y., Maldonado J.R. (eds.). *Psychosocial Care of End-Stage Organ Disease and Transplant Patients*. Cham, Switzerland: Springer, 2019, pp. 205—214. doi:10.1007/978-3-319-94914-7_17
24. Stewart G.C., Stevenson L.W. Keeping left ventricular assist device acceleration on track. *Circulation*, 2011. Vol. 123, pp. 1559—1568. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.110.982512

Информация об авторах

Шиндrikов Роман Юрьевич, ассистент кафедры общей и клинической психологии, ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени акад. И.П. Павлова» (ПСПбГМУ), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2942-9217>, e-mail: shindrikov@list.ru

Щелкова Ольга Юрьевна, доктор психологических наук, профессор, и.о. зав. кафедрой медицинской психологии и психофизиологии, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет» (СПбГУ); старший научный

сотрудник лаборатории клинической психологии и психодиагностики; ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» (НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева Минздрава России), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-9444-4742>, e-mail: olga.psy.pu@mail.ru

Демченко Елена Алексеевна, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник НИЛ реабилитации, профессор кафедры внутренних болезней института медицинского образования, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» (НМИЦ имени В. А. Алмазова), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7173-0575>, e-mail: elenademchenko2006@rambler.ru

Миланич Юлия Михайловна, кандидат психологических наук, доцент, старший преподаватель кафедры медицинской психологии и психофизиологии, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет» (СПбГУ), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0042-3612>, e-mail: y.milanich@spbu.ru

Information about the authors

Roman Yu. Shindrikov, Assistant, Department of General and Clinical Psychology, Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Saint Petersburg, Russia, ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2942-9217>, e-mail: shindrikov@list.ru

Olga Yu. Shchelkova, Doctor of Psychology, Professor, Head of the Department of Medical Psychology and Psychophysiology, Saint Petersburg State University; Senior Research Fellow, Bekhterev National Medical Research Centre of Psychiatry and Neurology, Saint Petersburg, Russia, ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-9444-4742>, e-mail: Olga.psy.pu@mail.ru

Elena A. Demchenko, Doctor of Medicine, Chief Researcher, Research Laboratory of Rehabilitation, Professor, Department of Internal Medicine, Institute of Medical Education, Almazov National Medical Research Centre, Saint Petersburg, Russia, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7173-0575>, e-mail: elenademchenko2006@rambler.ru

Yuliya M. Milanich, Ph.D., Senior Lecturer, Department of Medical Psychology and Psychophysiology, Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0042-3612>, e-mail: y.milanich@spbu.ru

Получена 10.02.2020

Received 10.02.2020

Принята в печать 01.04.2020

Accepted 01.04.2020