

К ВОПРОСУ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАТЕГИЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОЦЕССА РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ВЕН ПИЩЕВОДА В РАННИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

Е.В. Семичев, М.С. Севостьянова, П.А. Черномурова

Федеральный Сибирский научно-клинический центр

Федерального медико-биологического агентства, г. Красноярск, Россия

Обоснование. Несмотря на многочисленные данные о невозможности эффективной реабилитации соматических пациентов без учета психологического статуса, психологический профиль пациентов с варикозным расширением вен пищевода (ВРВП) остается неизученным и не берется во внимание при определении тактики ведения в ранний послеоперационный период. **Цель.** Выявление психологических особенностей пациентов с ВРВП для определения эффективной стратегии психологического обеспечения процесса реабилитации в ранний послеоперационный период для повышения его эффективности. **Материалы и методы.** Общая выборка исследования представлена 22 пациентами с верифицированным диагнозом I 85.9 и продолжительностью заболевания от одного года, находившимися под стационарным наблюдением в связи с предстоящей операцией эндоскопического склерозирования. Проведены структурированное клиническое интервью и развернутое психологическое тестирование самооценки значимости заболевания, уровня тревоги, депрессии, сформированности навыков осознанности и системы базисных когнитивных убеждений, полученные данные обработаны статистически (Spearman's rank correlation coefficient). **Результаты.** Субклинически выраженная тревога диагностирована у семи пациентов (31,81 %), клинически выраженная – тоже у семи (31,81 %). Корреляционных связей между возрастом пациента, продолжительностью заболевания, количеством госпитализаций и выраженностью тревожной и депрессивной симптоматики обнаружено не было. Выявлена характерная для пациентов с ВРВП высокая или очень высокая значимость влияния заболевания на следующие сферы социального статуса: ограничение ощущения силы и энергии (90,9 %), ограничение карьеры (81,8 %), материальный ущерб (77,2 %), ограничение удовольствий (68,1 %). Достоверно подтверждена взаимосвязь самооценки социальной значимости заболевания (интенсивности переживания влияния болезни на различные социальные сферы жизни) со степенью сформированности навыков осознанности и системой когнитивных базовых убеждений. **Заключение.** Дано обоснование необходимости психологического обеспечения процесса реабилитации пациентов с варикозным расширением вен пищевода в ранний послеоперационный период с применением стратегий и инструментов основанной на осознанности когнитивной терапии.

Ключевые слова: *варикозное расширение вен пищевода, реабилитация, психологический профиль, уровень тревожности, осознанность, когнитивные убеждения, психологическая интервенция.*

Введение

Варикозное расширение вен пищевода обычно возникает по причине развития синдрома портальной гипертензии и «сброса» части кровотока из воротной вены в системный кровоток в обход печени (Garcia-Tsao, Bosch, 2010; Киценко, Анисимов, Андреев, 2014). По данным литературы примерно в 85 % случаев ВРВП возникает в результате цирроза печени различной этиологии, являясь наиболее жизнеугрожающим осложнением цирроза печени (Садовникова, 2003; Spiegel,

Esraïlian, Eisen, 2007; Мошарова, Верткин, 2012; The transjugular intrahepatic ..., 2012; Клинические рекомендации ..., 2016). При этом риск развития пищеводно-желудочного кровотечения у пациентов с ВРВП достигает 70 % (Hegab, Luketic, 2001; Cirrhosis and bleeding ..., 2003; Thabut, Bernard-Chabert, 2007). Частота кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода у больных с циррозом печени составляет в среднем 4 % в год. Риск увеличивается до 15 % у пациентов с венами средних и крупных размеров (Киценко, Ани-

симов, Андреев, 2014). Риск развития повторного кровотечения очень высок и зависит от степени тяжести цирроза: в первый год рецидив кровотечения отмечается у 28 % пациентов со степенью «А» (по Child-Pugh), у 48 % – с «В», у 68 % – с «С». Уровень летальности при кровотечении из варикозных вен предельно высок и колеблется от 30 до 70 %.

Анализ отечественной и зарубежной литературы показал, что, несмотря на «тяжесть» патологии, отсутствуют какие-либо данные о возможностях психологического сопровождения и поддержки пациентов с ВРВП, в том числе психологического обеспечения процесса реабилитации в послеоперационный период для повышения его эффективности. Также отсутствуют данные о психологических особенностях, в частности психоэмоциональном статусе, степени нервно-психического напряжения и невротизации, уровне психологического стресса пациентов с ВРВП на различных этапах наблюдения.

Тем не менее необходимость учета психологического статуса пациентов отмечается в ряде исследований (Ильмухина, Киселева, 2009). Подчеркивается крайняя важность своевременной психологической диагностики с последующей коррекцией неблагоприятных сопутствующих состояний соматического профиля, что позволит уменьшить долю пациентов с психическими отклонениями. Считается, что своевременный контроль качества жизни пациентов позволяет также оптимизировать врачебную тактику для улучшения результатов лечения, укрепления психоэмоциональной сферы пациента и повышения социальной активности (Иванов, 2005).

Установлено, что отклонения в структурно-динамических характеристиках личности пациентов и психоэмоциональном статусе, дисгармоничный тип реагирования на заболевание усугубляют расстройство функций внутренних органов, снижая качество жизни и адаптацию пациентов, приводя к обострению патологических процессов. Подчеркивается важность проведения исходной оценки психического состояния пациента при назначении лечения (Красавцев, Свентицкая, 2017). Так, внедрение в алгоритм обследования пациентов скрининговых шкал-опросников для выявления уровня депрессии и тревоги позволяет «не только оценить состояние пациента на данный момент и эффективность проводимой терапии, прогнозировать динамику раз-

вития процесса, но и через коррекцию психоэмоционального состояния больных устранить одно из патогенетических звеньев порочного круга утяжеления психосоматического состояния» (Влияние психологических особенностей ..., 2010).

В настоящее время считается, что эффективная реабилитация невозможна без перестройки дисфункциональных когнитивных, эмоциональных и коннотативных компонентов целостной системы отношений пациента и формирования у него гармоничного отношения к собственному заболеванию, что требует активного, целенаправленного и осознанного участия пациента как субъекта в лечебном и восстановительном процессе» (Севостьянова, 2014).

Учитывая, что ВРВП рассматривается в большей степени как осложнение цирроза печени различной этиологии, целесообразно обратиться к результатам исследований психологических особенностей таких пациентов. Согласно имеющимся данным, у пациентов с циррозом преобладает высокая личностная тревога, резко снижаются физическая и социальная активность, понижаются субъективные оценки психоэмоционального состояния (Красавцев и соавт., 2017). Существенно снижается качество жизни, физической и социальной активности (Иванов, 2005). В личностной сфере отмечается ригидность, вязкость, конкретность мышления, упорство, повышенная чувствительность, неустойчивость мотивов, экзальтированность, напряженность, затрудненность адаптации, выраженные перепады настроения под влиянием изменений окружающей среды (Цубанова, 2005). Подтверждено, что в значительной степени ухудшению качества жизни и психического здоровья пациентов с циррозами и хроническими гепатитами способствует такой феномен, как стигма. Стигматизация приводит к снижению психической адаптации, формированию стратегий избегающего поведения. Как результат – снижаются социальные контакты, пациент не желает принимать участие в клинических исследованиях, боится лишиться работы, из-за чего скрывает диагноз, испытывая постоянное стеснение, смущение, страх быть «раскрытым» (Радута, 2014).

Целью настоящего исследования стало выявление психологических особенностей пациентов с варикозным расширением вен пищевода для определения перспективных

стратегий психологического обеспечения процесса реабилитации в ранний послеоперационный период для повышения его эффективности.

Материалы и методы исследования

Общая выборка исследования представлена 22 испытуемыми, среди которых девять мужчин (40,9 %) и 13 женщин (59,1 %). На момент обследования все пациенты находились под стационарным наблюдением в связи с предстоящей операцией эндоскопического склерозирования ВРВП по методике НИИ им. Г.К. Жерлова^{1,2} (Интраоперационные способы гемостаза..., 2011). Методы исследования: 1) анализ медицинской документации; 2) структурированное клиническое интервью, включающее анкетирование; 3) психологическое тестирование с применением следующих методик: а) Шкала базисных убеждений (World Assumptions Scale, WAS) Р. Янова-Бульмана в адаптации М.А. Падун, А.В. Котельниковой (2007); б) опросник для изучения самооценки социальной значимости болезни А.И. Сердюка; в) госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS); г) пятифакторный опросник осознанности (Five Facet Mindfulness Questionary – FFMQ), разработанный Р.А. Ваер; 4) методы статистической обработки данных (корреляционный анализ с применением коэффициента корреляции рангов Спирмена) Statistica 10.0.

Критериями включения в выборку стали: 1) возраст не младше 18 лет; 2) добровольное информированное согласие; 3) мотивация на участие в психологическом обследовании; 4) наличие верифицированного диагноза I 85.9 – варикозное расширение вен пищевода без кровотечения (МКБ–10); 5) продолжительность заболевания от 1 года; 6) наличие в анамнезе опыта склеротерапии.

¹ Способ эндоскопического склерозирования варикозно-расширенных вен пищевода и желудка: патент 2357700 Рос. Федерация: МПК А61В 17/94. № 2008105651/14; Г.К. Жерлов, А.П. Кошевой, А.В. Карпович и др.; заявл. 13.02.2008; опубл. 10.06.2009, Бюл. 31. 17 с.

² Способ эндоскопического склерозирования варикозно-расширенных вен пищевода: патент 2601861 Рос. Федерация: МПК А61В 17/00, А61К 31/00. № 2015133699/14; А.П. Кошевой, А.П. Кошель, Ю.М. Стойко и др.; заявл. 11.08.2015; опубл. 10.11.2016, Бюл. 16. 7 с.

Медико-психодиагностическое обследование проводилось индивидуально. Непосредственно психологическому тестированию предшествовало структурированное клиническое интервью с медицинским психологом и заполнение специализированной анкеты для определения общего самочувствия пациента, мотивации участия в текущем обследовании и дальнейших психокоррекционных мероприятиях (при необходимости), продолжительности заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, числа госпитализаций и операций в анамнезе.

Средний возраст испытуемых на момент обследования составил $52 \pm 14,19$ года, продолжительность заболевания – $3,77 \pm 1,71$ года, количество предшествующих госпитализаций и операций $4,95 \pm 3,13$ и $2,34 \pm 0,79$ соответственно. У 16 человек (77,2 %) отмечалось наличие 1 и более сопутствующих хронических заболеваний, а именно – цирроза печени (59 %), гастрита (50 %), язвенной болезни желудка (36,3 %), вирусного гепатита С (31,8 %), панкреатита (27,2 %), мочекаменной болезни (13,6 %).

Результаты и обсуждение

Анализ результатов, полученных по госпитальной шкале тревоги, обнаружил субклинически и клинически выраженную тревогу у 14 человек (63,64 %) (по семь человек в каждой группе). Средние значения по шкале тревоги HADS составили $8,54 \pm 3,39$. По госпитальной шкале депрессии не выявлено ни одного случая клинически выраженной депрессии, у пяти человек (22,7 %) диагностирована субклиническая форма. Показательно, что значимых корреляционных связей между возрастом пациента, продолжительностью заболевания, количеством госпитализаций и выраженностью тревожной и депрессивной симптоматики обнаружено не было.

Данные, полученные по опроснику А.И. Сердюка для изучения самооценки социальной значимости болезни и субъективного восприятия степени влияния соматического заболевания на образ жизни пациента, обнаружили характерную для пациентов с ВРВП высокую или очень высокую значимость влияния заболевания на следующие сферы социального статуса: ограничение ощущения силы и энергии (90,9 %), ограничение карьеры (81,8 %), материальный ущерб (77,2 %), ограничение удовольствий (68,1 %), свободного

времени (40,9 %), общения (27,2 %), снижение физической привлекательности (22,7 %). Отметим, что самооценка пациентами влияния заболевания на их социальный статус является существенной частью «внутренней картины болезни», а следовательно, и важной «точкой приложения» психотерапевтического воздействия на пациента в процессе его реабилитации, так как изменение отношения больного к своему страданию наряду с купированием невротической симптоматики и воздействием на патогенетические механизмы психосоматического заболевания – одна из главных задач психотерапии в соматической клинике³.

Проведенный корреляционный анализ обнаружил взаимосвязь дисфункциональных переживаний влияния заболевания на ряд сфер социального статуса с возрастом испытуемых, продолжительностью заболевания и количеством госпитализаций в анамнезе. В частности, наблюдаемое в 81,8 % случаев переживание социальных ограничений в сфере карьеры, накладываемых заболеванием, усиливается с ростом числа госпитализаций ($k = 0,470$; $p \leq 0,05$). Любопытно, что с увеличением продолжительности заболевания пациенты сильнее начинают испытывать ограничения свободного времени ($k = 0,655$; $p \leq 0,01$). При этом субъективное переживание ограничений удовольствий, наблюдаемое у 68,1 %, характерно в первые месяцы заболевания, постепенно нивелируясь по мере его продолжительности ($k = -0,588$; $p \leq 0,01$). С возрастом у пациентов нарастает чувство ущербности ($k = 0,453$; $p \leq 0,05$) и уменьшается переживание социальных ограничений в сфере карьеры ($k = -0,429$; $p \leq 0,05$).

Поскольку изначально центральный вектор научной работы ориентирован на поиск эффективных стратегий психологического обеспечения процесса реабилитации в послеоперационный период для повышения его эффективности, выстраивая дальнейший дизайн настоящего эмпирического исследования, мы обратились к концепции *mindfulness* (осознанности) как неспецифическому фактору психологического благополучия, а также к принципам когнитивно-поведенческой терапии (Пуговкина, Шильникова, 2014; Бек, 2018).

³ Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: справочник практического психолога. М.: Изд-во Эксмо, 2005. 92 с.

Сама идея избавления пациентов с хроническими заболеваниями, в частности сопровождающимися интенсивными болями, от страданий путем развития навыков осознанности в регулярных практиках медитации появилась в 80-х годах XX столетия. Со временем практики осознанности начали активно применяться за рубежом в комплексной терапии тревожных расстройств, депрессии, посттравматического стрессового расстройства, а сами навыки осознанности стали рассматриваться как «поддающиеся тренировке» (Bauer-Wu, 2006; Sadler, 2007; Mindfulness-based stress ..., 2007; Williams, Kabat-Zinn, 2013). В настоящее время «ученые относят феномен осознанности к классу метакогнитивных регуляторных способностей». А благодаря ряду современных исследований удалось выяснить, что децентрация и когнитивная гибкость, позволяющие относиться «к мысли как просто к мысли», предполагают более «высокую эффективность совладания с негативными переживаниями», а «осознанность выступает мощным протективным фактором по отношению к различным формам психологического стресса» (Пуговкина с соавт., 2014). В свою очередь, известно, что «десятки и даже сотни автоматических мыслей в день могут влиять на настроение, поведение и/или физиологию пациента», соответственно, можно предположить, что для повышения эффективности процесса восстановления в послеоперационный период и не только целесообразно помогать пациентам выявлять ключевые дисфункциональные когниции и «переходить к более реалистичной, адаптивной точке зрения – что помогает им чувствовать себя лучше эмоционально, применять более функциональные поведенческие стратегии и/или снижать физиологическое возбуждение» (Бек, 2018).

Ориентируясь на общий замысел эмпирического исследования, на данном его этапе были также проанализированы (корреляционный анализ) базисные когнитивные убеждения и навыки осознанности у пациентов с ВРВП во взаимосвязи с переживанием тех или иных социальных ограничений, ассоциированных с текущим заболеванием.

Обнаружено, что степень сформированности некоторых навыков осознанности взаимосвязана с выраженностью субъективного восприятия степени влияния соматического заболевания на образ жизни и фиксацией на социальных ограничениях в той или иной

сфере из-за оценки пациентом социальной значимости болезни. Логично, что с развитием таких навыков осознанности, как «наблюдение» (выражается в желании и умении проявлять внимание к собственному чувственному опыту, ощущениям, мыслям), «описание» (навык связан с умением вербализовать, описывать мысли и эмоции), а также «нереагирование» (навык предполагает способность к идентификации собственных тревожных мыслей, неприятных и иных телесных ощущений без последующей реакции на них), достоверно снижается уровень субъективных переживаний социальных ограничений в связи с заболеванием в целом ряде социальных сфер жизни пациента. Так, с развитием навыка «описание» снижаются субъективно воспринимаемые ограничения ощущения силы и энергии ($k = -0,541$; $p \leq 0,01$), ухудшения отношения к больному в семье ($k = -0,540$; $p \leq 0,01$) и на работе ($k = -0,507$; $p \leq 0,05$). Чем лучше развит навык «наблюдение», тем менее выражены испытываемые ограничения в сфере получения удовольствий ($k = -0,474$; $p \leq 0,05$). Развитие навыка «нереагирование» снижает степень социальных ограничений, накладываемых ощущением собственной физической непривлекательности ($k = -0,441$; $p \leq 0,05$).

Аналогичным образом была проанализирована взаимосвязь базовых убеждений пациентов с ВРВП с особенностями субъективной оценки социальной значимости заболевания.

Учитывая, что ограничение ощущения силы и энергии отмечалось у 90,9 % испытуемых, а ограничение карьеры – у 81,8 %, особое внимание при анализе полученных данных мы уделили обнаруженным корреляционным связям между базовыми убеждениями пациентов и переживанием социальных ограничений именно в этих сферах. Было выявлено, что высокая степень субъективного чувства ограничения силы и энергии, ассоциированного с заболеванием ВРВП, связана с характерным для этой группы пациентов базовым убеждением, что мир несправедлив («я получаю не то, что заслуживаю»), но при этом влиять на ситуацию и контролировать исход происходящего своими действиями невозможно («что бы я ни делал, избежать негативных событий не удастся») ($k = -0,540$; $p \leq 0,01$). В свою очередь интенсивность переживаний социальных ограничений в карьере в связи с заболеванием связана с целой со-

вокупностью иррациональных когнитивных отношений – ее нарастанию способствует наличие убежденности в несправедливости событий, в том, что мир и окружающие люди в целом не доброжелательны («этот мир – не самое достойное место для жизни, в нем часто происходят неудачи, он полон трудностей и проблем, а люди недоброжелательны, недостойны доверия и не готовы помочь») ($k = -0,565$; $p \leq 0,01$). А также усугубляется дисфункциональными представлениями о себе как о «невезучем и, в конечном счете, плохом человеке, недостойном любви и уважения», которому «не суждено избежать неприятностей, поскольку как ни старайся, предотвратить их невозможно, даже если поступать осторожно и правильно» ($k = -0,648$; $p \leq 0,01$).

Заключение

С учетом выявленных психологических особенностей пациентов с варикозным расширением вен пищевода можно сделать вывод, что наиболее полноценное возвращение их к активной жизни в максимально сжатые сроки после проведенного оперативного вмешательства (эндоскопического склерозирования) возможно при своевременной (в ранний послеоперационный период) организации психологического обеспечения процесса реабилитации. Обнаруженные взаимосвязи между интенсивностью и характером переживаний социальных ограничений, накладываемых заболеванием, со степенью сформированности навыков осознанности и базовыми убеждениями пациентов, наличие у 63,64 % из них субклинически и клинически выраженной тревоги, а также предполагаемые объективные организационные трудности, связанные с самой спецификой формата взаимодействия психолога и пациента (краткосрочность терапии, вероятная несформированность мотива взаимодействия с психологом у пациента, изначально не способствующий адаптации тип реагирования на заболевание и т. д.), определяют оптимальный вектор мероприятий психологической интервенции как ориентированный на стратегии и инструменты основанной на осознанности когнитивной терапии (Mindfulness-based Cognitive Therapy или МВСТ) с учетом обнаруженных «симптомов-мишеней». В частности, не вызывает сомнений целесообразность развития навыков наблюдения за чувственным опытом, описания мыслей и чувств и формирования безоценоч-

ности к происходящим событиям, а также коррекции базовых убеждений, касающихся восприятия мира и окружающих людей, собственной самооценности. На наш взгляд, решение данных терапевтических задач может быть эффективно реализовано посредством рекомендуемых программ МВСТ, уже признанных на официальном уровне, например, в Великобритании (National Institute for Clinical and Health Excellence (NICE)), и направленных главным образом на «освобождение» пациентов от склонности автоматически реагировать на мысли, эмоции, события жизни.

Взятая за основу последовательность исследовательских решений для определения психологических особенностей пациентов с акцентом на изучение характера и степени сформированности навыков осознанности и содержания базовых когнитивных убеждений, на наш взгляд, нова и перспективна, поскольку позволяет не только описывать психологические особенности пациентов с конкретной соматической патологией, но и одновременно обнаруживает вероятную направленность дальнейших психокоррекционных мероприятий, позволяя психологу выбирать стратегии дальнейшего психологического вмешательства аргументированно и «точно», благодаря чему разработанный алгоритм может быть эффективно экстраполирован на современные исследования, посвященные поиску стратегий психологического обеспечения процесса реабилитации пациентов с иными соматическими заболеваниями.

Литература

1. Бек, Дж. Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям / Дж. Бек. – СПб.: Питер, 2018. – 416 с.
2. Влияние психологических особенностей личности на формирование депрессии у больных острыми и хроническими вирусными гепатитами В и С / М.А. Никулина, А.А. Никоноров, В.Г. Лычев и др. // Вестник Уральской медицинской академической науки. – 2010. – № 1. – С. 76–79.
3. Иванов, А.Г. Экспертиза качества жизни больных циррозом печени, осложненным печеночной энцефалопатией / А.Г. Иванов // Проблемы экспертизы в медицине. – 2005. – № 5(3). – С. 45–47.
4. Ильмухина, Л.В. Психологические характеристики больных хроническим вирусным гепатитом старше 50 лет / Л.В. Ильмухина, Л.М. Киселева // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2009. – № 1. – С. 44–45.
5. Интраоперационные способы гемостаза при операциях на печени / Г.Ц. Дамбаев, А.Н. Байков, Е.В. Семичев и др. // Бюллетень сибирской медицины. – 2011. – № 10 (4). – С. 89–92.
6. Киценко, Е.А. Современное состояние проблемы кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка / Е.А. Киценко, А.Ю. Анисимов, А.И. Андреев // Вестник современной клинической медицины. – 2014. – № 7(5). – С. 89–98.
7. Клинические рекомендации российского общества по изучению печени и российской гастроэнтерологической ассоциации по лечению осложнений цирроза печени / В.Т. Ивашкин, М.В. Маевская, Ч.С. Павлов и др. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2016. – № 26 (4). – С. 71–102.
8. Красавцев, Е.Л. Качество жизни, уровень тревоги и суицидальный риск у пациентов с хроническим гепатитом С и циррозом печени / Е.Л. Красавцев, А.Л. Свентицкая // Проблемы здоровья и экологии. – 2017. – № 3. – С. 68–73.
9. Мошарова, А.А. Лечение и профилактика кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода / А.А. Мошарова, А.Л. Верткин // Неотложная терапия. – 2012. – № 1-2. – С. 12–19.
10. Пуговкина, О.Д. Концепция mindfulness (осознанность): неспецифический фактор психологического благополучия / О.Д. Пуговкина, З.Н. Шильникова // Современная зарубежная психология. – 2014. – № 3 (2). – С. 18–28.
11. Радута, О.И. Психологические нарушения у больных вирусными гепатитами / О.И. Радута // Российский медико-биологический вестник им. И.П. Павлова. – 2014. – № 22 (3). – С. 61–67.
12. Садовникова, И.И. Циррозы печени. Вопросы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики, лечения / И.И. Садовникова // Русский медицинский журнал. – 2003. – № 2. – С. 37–39.
13. Севостьянова, М.С. Личностные детерминанты формирования особенностей адаптации к болезни у пациентов с активной формой туберкулеза легких: сравнительный анализ с позиций гендерного подхода / М.С. Севостьянова // Психологическая наука

- и образование www.psyedu.ru. – 2014. – № 6(2). – С. 271–280.
14. Цубанова, Н.А. Личностные особенности и изменения в структуре интеллектуальной деятельности на фоне цирроза печени / Н.А. Цубанова // Провизор. – 2005. – № 20. – С. 31–32.
15. Bauer-Wu, S. Here for now: living well with cancer through mindfulness. *oncology nursing forum* / S. Bauer-Wu // *Oncology Nursing Society*. – 2006. – Vol. 33 (3). – P. 658. DOI: 10.1007/978-0-387-09593-6_21
16. Cirrhosis and bleeding: the need for very early management / D. Nidegger, S. Ragot, P. Berthelemy et al. // *J. Hepatol.* – 2003. – Vol. 3 (4). – P. 509–514. DOI: 10.1016 / s0168-8278(03)00322-2.
17. Garcia-Tsao, G. Management of varices and variceal hemorrhage in cirrhosis / G. Garcia-Tsao, J. Bosch // *Engl. J. Med.* – 2010. – Vol. 362 (9). – P. 823–832. DOI: 10.1056/NEJMra0901512.
18. Hegab, A.M. Bleeding esophageal varices. How to treat this dreaded complication of portal hypertension / A.M. Hegab, V.A. Luketic // *Postgrad. Med.* – 2001. – Vol. 109 (2). – P. 75–89. DOI: 10.3810/pgm.2001.02.852.
19. Mindfulness-based stress reduction in massachusetts correctional facilities / M. Samuelson, J. Carmody, J. Kabat-Zinn et al. // *The Prison Journal*. – 2007. – Vol. 87 (2). – P. 254–268. DOI: 10.1177/0032885507303753.
20. Sadler, J. Pain relief without drugs: a self-help guide for chronic pain and trauma / J. Sadler. – *Healing Arts Press*, 2007. – 208 p.
21. Spiegel, B.M. The budget impact of endoscopic screening for esophageal varices in cirrhosis / B.M. Spiegel, E. Esrailian, G. Eisen // *Gastrointest Endosc.* – 2007. – Vol. 66 (4). – P. 679–692. DOI: 10.1016/j.gie.2007.02.048.
22. Thabut, D. Management of acute bleeding from portal hypertension / D. Thabut, B. Bernard-Chabert // *Best. Pract. Res. Clin. Gastroenterol.* – 2007. – Vol. 21 (1). – P. 19–29. DOI: 10.1016/j.bpg.2006.07.010.
23. The transjugular intrahepatic portosystemic shunt in the treatment of portal hypertension: current status / G. Pomier-Layrargues, L. Bouchard, M. Lafortune et al. // *Int. J. Hepatol.* – 2012. – Vol. 19. – № art. 167868. DOI: 10.1155/2012/167868.
24. Williams, M.J. Mindfulness: Diverse perspectives on its meanings, origins and applications / M.J. Williams, J. Kabat-Zinn. – London, 2013. 1 ed. Routledge. – 328 p. DOI: 10.4324/9781315874586.

Семичев Евгений Васильевич, доктор медицинских наук, руководитель научного отдела, врач-эндоскопист, Федеральный Сибирский научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства (Красноярск), evsemichev@yandex.ru, ORCID 0000-0003-2386-5798

Севостьянова Мария Сергеевна, кандидат психологических наук, директор Центра современных психологических технологий, медицинский психолог высшей квалификационной категории, Федеральный Сибирский научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства (Красноярск), SevostyanovaMS@yandex.ru, ORCID 0000-0001-5084-0460

Черномурова Полина Андреевна, медицинский психолог, Центр современных психологических технологий, Федеральный Сибирский научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства (Красноярск), pchernomurova@mail.ru, ORCID 0000-0001-7592-2390

Поступила в редакцию 21 января 2020 г.

DETERMINING STRATEGIES FOR PSYCHOLOGICAL SUPPORT IN REHABILITATION OF PATIENTS WITH ESOPHAGEAL VARICES IN THE EARLY POSTOPERATIVE PERIOD

E.V. Semichev, evsemichev@yandex.ru, ORCID 0000-0003-2386-5798

M.S. Sevost'yanova, SevostyanovaMS@yandex.ru, ORCID 0000-0001-5084-0460

P.A. Chernomurova, pchernomurova@mail.ru, ORCID 0000-0001-7592-2390

Federal Siberian Research Clinical Centre, Krasnoyarsk, Russian Federation

Background. Despite numerous data on the impossibility of effective rehabilitation of somatic patients without taking into account their psychological status, the psychological profile of patients with esophageal varices remains unexplored and not taken into account in the early postoperative period. **Aim.** The paper aims to identify the psychological features of patients with esophageal varices to determine promising strategies for increasing the effectiveness of the rehabilitation process in the early postoperative period. **Materials and methods.** The sample included 22 patients with a verified diagnosis of I 85.9 (ICD-10) and a disease duration of 1 year, who underwent in-hospital treatment in connection with the forthcoming endoscopic sclerosis. Structured clinical interviews and a detailed self-assessment test of disease significance, anxiety level, depression, awareness skills and a system of fundamental cognitive beliefs were conducted. Statistical processing was performed using the Spearman's rank correlation coefficient. **Results.** Both subclinical and clinical anxiety was diagnosed in 7 patients (31.81 %) each. No correlation was found between age, disease duration, the number of hospitalizations and the expression of anxiety and depressive symptoms. A high or very high effect of esophageal varices was revealed on the following spheres of social status – a limited feeling of strength and energy (90.9 %), career restrictions (81.8 %), material damage (77.2 %), limited pleasure (68.1 %). The relationship between self-assessment of disease significance (experiencing the impact of the disease on various spheres of life), awareness skills and the system of cognitive beliefs was reliably confirmed. **Conclusion.** Effective rehabilitation of patients with esophageal varices using the strategies of mindfulness-based cognitive therapy during the early postoperative period has been proven.

Keywords: *esophageal varices, rehabilitation, psychological profile, anxiety level, awareness, cognitive beliefs, psychological intervention.*

References

1. Bek Dzh. *Kognitivno-povedencheskaya terapiya. Ot osnov k napravleniyam* [Cognitive behavioral therapy. From the basics to the directions]. St. Petersburg, Piter Publ., 2018. 416 p. (in Russ.)
2. Nikulina M.A., Nikonorov A.A., Lychev V.G. et al. [The influence of psychological characteristics of personality on the formation of depression in patients with acute and chronic viral hepatitis B and C]. *Vestnik Ural'skoj medicinskoj akademicheskoy nauki* [Bulletin of the Ural Medical Academic Science], 2010, no. 1, pp. 76–79. (in Russ.)
3. Ivanov A.G. [Examination of the quality of life of patients with cirrhosis of the liver complicated by hepatic encephalopathy]. *Problemy ekspertizy v medicine* [Problems of expertise in medicine], 2005, no. 5(3), pp. 45–47. (in Russ.)
4. Il'muhina L.V., Kiseleva L.M. [Psychological characteristics of patients with chronic viral hepatitis older than 50 years]. *Volgogradskij nauchno-meditsinskij zhurnal* [Volgograd Medical Journal], 2009, no. 1, pp. 44–45 (in Russ.)
5. Dambaev G.Cz., Bajkov A.N., Semichev E.V., Shmisman M.N., Aleynik A.N., Deneko O.I., Bushlanov P.S. [Intraoperative methods of hemostasis in liver operations]. *Byulleten' sibirskoy meditsiny* [Siberian Medicine Bulletin], 2011, no. 10(4), pp. 89–92. (in Russ.)
6. Kicenko E.A., Anisimov A.Yu., Andreev A.I. [The current state of the problem of bleeding from varicose veins of the esophagus and stomach]. *Vestnik sovremennoj klinicheskoy mediciny* [Bulletin of modern clinical medicine], 2014, no. 7 (5), pp. 89–98. (in Russ.)
7. Ivashkin V.T., Maevskaya M.V., Pavlov Ch.S. et al. [Clinical recommendations of the Russian society for the study of the liver and the Russian gastroenterological association for the treatment

of complications of cirrhosis]. *Rossiiskij zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii* [Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology], 2016, no. 26 (4), pp. 71–102. (in Russ.).

8. Krasavcev E.L., Sventickaya A.L. [Quality of life, level of anxiety, and suicidal risk in patients with chronic hepatitis C and cirrhosis]. *Problemy zdorov'ya i ekologii* [Health and environmental issues], 2017, no. 3, pp. 68–73. (in Russ.)

9. Mosharova A.A., Vertkin A.L. [Treatment and prevention of bleeding from varicose veins of the esophagus]. *Neotlozhnaya terapiya* [Emergency treatment], 2012, no. 1-2, pp. 12–19. (in Russ.).

10. Pugovkina O.D., Shil'nikova Z.N. [The concept of mindfulness: a non-specific factor in psychological well-being]. *Sovremennaya zarubezhnaya psihologiya* [Modern foreign psychology], 2014, no. 3 (2), pp. 18–28. (in Russ.)

11. Raduto O.I. [Psychological disorders in patients with viral hepatitis]. *Rossiiskij mediko-biologicheskij vestnik im. I.P. Pavlova* [Russian Medical and Biological Bulletin named after I.P. Pavlov], 2014, no. 22 (3), pp. 61–67. (in Russ.).

12. Sadovnikova I.I. [Cirrhosis of the liver. Issues of etiology, pathogenesis, clinic, diagnosis, treatment]. *Russkij medicinskij zhurnal* [Russian medical journal], 2003, no. 2, pp. 37–39. (in Russ.).

13. Sevost'yanova M.S. [Personal determinants of the formation of features of adaptation to the disease in patients with active pulmonary tuberculosis: a comparative analysis from the perspective of a gender approach]. *Psihologicheskaya nauka i obrazovanie www.psyedu.ru* [Psychological science and education www.psyedu.ru], 2014, no. 6 (2), pp. 271–280. (in Russ.)

14. Cubanova N.A. [Personal characteristics and changes in the structure of intellectual activity against the background of cirrhosis]. *Provizor* [Pharmacist], 2005, no. 20, pp. 31–32. (in Russ.).

15. Bauer-Wu S. Here for Now: Living Well with Cancer through Mindfulness. *Oncology Nursing Forum. Oncology Nursing Society*, 2006, vol. 33 (3), p. 658. DOI: 10.1007/978-0-387-09593-6_21

16. Nidegger D., Ragot S., Berthelemy P. et al. Cirrhosis and bleeding: the need for very early management. *J. Hepatol*, 2003, no. 3 (4), pp. 509–514. DOI: 10.1016 / s0168-8278(03)00322-2

17. Garcia-Tsao G., Bosch J. Management of varices and variceal hemorrhage in cirrhosis. *Engl. J. Med*, 2010, vol. 362 (9), pp. 823–832. DOI: 10.1056/NEJMra0901512

18. Hegab A.M., Luketic V.A. Bleeding esophageal varices. How to treat this dreaded complication of portal hypertension. *Postgrad. Med*, 2001, vol. 109 (2), pp. 75–89. DOI: 10.3810/pgm.2001.02.852

19. Samuelson M., Carmody J., Kabat-Zinn J. et al. Mindfulness-based stress reduction in Massachusetts correctional facilities. *The Prison Journal*, 2007, vol. 87 (2), pp. 254–268. DOI: 10.1177/0032885507303753

20. Sadler J. Pain relief without drugs: a self-help guide for chronic pain and trauma. Healing Arts Press. 2007. P. 208.

21. Spiegel B.M., Esrailian E., Eisen G. The budget impact of endoscopic screening for esophageal varices in cirrhosis. *Gastrointest Endosc*, 2007, vol. 66 (4), pp. 679–692. DOI: 10.1016/j.gie.2007.02.048

22. Thabut D., Bernard-Chabert B. Management of acute bleeding from portal hypertension. *Best. Pract. Res. Clin. Gastroenterol*, 2007, vol. 21(1), pp. 19–29. DOI: 10.1016/ j.bpg.2006.07.010

23. Pomier-Layrargues G, Bouchard L, Lafortune M. et al. The transjugular intrahepatic portosystemic shunt in the treatment of portal hypertension: current status. *Int. J. Hepatol*, 2012, no. 19, 167868. DOI: 10.1155/2012/167868

24. Williams M.J., Kabat-Zinn J. *Mindfulness: diverse perspectives on its meanings, origins and applications*. Publ. 1 ed. Routledge, London. 2013. 328 p. DOI: 10.4324/9781315874586

Received 21 January 2020

ОБРАЗЕЦ ЦИТИРОВАНИЯ

Семичев, Е.В. К вопросу определения стратегий психологического обеспечения процесса реабилитации пациентов с варикозным расширением вен пищевода в ранний послеоперационный период / Е.В. Семичев, М.С. Севостьянова, П.А. Черномурова // Психология. Психофизиология. – 2020. – Т. 13, № 4. – С. 21–29. DOI: 10.14529/jpps200403

FOR CITATION

Semichev E.V., Sevost'yanova M.S., Chernomurova P.A. Determining Strategies for Psychological Support in Rehabilitation of Patients with Esophageal Varices in the Early Postoperative Period. *Psychology. Psychophysiology*. 2020, vol. 13, no. 4, pp. 21–29. (in Russ.). DOI: 10.14529/jpps200403