

1. Баранова Ю. В. Выгорание студентов медицинских вузов // Ю.В. Баранова, В.Я. Герасимова // Молодой ученый. — 2019. — №4. — С. 149-152.
2. Водопьянова Н. Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика: учебник/ Н.Е. Водопьянова — СПб.: Питер, 2015. 336 с.
3. Ларенцова Л.И. Феномен психологического выгорания специалиста и пути предотвращения появления феномена// Прикладная юридическая психология. – 2011. – Т.1. – №4. – С. 52-70.
4. Мареева Е.Б. Взаимосвязь синдрома эмоционального выгорания и успеваемости среди студентов старших курсов медицинских вузов / Е.Б. Мареева, Ю.А. Маркова Л.Ю. Севидова// «РМЖ». — 2010. — №30. — С. 1834.
5. Орел В. Е. Синдром психического выгорания личности: учебник/ В.Е. Орел — Москва, 2016. — 436 с.

УДК 616.89-159.942.5

**Лобода А.Н., Шевцева Е.В., Потанин М.А., Валиев В.Б., Баранская Л.Т.<sup>1</sup>,  
Чернядьев С.А.<sup>2</sup>**

**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ САМОРЕГУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ,  
ПЕРЕНЕСШИХ АБДОМИНАЛЬНОЕ ОПЕРАТИВНОЕ  
ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Кафедра психиатрии, психотерапии и наркологии<sup>1</sup>  
Кафедра хирургических болезней и сердечно-сосудистой хирургии<sup>2</sup>  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Loboda A.N., Shevtseva E.V., Potanin M.A., Valiyev V.B., Baranskaya L.T.<sup>1</sup>,  
Chernyadyev S.A.<sup>2</sup>**

**PSYCHOLOGICAL SELF-REGULATION IN PATIENTS AFTER  
ABDOMINAL SURGERY**

Department of Psychiatry, Psychotherapy and Narcology<sup>1</sup>  
Department of Surgical Diseases and Cardiovascular Surgery<sup>2</sup>  
Ural State Medical University  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: [loboda\\_an98@mail.ru](mailto:loboda_an98@mail.ru)

**Аннотация.** В статье рассмотрены особенности психологической саморегуляции у пациентов, перенесших абдоминальное оперативное вмешательство в плановом порядке. Всего обследовано 25 пациентов (средний возраст 48,7±11,9 лет), 13 мужчин и 12 женщин, с хирургическими заболеваниями. Представлена саморегуляция на трех уровнях – смысловом, эмоциональном и соматическом.

**Annotation.** The article considers the features of psychological self-regulation in patients who have undergone abdominal surgery as planned. A total of 25 patients were examined (average age 48.7 to 11.6 years), 13 men and 12 women with surgical diseases. Self-regulation is represented on three levels - semantic, emotional and somatic.

**Ключевые слова:** психологическая саморегуляция, абдоминальное хирургическое вмешательство.

**Key words:** psychological self-regulation, abdominal surgery.

### **Введение**

Современные исследования в области клинической психологии и психосоматической медицины показывают, что процесс саморегуляции играет важную роль и является необходимым условием выхода из жизненных кризисов, одним из которых является хирургическая болезнь.

Понятие «саморегуляции» было введено как способность личности к опосредованному, сознательному и произвольному управлению своим поведением, как устойчивое свойство зрелой личности. Саморегуляция в более широком смысле рассматривается как системный процесс, обеспечивающий адекватную условиям изменчивость и пластичность жизнедеятельности на любом ее уровне. С позиций системного подхода психологическая саморегуляция может быть рассмотрена на нескольких уровнях: смысловом, эмоциональном и соматическом. При этом, смысловая саморегуляция понимается как способность произвольно управлять мотивационно-смысловой сферой, т.е., самостоятельно определять и в случае необходимости менять цели и мотивы своей деятельности. Эмоциональная саморегуляция предполагает способность управлять своими эмоциональными переживаниями, а соматическая саморегуляция определяется как способность управлять своим телесным опытом, изменять телесное самоощущение (общее самочувствие). В процессе соматической саморегуляции происходит завершение реакций на болезнь и ее последствия, превращение дезадаптивных реакций в адаптивные, освобождение от негативных переживаний и болезненных симптомов.

В ряде исследований [1] показано, что у значительной части пациентов плановой хирургии при подготовке к предстоящему оперативному вмешательству происходит нарушение разных уровней и аспектов саморегуляции: смыслового, эмоционального, телесного, при этом акцент делается на эмоциональном и телесном (соматическом) уровнях. Однако проблема смысловой регуляции у пациентов хирургической клиники на послеоперационном этапе изучена недостаточно, что отчасти противоречит концепции целостного биопсихосоциального подхода, принятого в отечественной медицине. Исключения составляют клиничко-психологические исследования, выполненные на онкологических пациентах [1].

Необходимость решения практических задач полноценной реабилитации пациентов хирургической клиники обусловила проблему исследования.

**Цель исследования** – выявить способность к психологической саморегуляции на всех ее уровнях у пациентов, перенесших абдоминальное оперативное вмешательство,

### **Материалы и методы исследования**

Настоящее исследование было выполнено в отделении плановой хирургии №2 ЦГКБ №1 г. Екатеринбурга. Исследование проводилось на вторые сутки после операции по поводу грыжи белой линии живота, пупочной грыжи, паховой грыжи, лапароскопической аппендэктомии, лапароскопической холецистэктомии. Всего было обследовано 25 пациентов в возрасте от 49 до 65 лет (средний возраст –  $48,7 \pm 11,9$  лет). Из них – 13 мужчин и 12 женщин. Критерии включения: возраст не старше 65 лет; отсутствие хронических заболеваний сердечно-сосудистой и мочеполовой системы, желудочно-кишечного тракта; плановое оперативное вмешательство абдоминального профиля. Критерии исключения: возраст старше 65 лет, диагностированное психическое и/или аффективное расстройство. Информированное согласие пациентов на участие в исследовании было получено.

Для исследования психологической саморегуляции был использован следующий диагностический инструментарий:

- госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) для первичного субъективного (скринингового) выявления тревоги и депрессии у пациентов стационара;

- опросник Плутчика-Келлермана-Конте (далее – опросник Плутчика) для диагностики механизмов психологической защиты, к которым прибегает личность в ситуациях тревоги, страха или дискомфорта для того, чтобы сохранить стабильность своей самооценки, представлений о себе и о мире.

- опросник «Методика исследования самооотношения» (МИС) С.Р. Пантилеева для изучения эмоционально-ценностного компонента самосознания, отражающего активную деятельную позицию личности, обоснованность и последовательность собственных внутренних побуждений и целей, внутренний локус контроля, самопринятие или несформированность указанных характеристик.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Результаты исследований по HADS позволяют утверждать, что для большинства пациентов обследуемой группы характерен низкий уровень тревоги (3,7 балла) и столь же низкий уровень депрессии (3,56 балла). С одной стороны, это означает отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии, но, с другой стороны – может отражать «когнитивной эффект» завершенного ожидания операции, без видимых, либо отсутствующих послеоперационных осложнений. Различия по полу не установлены. В тоже время, полученные результаты указывают недостаточно сформированную способность пациентов к соматической саморегуляции, выраженной в ощущении себя выздоравливающим и хорошем настроении.

Уточнение высказанных предположений относительно тревоги и депрессии у пациентов после операции, а также о том, чем обусловлено их общее самочувствие, было осуществлено с помощью опросника Плутчика. Согласно полученным результатам, большинство пациентов в «трудных» жизненных ситуациях прибегает к таким психологическим защитами, как «отрицание» (43,3%) и «рационализация» (41,7%). Однако действующие механизмы, лежащие в их основе, являются противоречивыми по своей сути. Так, если рационализация направлена на избавление от переживаний по поводу соматического недуга путем построения удовлетворяющих обоснований случившегося, поддерживающих адекватную самооценку личности (рациональный аспект), то отрицание направлено на искажение восприятия ситуации, вплоть до мистических представлений о болезни, не критичности в отношении себя и других, что способствует формированию неадекватной заниженной или завышенной самооценки (иррациональный аспект).

В случае построения поведения, основанного на отрицании, у пациентов формируется нон-комплаинс, могут возникнуть напряженные или конфликтные отношения с врачами и средним медицинским персоналом. В итоге клинические рекомендации после выписки из стационара либо вообще не будут соблюдаться, либо будут соблюдаться в неполном объеме.

Зачастую подобная ситуация приводит к послеоперационным осложнениям, возникающим по причинам немедицинского характера, которые субъективно, с точки зрения пациентов, подтверждают их ошибочную позицию. Во всех таких случаях можно говорить о несформированной смысловой саморегуляции, т.е., об отсутствии способности управлять собственными целями и планами, связанными со здоровьем. Кроме того, защитный механизм «отрицание» не позволяет личности увидеть позитивные телесные ощущения, которые отражают ресурсные состояния, возникающие в послеоперационный период. Именно поэтому они нуждаются во внешней оценке своего внутреннего состояния.

Рассогласованность соматической и смысловой саморегуляции обеспечивается нарушениями эмоциональной саморегуляции. Иными словами вместо управления эмоциональными переживаниями, которые возникли в связи с постановкой диагноза и необходимостью в оперативном вмешательстве, происходит их отрицание, неизбежно создающее внутреннее напряжение, интрапсихический конфликт когнитивных и аффективных, называемый аффективно-когнитивным дисбалансом.

В исследованиях, посвященных психологической саморегуляции у хирургических пациентов с разными нозологиями было показано, что аффективно-когнитивный дисбаланс препятствует нормальному анатомо-физиологическому восстановлению функций органов и тканей [2].

Для пациентов обследуемой группы также характерна психологическая защита «проекция» (37,4%). Психологический механизм, лежащий в основе проекции способствует формированию заблуждений у пациентов, путем

формирования неверного представлений о собственном здоровье, которое не нуждается в систематической работе по его поддержанию, либо по причине «я вообще-то здоров, но со мной случилась досадная неприятность», либо «мне уже все равно ничего не поможет, так стоит ли тратить время и средства на то, что от меня не зависит».

Представленные выше результаты были подтверждены проведением методики МИС. Прежде всего, исследование показало, что более половины пациентов (88,0%) не способны к каким-либо изменениям в себе и полагают, что имеющиеся у них механизмы совладания с временными трудностями (например, заболевание и необходимость его радикального лечения) являются вполне приемлемыми. Такого рода «самопривязанность» обуславливает следование ригидным установкам, по крайней мере, в вопросах здоровья и болезни. Следующими по субъективной значимости являются шкалы «конфликтность» (80,0%) и «самообвинение» (80,0%). Неспособность значительной части пациентов к произвольной постановке целей, задач и обретению смыслов собственного здоровья «вынуждает» их обвинять во всем, что с ними происходит, окружающих, либо порождает ощущения того, что они не в силах что-либо изменить, склонность к фатализму, отсутствие осмысленности будущей жизни.

#### **Выводы:**

1. Проведенное исследование показало, что у пациентов, перенесших абдоминальное оперативное вмешательство, имеются трудности психологической регуляции на всех трех уровнях: на эмоциональном уровне снижена способность к управлению эмоциями, нарушен баланс позитивных и негативных эмоций; на соматическом уровне снижена управляемость телесным опытом, утрачено общее позитивное самоощущение; на смысловом уровне преобладает негативный смысл болезни, неадаптивные механизмы психологической защиты.

2. Полученные данные могут быть использованы для проведения клинико-психологических консультаций пациентов в период ожидания операции в условиях стационара, а также разработки программы психологической реабилитации.

#### **Список литературы:**

1. Баранская Л.Т. Мотивационный уровень регуляции двигательной активности у пациентов с ревматоидным артритом/ Л.Т. Баранская, Е.В. Павлова //Сибирский психологический журнал. – 2009. – №31. – С.41-49.

2. Мазур Е.С. Нарушения личностной саморегуляции при переживании эмоциональной травмы у пациентов с пограничными психическими расстройствами/Е.С. Мазур, Е.Р. Гайда // Росс. Психиатрический журнал. – 2013. – №4. – С.56-66.