

УДК 616.33-002.44:616.61-002.3

Панченко М.С.

## КОГНІТИВНО-БІХЕВІОРАЛЬНА КОРЕКЦІЯ КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ: ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ З РЕАКЦІЯМИ ПСИХІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ТА СОМАТОГЕННИМ АСТЕНІЧНИМ СИМПТОМОКОМПЛЕКСОМ

Донецький національний медичний університет, м. Кропивницький  
Харківська медична академія післядипломної освіти

У дослідженні 47 пацієнтів з реакціями психічної дезадаптації та 9 – з соматогенним астеничним симптомокомплексом та коморбідним з підвищеним кардіоваскулярним ризиком застосовано КБК. За результатами лікування з'ясовано, що серед осіб з підвищеним КВР та РПД найбільш ефективним виявився вплив КБК на підвищення настрою та зниження частоти і рівня особистісної тривожності; уцілому КБК характеризувалась узагальненим показником ефективності на рівні  $(18,7 \pm 1,0)\%$ . Серед осіб з підвищеним КВР та САСК найбільш ефективним виявився вплив КБК на зростання рівня буденної активності та самопочуття; уцілому КБК характеризувалась узагальненим показником ефективності на рівні  $(13,1 \pm 4,7)\%$ . Отже, селективно-диференційований вплив КБК серед пацієнтів з підвищеним КВР, коморбідним з неспсихотичними розладами психічної сфери дозволяє забезпечувати медико-психологічну складову зниження КВР.

Ключові слова: медична психологія, кардіоваскулярний ризик, когнітивно-біхевіоральна корекція.

Дослідження виконано у межах науково-дослідних робіт кафедри психотерапії (зав. - проф. Михайлов Б.В.) «Неспсихотичні психічні розлади у хворих на серцево-судинні та судинно-мозкові захворювання», № державної реєстрації 0109U002826, та є фрагментом наукової кваліфікаційної роботи автора.

### Вступ

За даними Комітету Експертів ВООЗ та Європейських асоціацій кардіологів майже у 20,0% дорослого населення має підвищений артеріальний тиск, третина смертей від серцево-судинних захворювань (ССЗ) асоційована з десятьма основними факторами ризику, з яких на високий рівень холестерину припадає 4,4 млн. випадків, тютюнопаління – 4,9 млн., артеріальну гіпертензію – 7,1 млн. Доведено, що при індексі маси тіла (ІМТ) у межах 25 – 28,9 кг/м<sup>2</sup> кардіоваскулярний ризик (КВР) збільшується вдвічі, при ІМТ >29 кг/м<sup>2</sup> – утричі. [1,2,3,10,13]. На жаль, медико-психологічний контекст у оцінці кардіоваскулярного ризику практично відсутній. Саме тому, дослідження, спрямовані на удосконалення медико-психологічного моніторингу, ранньої діагностики, індивідуалізацію ризикометричних підходів є актуальними.

### Мета дослідження

Вивчення ефективності когнітивно-біхевіоральної корекції серед пацієнтів з підвищеним КВР за наявності реакцій психічної дезадаптації (РПД) або соматогенного астеничного симптомокомплексу (САСК).

### Матеріали та методи дослідження

У дослідженні задіяні 47 пацієнтів з РПД та 9 пацієнтів з САСК [7,8,9], у яких клініко-лабораторно визначена наявність підвищеного КВР за шкалою "SCORE" (Systematic Coronary Risk Evaluation) [1,12,13]. Застосування цієї методики передбачало урахування віку, статі, наявності паління, рівня артеріального тиску та інших і передбачало можливість екстраполяції можливого ризику на старший вік [1,13]. Використання принципів КБК в моделях факторного зниження КВР реалізовано з урахуванням емо-

ційної, когнітивної, соматичної, контекстуальної (середовище, умови), міжособистісної та поведінкової складових [4,5,6]. Це дозволило структурувати форми та методи КБК на послідовних етапах КБК: 1) вступної частини (відкритість та відвертість у спілкуванні, співпраця та співробітництво при одночасній визначеності тривалості терапевтичних сесій), 2) ознайомлення пацієнта з когнітивно-біхевіоральною моделлю (базова частина дослідження, з'ясування взаємозв'язків між поведінкою, думками, почуттями, ситуацією), 3) освітньо-корекційна частина (розтлумачення пацієнту існуючої проблеми у термінах КБК), 4) формування відчуття впевненості та надії у подоланні існуючої проблеми (встановлення зворотного зв'язку, формування дружньої терапевтичної атмосфери).

Психотерапевтичний вплив базувався на наявності конкретного фактора КВР (гіподинамії, надмірної маси тіла, артеріальної гіпертензії, тютюнопаління), що визначався (сприймався) у якості існуючої (поведінкової) проблеми. При цьому, наявність у пацієнта одного із типологічних варіантів НРПС (із властивими для кожного із них почуттів) визначала індивідуалізацію власне спрямованості процесу КБК. Тривалість сеансу кожного із сеансів КБК - до 50 хв., з повторюваністю 1-2 рази на тиждень впродовж 2-3 місяців.

Для оцінки ефективності КБК було здійснено співставлення динаміки, в результаті лікування, частоти діагностування основних психопатологічних симптомів, що характеризують психоемоційний стан пацієнтів (самооцінки самопочуття, активності та настрою за методикою САН, рівня особистісної та реактивної тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна, рівня нейротизму за даними опитувальника Айзенка). Дослідження виконано за стандартизованою програмою зби-

рання, накопичення первинних даних та аналізу результатів. При виконанні дослідження застосовано відомі та широко вживані клініко-статистичні та клініко-інформаційні методи: анамнестичний кількісний аналіз [11], варіаційна статистика, імовірнісний розподіл клінічних ознак з оцінкою достовірності одержаних результатів, інформаційний аналіз [11].

### **Результати дослідження та їх обговорення**

Ефективність застосованої КБК серед 47 осіб з підвищеним КВР з РПД проявилась (табл.): зменшенням кількості осіб зі зниженим рівнем самопочуття (відповідно, до лікування –  $(61,7 \pm 7,1)\%$ , після –  $(38,3 \pm 7,1)\%$ ,  $p < 0,05$ ) та достовірним зменшенням виразності цього акцептор-індикатора з  $(3,80 \pm 0,12)$  б. до  $(3,41 \pm 0,17)$  б.,  $p < 0,05$ . Відповідно, зменшився стандартизований індекс клінічної виразності акцептор-індикатора ( $V_{ст}$ ) та індекс клінічної реалізації ( $I_{кр}$ ) РПД, що проявилось також у зменшенні клініко-ентропійного показника цього акцептор-індикатора ( $h_{абс}$ ) у групі пацієнтів з РПД та забезпечило досягнення ефективності корекції на рівні 5,3%;

- зменшенням кількості осіб зі зниженим рівнем настрою (відповідно, до лікування –  $(53,2 \pm 7,3)\%$ , після –  $(21,3 \pm 6,0)\%$ ,  $p < 0,001$ ) та зменшенням виразності цього акцептор-індикатора з  $(3,61 \pm 0,18)$  б. до  $(3,12 \pm 0,14)$  б.,  $p < 0,001$ . Відповідно, зменшився на 13,0-14,0% стандартизований індекс клінічної виразності акцептор-індикатора ( $V_{ст}$ ) та практично втричі - індекс клінічної реалізації ( $I_{кр}$ ) РПД, що у підсумку проявилось зменшенням клініко-ентропійного показника цього акцептор-індикатора ( $h_{абс}$ ) у групі пацієнтів з РПД та забезпечило досягнення ефективності корекції на рівні 28,1%;

- достовірним зменшенням кількості осіб зі зниженим рівнем буденної активності (відповідно, до лікування –  $(66,0 \pm 6,9)\%$ , після –  $(46,8 \pm 7,3)\%$ ,  $p < 0,01$ ) та зменшенням виразності цього акцептор-індикатора з  $(4,08 \pm 0,11)$  б. до  $(3,71 \pm 0,09)$  б.,  $p < 0,01$ . Відповідно, зменшився на 7,0-8,0% стандартизований індекс клінічної виразності акцептор-індикатора ( $V_{ст}$ ) та зріс індекс клінічної реалізації ( $I_{кр}$ ) РПД, що у підсумку проявилось зменшенням клініко-ентропійного показника цього акцептор-індикатора ( $h_{абс}$ ) у групі пацієнтів з РПД та забезпечило досягнення ефективності корекції на рівні 17,6%;

- зменшенням кількості осіб з високим та дуже високим рівнем реактивної тривожності (відповідно, до лікування –  $(55,3 \pm 7,3)\%$ , після –  $(40,4 \pm 7,2)\%$ ,  $p < 0,05$ ) та достовірним зменшенням виразності цього акцептор-індикатора з  $(40,1 \pm 0,09)$  б. до  $(38,6 \pm 0,06)$  б.,  $p < 0,05$ . Відповідно, зменшився стандартизований індекс клінічної виразності акцептор-індикатора ( $V_{ст}$ ) та індекс клінічної реалізації ( $I_{кр}$ ) РПД, що проявилось також у зменшенні клініко-ентропійного показника цього акцептор-індикатора ( $h_{абс}$ ) у групі

пацієнтів з РПД та забезпечило досягнення ефективності корекції на рівні 21,2%;

- зменшенням кількості осіб з високими рівнями особистісної тривожності (відповідно, до лікування –  $(59,6 \pm 7,2)\%$ , після –  $(83,0 \pm 5,5)\%$ ,  $p < 0,01$ ) та стабільно-виразною тенденцією цього акцептор-індикатора (відповідно, до лікування  $(47,9 \pm 0,12)$  б. до  $(48,1 \pm 0,11)$  б.,  $p > 0,05$ . Відповідно, практично не змінився стандартизований індекс клінічної виразності акцептор-індикатора ( $V_{ст}$ ) та зріс індекс клінічної реалізації ( $I_{кр}$ ) РПД, що у підсумку проявилось зростанням клініко-ентропійного показника цього акцептор-індикатора ( $h_{абс}$ ) у групі пацієнтів з РПД та забезпечило досягнення ефективності корекції на рівні 19,1%;

- зменшенням кількості осіб з діагностично значимим підвищеним рівнем нейротизму (відповідно, до лікування –  $(93,6 \pm 3,6)\%$ , після –  $(46,8 \pm 7,3)\%$ ,  $p > 0,05$ ) та достовірним зменшенням виразності цього акцептор-індикатора з  $(20,0 \pm 0,21)$  б. до  $(17,1 \pm 0,32)$  б.,  $p < 0,01$ . Відповідно, зменшився стандартизований індекс клінічної виразності акцептор-індикатора ( $V_{ст}$ ) та індекс клінічної реалізації ( $I_{кр}$ ) РПД, що у підсумку проявилось зменшенням клініко-ентропійного показника цього акцептор-індикатора ( $h_{абс}$ ) у групі пацієнтів з РПД та забезпечило досягнення ефективності корекції на рівні 16,2%.

Ефективність застосованої когнітивно-біхевіоральної терапії серед 9 осіб з підвищеним КВР на тлі соматогенного астеничного симптомокомплексу:

- тенденцією до зменшення кількості осіб зі зниженим рівнем самопочуття (відповідно, до лікування –  $(77,8 \pm 13,9)\%$ , після –  $(44,4 \pm 16,6)\%$ ,  $p > 0,05$ ) та зменшення виразності цього акцептор-індикатора з  $(3,80 \pm 0,21)$  б. до  $(3,61 \pm 0,26)$  б.,  $p > 0,05$ . Відповідно, зменшився стандартизований індекс клінічної виразності акцептор-індикатора ( $V_{ст}$ ) та зріс індекс клінічної реалізації ( $I_{кр}$ ) САСК, що забезпечило досягнення ефективності корекції на рівні 25,0%;

- зменшенням кількості осіб зі зниженим рівнем настрою (відповідно, до лікування –  $(55,6 \pm 16,6)\%$ , після –  $(33,4 \pm 15,7)\%$ ,  $p > 0,05$ ) та зменшення виразності цього акцептор-індикатора з  $(3,59 \pm 0,11)$  б. до  $(3,02 \pm 0,16)$  б.,  $p < 0,001$ . Відповідно, зменшився на 15,0-17,0% стандартизований індекс клінічної виразності акцептор-індикатора ( $V_{ст}$ ) та практично вдвічі - індекс клінічної реалізації ( $I_{кр}$ ) САСК, що у підсумку проявилось зменшенням клініко-ентропійного показника цього акцептор-індикатора ( $h_{абс}$ ) у групі пацієнтів з САСК та забезпечило досягнення ефективності корекції на рівні 12,9%;

- тенденцією до зменшення кількості осіб зі зниженим рівнем буденної активності (відповідно, до лікування –  $(66,7 \pm 15,7)\%$ , після –  $(33,3 \pm 15,7)\%$ ,  $p > 0,05$ ) та зменшення виразності цього акцептор-індикатора з  $(4,03 \pm 0,21)$  б. до

## Актуальні проблеми сучасної медицини

(3,78±0,13)б.,  $p>0,05$ . Відповідно, зменшився на 5,0% стандартизований індекс клінічної виразності акцептор-індикатора ( $V_{ст}$ ) та зріс індекс клінічної реалізації ( $I_{кр}$ ) САСК, що у підсумку проявилось зменшенням клініко-ентропійного показника цього акцептор-індикатора ( $h_{абс}$ ) у групі пацієнтів з САСК та забезпечило досягнення ефективності корекції на рівні 34,9%;

- відсутністю зміни частоти осіб з високим та дуже високим рівнем реактивної тривожності (відповідно, до лікування – (66,7±15,7)%, після –

(44,4±16,6)%,  $p<0,05$ ) та зменшення виразності цього акцептор-індикатора з (38,0±0,14)б. до (37,4±0,16)б.,  $p<0,05$ . Відповідно, зменшився стандартизований індекс клінічної виразності акцептор-індикатора ( $V_{ст}$ ) та зріс індекс клінічної реалізації ( $I_{кр}$ ) САСК, що проявилось у зменшенні клініко-ентропійного показника ( $h_{абс}$ ) у групі пацієнтів з САС після лікування та забезпечило досягнення ефективності корекції на рівні 10,8%;

Таблиця  
Динаміка відхилень показників психоемоційного стану на етапах застосування когнітивно-біоевіоральної терапії осіб молодого віку з реакціями психічної дезадаптації та соматогенним астеничним симптомокомплексом

№ п/п	Показники	Пацієнти з пКВР у поєднанні з РПД ( <sup>1</sup> n=47)		Пацієнти з пКВР у поєднанні з САСК ( <sup>2</sup> n=9)		
		до лікування	після лікування	до лікування	після лікування	
1.	Самопочуття	V, бали	3,80±0,12	3,41±0,17	3,80±0,21	3,61±0,26
		$D_n$ , осіб	29	18	7	4
		$P\pm m$ , %	61,7±7,1	38,3±7,1 <sup>a</sup>	77,8±13,9	44,4±16,6
		$V_{ст}$ , од	0,704	0,630	0,704	0,667
		$I_{кр}$	0,434	0,241	0,547	0,704
		$h_{абс}$ , біт	0,523	0,495	0,476	0,357
	$I_{ке}$ , %	<b>5,3</b>		<b>25,0</b>		
2.	Настрій	V, бали	3,61±0,18	3,12±0,14	3,59±0,11	3,02±0,16
		$D_n$ , осіб	25	10	5	3
		$P\pm m$ , %	53,2±7,3	21,3±6,0 <sup>a</sup>	55,6±16,6	33,4±15,7
		$V_{ст}$ , од	0,706	0,607	0,710	0,588
		$I_{кр}$	0,375	0,129	0,392	0,196
		$h_{абс}$ , біт	0,531	0,382	0,530	0,461
	$I_{ке}$ , %	<b>28,1</b>		<b>12,9</b>		
3.	Активність	V, бали	4,08±0,11	3,71±0,09	4,03±0,21	3,78±0,13
		$D_n$ , осіб	31	22	6	3
		$P\pm m$ , %	66,0±6,9	46,8±7,3 <sup>a</sup>	66,7±15,7	33,3±15,7
		$V_{ст}$ , од	0,800	0,740	0,800	0,760
		$I_{кр}$	0,528	0,654	0,533	0,747
		$h_{абс}$ , біт	0,487	0,401	0,484	0,315
	$I_{ке}$ , %	<b>17,6</b>		<b>34,9</b>		
4.	Реактивна тривожність	V, бали	40,1±0,09	38,6±0,06	38,0±0,14	37,4±0,16
		$D_n$ , осіб	26	19	6	4
		$P\pm m$ , %	55,3±7,3	40,4±7,2	66,7±15,7	44,4±16,6
		$V_{ст}$ , од	0,889	0,844	0,844	0,822
		$I_{кр}$	0,492	0,659	0,563	0,635
		$h_{абс}$ , біт	0,504	0,397	0,467	0,416
	$I_{ке}$ , %	<b>21,2</b>		<b>10,8</b>		
5.	Особистісна тривожність	V, бали	47,9±0,12	48,1±0,11	44,2±0,23	43,3±0,10
		$D_n$ , осіб	28	20	6	3
		$P\pm m$ , %	59,6±7,2	42,6±7,2 <sup>a</sup>	66,7±15,7	33,3±15,7
		$V_{ст}$ , од	1,067	1,067	0,978	0,956
		$I_{кр}$	0,365	0,546	0,652	0,681
		$h_{абс}$ , біт	0,531	0,477	0,402	0,377
	$I_{ке}$ , %	<b>19,1</b>		<b>6,3</b>		
6.	Нейротизм	V, бали	20,0±0,21	17,1±0,32	17,0±0,10	17,1±0,10
		$D_n$ , осіб	44	39	4	3
		$P\pm m$ , %	93,6±3,6	83,0±5,5	44,4±16,6	33,3±15,7
		$V_{ст}$ , од	1,250	1,063	0,941	0,941
		$I_{кр}$	0,170	0,118	0,418	0,314
		$h_{абс}$ , біт	0,435	0,364	0,526	0,525
	$I_{ке}$ , %	<b>16,2</b>		<b>0,2</b>		
Уцілому	$h_{абс}$ , біт	2,486±0,017	2,020±0,024 <sup>a</sup>	2,408±0,021	2,094±0,034 <sup>a</sup>	
	$I_{ке}$ , %	<b>18,7±1,0</b>		<b>13,1±4,7</b>		

Примітки: <sup>a</sup> – достовірні відмінності ( $p<0,05$ ) до та після КБК; V – виразність ознаки;

$D_n$  – абсолютна кількість пацієнтів з діагностично значимим рівнем;  $P\pm m$  – частота діагностування акцептор-індикатора;  $V_{ст}$  – стандартизований індекс клінічної виразності акцептор-індикатора;  $I_{кр}$  – індекс клінічної реалізації;  $h_{абс}$  – клініко-ентропійний показник відповідного акцептор-індикатора;  $I_{ке}$  – індекс клінічної ефективності застосування КБК

- тенденцією до зменшення кількості осіб з високими рівнями особистісної тривожності (відповідно, до лікування –  $(66,7 \pm 15,7)\%$ , після –  $(33,3 \pm 15,7)\%$ ,  $p > 0,05$ ) та виразністю цього акцептор-індикатора (відповідно, до лікування  $(44,2 \pm 0,23)$ б. до  $(43,3 \pm 0,10)$ б.,  $p < 0,05$ . Відповідно, змінився стандартизований індекс клінічної виразності акцептор-індикатора ( $V_{ст}$ ) та зріс індекс клінічної реалізації ( $I_{кр}$ ) САСК, що у підсумку проявилось зростанням клініко-ентропійного показника цього акцептор-індикатора ( $h_{abc}$ ) у групі пацієнтів з САСК та забезпечило досягнення ефективності корекції лише на рівні 6,3%;

- тенденцією до зменшення кількості осіб з діагностично значимим підвищеним рівнем нейротизму (відповідно, до лікування –  $(66,7 \pm 15,7)\%$ , після –  $(33,3 \pm 15,7)\%$ ,  $p > 0,05$ ) та достовірним зменшенням виразності цього акцептор-індикатора з  $(44,2 \pm 0,23)$ б. до  $(43,3 \pm 0,10)$ б.,  $p < 0,05$ . Відповідно, дещо зменшився стандартизований індекс клінічної виразності акцептор-індикатора ( $V_{ст}$ ) та зріс індекс клінічної реалізації ( $I_{кр}$ ) САСК, що у підсумку проявилось зменшенням клініко-ентропійного показника ( $h_{abc}$ ) та забезпечило досягнення ефективності корекції на рівні 6,3% (рис.).

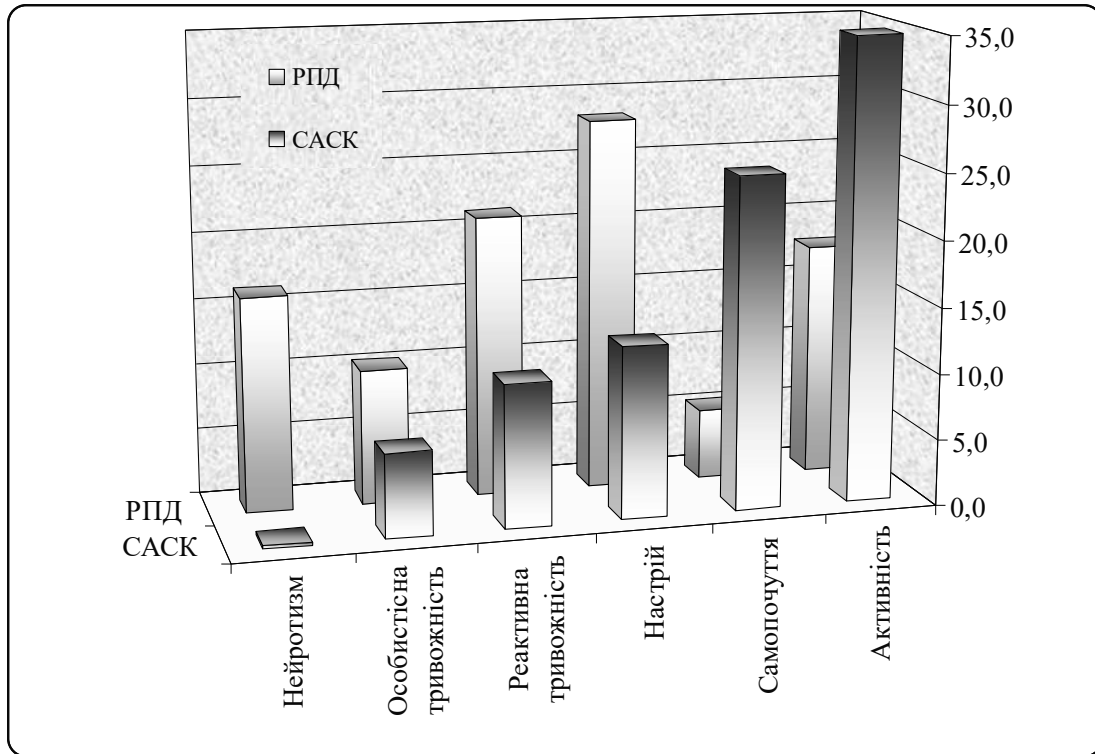


Рис. Ефективність (%) когнітивно-біхевіоральної терапії у пацієнтів з підвищеним кардіоваскулярним ризиком: динаміка змін акцептор-індикаторів при реакціях психічної дезадаптації та соматогенному астеничному симптомокомплексі.

### Висновки

Серед осіб з підвищеним КВР та РПД найбільш ефективним виявився вплив КБК на підвищення настрою та зниження частоти і рівня особистісної тривожності; у цілому КБК характеризувалась узагальненим показником ефективності на рівні  $(18,7 \pm 1,0)\%$ . Серед осіб з підвищеним КВР та САСК найбільш ефективним виявився вплив КБК на зростання рівня буденної активності та самопочуття; у цілому КБК характеризувалась узагальненим показником ефективності на рівні  $(13,1 \pm 4,7)\%$ . Отже, селективно-диференційований вплив КБК серед пацієнтів з підвищеним КВР, коморбідним з неспсихотичними розладами психічної сфери дозволяє забезпечувати медико-психологічну складову зниження КВР.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням особливостей медико-психологічного супроводу пацієнтів з підвище-

ним КВР, коморбідним з іншими неспсихотичними розладами психічної сфери.

### Література

1. Горбась І.М. Шкала SCORE у клінічній практиці: переваги й обмеження / І.М. Горбась // Здоров'я України. - 2008. - № 11 (1). - С. 40-41.
2. Личко А.Е. Медико-психологічне обстеження соматических больных / А.Е. Личко, Н.Я. Иванов // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1980. - Т.80, № 8. - С. 1195-1198.
3. Нетяженко В.З. Пацієнт високого кардіоваскулярного ризику: як покращити прогноз / В.З. Нетяженко, О.Г. Пузанова // Внутрішня медицина. - 2008. - № 5-6. - С. 123-129.
4. Панченко М.С. Акцептор-індикатори поведінково-когнітивної корекції кардіоваскулярного ризику у молодому віці / М.С. Панченко // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: Збірник наукових праць. - 2014. - Вип. 4 (124). - С. 242-250.
5. Панченко М.С. Кардіоваскулярний ризик та неспсихотичні порушення психічної сфери: медико-психологічний контент / М.С. Панченко // Вісник проблем біології і медицини. - 2014. - Вип. 3, Т. 2 (111). - С. 207-210.
6. Панченко М.С. Кардіоваскулярний ризик у молодому віці: частота та клінічні варіанти соматогенного астеничного симптомокомплексу / М.С. Панченко // Вісник проблем біології і медицини. - 2014. - Вип. 3, Т. 3 (112). - С. 183-186.

7. Панченко М.С. Прогностичне значення медико-психологічних факторів в оцінці серцево-судинного ризику / М.С. Панченко // Вісник проблем біології і медицини. - 2013. - Вип. 4, Т. 1 (104). - С. 193-197.
8. Панченко М.С. Психопатологічні симптоми при різних варіантах неспихотичних порушень у пацієнтів з підвищеним кардіоваскулярним ризиком / М.С. Панченко // Вісник проблем біології і медицини. - 2014. - Вип. 4, Т. 2 (114). - С. 172-176.
9. Панченко М.С. Реакції психічної дезадаптації в контексті обґрунтування диференційованого медико-психологічного супроводу пацієнтів з кардіоваскулярним ризиком / М.С. Панченко // Вісник проблем біології і медицини. - 2014. - Вип. 4, Т. 1 (113). - С. 168-171.
10. Приходько В.Ю. Пациент высокого риска - кто он? / В.Ю. Приходько // Здоров'я України. - 2010. - № 3. - С. 18-19.
11. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Заг. ред. В.М.Москаленко, Ю.В. Вороненко - Тернопіль, 2002. - С. 50-75.
12. Шальнова С.А. Оценка суммарного риска сердечно-сосудистых заболеваний. Комментарии к европейским рекомендациям по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний / С.А. Шальнова, О.В. Вихирева // Рациональная фармакотерапия. - 2005. - № 3. - С. 54-56.
13. Bhatt D.L. International prevalence, recognition, and treatment of cardiovascular risk factors in outpatients with atherothrombosis / D.L. Bhatt, P.G. Steg, E.M. Ohman // JAMA. - 2006. - № 295. - P. 180-189.

### Реферат

КОГНИТИВНО-БИХЕВИОРАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА: ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕАКЦИЯМИ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ И СОМАТОГЕННЫМ АСТЕНИЧЕСКИМ СИМПТОМОКОМПЛЕКСОМ

Панченко Н.С.

Ключевые слова: медицинская психология, кардиоваскулярный риск, когнитивно-бихевиоральная коррекция.

В исследовании 47 пациентов с реакциями психической дезадаптации и 9 - с соматогенным астеническим симптомокомплексом и коморбидным с КВР, применена КБК. По результатам лечения выявлено, что среди лиц с повышенным КВР и РПД наиболее эффективным было влияние КБК на повышение настроения и снижения уровня и частоты личностной тревожности; в целом, КБК характеризовалась обобщённым показателем эффективности на уровне  $(18,7 \pm 1,0)\%$ . Среди лиц с повышенным КВР и САСК наиболее эффективным зарегистрировано влияние КБК на возрастание уровня активности и уровня самочувствия; в целом, КБК характеризовалась обобщённым показателем эффективности на уровне  $(13,1 \pm 4,7)\%$ . Продемонстрировано, что селективно-дифференцированное влияние КБК среди пациентов с повышенным КВР, который коморбиден с неспихотическими расстройствами психической сферы, позволяет обеспечивать медико-психологическую составляющую снижения КВР.

### Summary

COGNITIVE AND BEHAVIOURAL CORRECTION OF CARDIOVASCULAR RISK: ESTIMATION OF ITS EFFICIENCY FOR PATIENTS WITH REACTIONS OF MENTAL DEADAPTATION AND SOMATOGENIC ASTHENIUM SYMPTOM COMPLEX

Panchenko N.S.

Key words: medical psychology, cardiovascular risk, cognitive-behavioural correction.

This article describes the effects produced by cognitive-behavioural correction (CBC) on 47 patients with reactions of mental deadaptation and 9 patients with somatogenic asthenia symptom complex and comorbid cardio-vascular reactions. According to the results of the treatment, it has been revealed that among the people with increased CVR and reactions of mental disadaptation, CBC produced the most marked effective on the mood improvement and decreased the level and frequency of personal anxiety. The CBC was characterized by efficiency at the level of  $18.7 \pm 1.0\%$ . Among the patients with elevated CVR and somatogenic asthenia symptom complex (SACS), the effect of CBC on the increase in the level of activity and well-being was the most pronounced. For these patients, the CSC was characterized by a generalized indicator of efficiency at the level  $13.1 \pm 4.7\%$ . It has been demonstrated that the selectively differentiated effect of CBC for the patients with elevated CVR, which is comorbid with nonpsychotic mental disorders makes it possible to provide the medical and psychological assistance for CVR reduction.