

*А.И. Алёхин, Л.А. Сорокин,
Е.А. Трифонова, А.В. Чернорай*

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ АДАПТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ*

Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена;
Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы, Санкт-Петербург;
Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический
институт им. В.М. Бехтерева

Введение

Включение мероприятий по коррекции психологических факторов риска рецидива и дезадаптации больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), в настоящее время признается важной предпосылкой эффективности лечебного и реабилитационного процессов [1, 22, 45, 55]. Очевидно, что это обусловлено психотравмирующим характером витальной угрозы и резким изменением жизненных перспектив при ИМ, способствующих развитию расстройств психической адаптации, негативным влиянием этих расстройств на течение заболевания и прогноз, зависимостью результатов лечения от отношения пациента к болезни, его готовности следовать медицинским рекомендациям.

Проблема психосоматических-соматопсихических соотношений при ишемической болезни сердца исследована весьма глубоко как в связи с высокой распространенностью данного заболевания, так и в связи с тем, что именно при патологии сердечно-сосудистой системы эти соотношения являют себя наиболее отчетливо [18]. В то же время литература, посвященная данному вопросу, отражает его преимущественно клинко-психопатологическое видение, при котором на первый план выступают феномены нервно-психических расстройств, психопатологических синдромов и патохарактерологических отклонений. Значительно меньше внимания уделяется особенностям переживания личностью ситуации болезни

и лечения, закономерностям адаптации к изменившимся обстоятельствам жизни то есть психологическому аспекту проблемы. А вместе с тем именно интелляция к личности является ключевым принципом реабилитации и именно на основе знаний о способах взаимодействия личности с психотравмирующей ситуацией и о динамике переживания осуществляется психологическая помощь каждому конкретному пациенту.

Нынешнее исследование определило цель настоящего аналитического обзора литературы: систематизация данных научных исследований, отражающих различные этапы формирования условий развития ИМ и адаптации личности к ситуации болезни.

Основное содержание

Преморбидные психологические факторы риска у больных, перенесших ИМ: «стихийный» пациент с ИМ. Опыт клиницистов и эмпирические исследования свидетельствуют о том, что пациенты с ИМ – это группа, сформированная неслучайно не только по биомедицинским, но и по психосоматическим характеристикам, которые, безусловно, оказывают влияние и на процесс адаптации пациента к заболеванию. Эти характеристики, по сути – факторы риска, взаимосвязаны, но условно могут быть систематизированы следующим образом:

- традиционные поведенческие факторы риска (курение, дезадаптивные стереотипы питания, гиподинамия и др.);
- эмоциональные и личностные факторы риска (склонность к переживанию определенных эмоциональных состояний, аффективные нарушения, устойчивые социальные формы поведения);
- ситуационные факторы риска (стрессогенные ситуации, социальный контекст).

В отношении традиционных поведенческих факторов риска ИМ следует отметить, что в их формировании ведущая роль отводится системе устойчивых представлений личности, касающихся образа жизни. В ряде исследований показано прогностическое значение таких психологических конструктов, как информированность о мерах профилактики, количество препятствий к соблюдению норм здорового образа жизни, способность к планированию и самоконтролю, субъективная оценка положительных и отрицательных сторон медицинских рекомендаций, а также личной способности их выполнять, представление о социальной желательности профилактического поведения, о риске неблагоприятных последствий невыполнения медицинских рекомендаций, о мере личного влияния и влияния

* Статья подготовлена при поддержке гранта Президента РФ МК-2076.2012.6

внешних обстоятельств на состояние здоровья (локус контроля здоровья/болезни) [50]. Безусловно, сам факт ИМ способен привести существенные коррективы в систему представлений, однако данные о недостаточной приверженности пациентов медицинским рекомендациям в постинфарктный период [23] свидетельствуют, что в значительной мере когнитивные детерминанты недостаточной заботы о здоровье сохраняют свою актуальность. Помимо этих очевидных факторов риска ИМ внимание исследователей привлекают личностные механизмы формирования предрасположенности к заболеваниям сердца.

Следует отметить, что поиск психологических факторов патогенеза сердечно-сосудистых заболеваний, включая ИМ, – область исследований, имеющая весьма глубокие корни в ортодоксальной психосоматике, ведущей начало от работ З. Фрейда. Попытки описать «коронарную личность» характерны для классиков психоаналитически ориентированной психосоматической медицины [47]. При всем разнообразии подходов авторы сходятся в описании общего в поведении и внутриличностных конфликтах пациентов с ИБС – присутствие настойчивых агрессивных импульсов, блокируемых тревогой и социальной нормативностью. Ведущим психологическим аспектом симптомообразования, соответственно, выступает хроническое подавление гнева.

В дальнейшем развитии данной области исследований значительную роль сыграли разработки американских кардиологов М. Friedman и R. Rosenman. В 1960-е гг. ими был выделен и описан паттерн поведения, независимо от других известных факторов риска двукратно повышающий вероятность развития ишемической болезни сердца, – так называемый поведенческий тип А, характеризующийся разнообразными проявлениями сверхвовлеченности в работу (или другую деятельность), амбициозности, соревновательности, нетерпеливости, агрессивности, стремления к доминированию [17]. В дальнейшем в структуре этого поведенческого стереотипа был выделен психологический конструкт враждебности, которая рассматривается как комплекс устойчивых антагонистических установок по отношению к окружающим [8]. В исследованиях было показано, что выраженные черты враждебности в среднем в 2 раза повышают риск развития ИМ вне зависимости от других известных факторов риска [28].

Среди опосредующих данную зависимость факторов выделяют, с одной стороны, сочетание враждебности с традиционными поведенческими факторами риска (курение, алкоголизация, «нездоровое» питание и т.д.), с другой стороны, комплекс характеристик, отражающих стрессовую

нагрузку и особенности стрессовых реакций, в частности повышенный уровень стресса, обусловленный межличностной напряженностью, склонность к переживанию чувства гнева, патогенные эффекты катехоламинов и глюкокортикоидов на фоне нейроэндокринной гиперреактивности в стрессовых ситуациях [24, 41].

Роль стресса и негативных эмоций в провокации обострений заболеваний сердца хорошо известна из практического житейского опыта. Она получает подтверждение и в научных работах [16, 21]. Проведя систематический обзор исследований (за 1970–2004 гг.) поведенческих и эмоциональных триггеров острого коронарного синдрома, P.C. Strike, A. Steptoe [62] заключают, что в настоящее время есть адекватные эмпирические основания для вывода о роли эмоционального стресса, переживания гнева и чрезмерного волнения в провокации острого коронарного синдрома и внезапной сердечной смерти у лиц с неблагоприятными предрасполагающими факторами (сердечно-сосудистыми заболеваниями).

В нескольких исследованиях с использованием дневниковых самоотчетов об эмоциональном состоянии в течение дня и за 15 минут – 2 часа до приступа было показано, что острый коронарный синдром чаще развивается на фоне переживания гнева [62]. Аффектам гнева отводится ведущая роль в случае эмоциональной провокации ИМ, однако важными также признаются любые варианты эмоционального перенапряжения. Эпидемиологические данные свидетельствуют о резком возрастании госпитализаций в связи с ИМ в дни стихийных бедствий, террористических актов, в утренние часы поделельников, в дни значимых спортивных состязаний (обострения сердечно-сосудистых заболеваний чаще наблюдаются у болельщиков проигравшей стороны) [62].

В рамках мультицентрового исследования INTERHEART [25], охватившего 24 767 человека – жителей 52 стран, было установлено, что лица, пережившие первый ИМ, в сравнении с контрольной группой, ретроспективно в 1,5 раза чаще отмечают периоды значительной напряженности на работе и дома, а также в 2 раза – хронический стресс. Весьма показательны также результаты мультицентрового исследования «Determinants of Myocardial Infarction Onset Study». По результатам опроса 1985 пациентов, госпитализированных в связи с ИМ, было установлено, что в течение предшествовавших ИМ 6 мес 13,6 % больных потеряли близкого человека, причем у 1 % (19 из 270) этих пациентов утрата произошла в день развития ИМ. При сравнительном анализе было установлено, что риск ИМ в день потери

близкого человека повышен в 21,1 раза и постепенно снижается с каждым последующим днем [60].

Таким образом, период, предшествующий развитию ИМ, нередкоотягощен психотравмирующими событиями. Их патогенное влияние усиливают недостаточность социальной поддержки, социальная изоляция, депрессивные состояния, рассматриваемые как самостоятельные факторы риска ИМ, а также отмеченные выше эмоциональная возбудимость и склонность к восприятию событий и поведения других людей как угрожающих [6, 61].

Обобщая, можно заключить, что среди пациентов, перенесших ИМ, относительно более высока вероятность встретить лиц:

- с несформированной мотивацией к поддержанию здорового образа жизни;
- перенесших острую психотравму;
- испытывающих хронический стресс (в профессиональной деятельности, семейной жизни, повседневной активности);
- с депрессивным состоянием;
- испытывающих недостаточность социальной поддержки либо одиноких;
- с чертами враждебности и склонностью к доминированию, обуславливающих трудности установления и поддержания доверительных отношений.

Очевидно, что как личностные черты и установки, так и стрессогенные обстоятельства жизни пациента могут сохранять свою актуальность в постинфарктный период, влияя на формирование отношения пациента к болезни и лечению и особенности процесса адаптации к изменившимся жизненным обстоятельствам.

Психическая адаптация в раннем постинфарктном периоде: личностные реакции пациентов на болезнь и госпитализацию. Исследования свидетельствуют, что ИМ – значительное испытание для адаптационных возможностей личности. В клинко-психопатологическом аспекте у пациентов выявляются расстройства адаптации тревожного, депрессивного либо смешанного тревожно-депрессивного характера [3, 9]. Эти расстройства достоверно чаще встречаются у женщин, в старших возрастных группах, а также у пациентов с низким социально-экономическим статусом.

В раннем постинфарктном периоде симптомы тревоги характерны для 70–80 % пациентов, а клинически значимые тревожные состояния, по разным оценкам, для 17–60 %. Максимальная выраженность тревоги при-

ходится на первые 12 ч с момента развития ИМ, отражая эмоциональную реакцию на жизнеугрожающую ситуацию, однако в дальнейшем, несмотря на дезактуализацию угрозы, стойкая тревога в течение года после перенесенного ИМ сохраняется у 20–25 % [3, 48].

Симптомы расстройств депрессивного спектра выявляются, по данным ригных авторов, у 10–65 % пациентов, госпитализированных по поводу ИМ, при этом до 22 % из них имеют клинически оформленное депрессивное расстройство [3].

В психологическом отношении большинство пациентов, перенесших ИМ, характеризуется высокой эмоциональной вовлеченностью в ситуацию болезни, сниженным фоном настроения с доминированием навязчивых опасений и страхов, чувства подавленности, трудностями принятия факта болезни [4, 12]. Такие реакции наиболее вероятны в тех случаях, когда ИМ оказывается первым проявлением ИБС, сопровождается выраженным болевым синдромом, при наличии неоднократных коронарных катастроф в анамнезе, при наступлении инвалидности в среднем возрасте (до 65 лет), о сложном течении ИМ [7]. Наибольшее психотравмирующее воздействие на больных в подостром периоде ИМ оказывают такие кардиологические проявления, как болевой синдром, снижение переносимости физических нагрузок, обширность ИМ, аритмии, другие осложнения ИМ и их неблагоприятная динамика [4].

Высокая актуальность для пациентов физического дискомфорта и тревожная оценка перспективы нередко сочетаются с недостаточной информированностью когнитивного компонента отношения к болезни – низкой осведомленностью о сути заболевания и рекомендуемом образе жизни, противоречивостью оценок тяжести состояния, перспектив, защитным игнорированием отдельных медицинских сведений, общей растерянностью. Так, например, по результатам опроса пациентов, проходящих стационарную реабилитацию, А.Д. Куимов и соавт. [23] отмечают общую низкую информированность пациентов о болезни, в особенности в отношении поведения при стрессовой ситуации и значимости контроля биохимических показателей крови. Только треть пациентов осведомлены о необходимости вызова скорой медицинской помощи при приступе загрудинных болей, продолжающихся более 20 минут; о принципах здорового питания и рекомендуемой физической нагрузки информирована половина пациентов. Чаще всего среди причин развития ИМ пациенты указывают перенапряжение на работе, курение, волнения, малоподвижный образ жизни, при этом

наиболее упоминаемыми являются относительно менее традиционные факторы риска, связанные со стрессом [37].

Гипо- или анозогнозические реакции, проявляющиеся отрицанием факта болезни либо преуменьшением тяжести состояния, выявляются лишь у незначительного числа пациентов [12], но и при гипернозогнозических реакциях типичным является несогласованность в установках пациентов, неустойчивость мотивации к соблюдению медицинских рекомендаций на фоне общей эмоциональной нестабильности. Так, например, несмотря на преобладание адаптивных стратегий совладания со стрессом у пациентов, перенесших ИМ, эти стратегии отражают преимущественно усилия по изменению отношения к ситуации и эмоциональной саморегуляции, в поведенческом же аспекте адаптивные тенденции выражены в значительно меньшей мере [4].

Ряд авторов подчеркивает высокую напряженность у пациентов механизмов психологической защиты, определяющих искаженное восприятие болезни вне зависимости от уровня информированности. Весьма интересны в связи с этим результаты британского исследования, проведенного в 1970-е гг. H.S. Стоог и соавт. [29]. Обследовав 345 мужчин в возрасте 30–60 лет, перенесших первый ИМ, авторы установили, что 20 % пациентов перед выпиской (то есть через 3 недели пребывания в стационаре) отрицают факт сердечного приступа. У таких пациентов была выявлена общая тенденция к игнорированию информации, касающейся жизнеугрожающих состояний, в частности они чаще отрицали, что среди их знакомых или родственников есть те, кто страдает заболеваниями сердца, были склонны преуменьшать соматические жалобы и чаще планировали скорейшее возвращение к трудовой активности, признавая при этом возможность несоблюдения медицинских рекомендаций.

В личностном отношении такие пациенты чаще отрицали у себя наличие социально неодобряемых характерологических особенностей (эгоцентризм, раздражительность, вспыльчивость и т. п.), а также каких-либо трудностей или конфликтов в супружеских отношениях. В дальнейших исследованиях были выделены специфические компоненты гипонозогнозии – отрицание факта болезни, отрицание ее последствий, отрицание эмоциональной реакции на заболевание и др. Большинство исследователей рассматривает такие гипонозогнозические тенденции как способ преодоления тревоги в актуальной остро-психотравмирующей ситуации [30, 31]. Косвенно это подтверждают данные I. Fukunishi и соавт. [39], которые установили, что у пациентов в подостром периоде ИМ более выражены трудно-

сти в вербализации эмоций и чувств (алекситимия), нежели у пациентов в отдаленном постинфарктном периоде.

Значительная роль в формировании условий для адаптации пациента к болезни отводится поддержке со стороны ближайшего окружения. Известно, что близкие пациентов/пациенток, перенесших ИМ, испытывают значительный дистресс и чувство беспомощности, в большинстве случаев преобладающий таковой у самих пациентов [49]. При этом тревога и подавленность супруги/супруга, ограничивая их способность оказывать поддержку, негативно сказывается на процессе адаптации пациентов к болезни, определяя пессимистическую оценку перспективы и возрастающую неудовлетворенность супружескими взаимоотношениями. Обеспокоенность и чувство вины может формировать у ближайшего окружения гиперэмоциональный стиль взаимодействия с пациентом.

Так, например, С. Boutin-Foster [27], опросив 59 пациентов, госпитализированных в связи с острым коронарным синдромом, систематизировала наиболее типичные проявления «проблематичной» поддержки, оказываемой родственниками больных, описав их в контексте известных следствий благих намерений: чрезмерно частные телефонные звонки, избыточная эмоциональность и тревожность близких в связи с болезнью, «непрощенные» советы и предложения, «абстрактные» советы, попытки полностью ограничить активность пациента. Данные относительно последствий гиперопеки со стороны близких в постинфарктный период весьма противоречивы: есть свидетельства как негативного влияния чрезмерной заботы на эмоциональное состояние и социальную реадaptацию пациентов [27], так и существенной пользы в отношении медицинского и психологического прогноза [58], что, по-видимому, указывает на сложность личностных механизмов оказания и принятия помощи.

В целом, проведенные исследования позволяют заключить, что:

- в подостром периоде ИМ происходит значительное напряжение защитно-приспособительных механизмов личности, что проявляется в развитии тревожно-депрессивных состояний либо игнорировании потенциально психотравмирующих аспектов ситуации;
- в раннем постинфарктном периоде пациенты преимущественно не способны интегрировать опыт болезни в систему отношений, что проявляется противоречивостью в отношении к заболеванию и будущему;
- процесс психологической адаптации к болезни пациентов, перенесших ИМ, облегчает оптимистически поддерживающая позиция ближайшего социального окружения.

Психическая адаптация в отдаленном постинфарктном периоде: жизнь после ИМ. Известно, что вне зависимости от объективных последствий для физического и социального функционирования в отдаленном катамнестическом периоде, опыт перенесенного ИМ продолжает сказываться на качестве жизни личности, хотя в целом его динамика в постинфарктный период имеет положительный характер [15, 20, 35, 36].

В 1-й год после перенесенного ИМ у трети пациентов наблюдается существенное ограничение круга социальных контактов и социальной активности [42]; далеко не все пациенты, перенесшие ИМ, возвращаются к профессиональной деятельности, а реадaptация тех, кто продолжает работать, может сопровождаться эмоциональным перенапряжением [15, 54].

В целом, процесс реадaptации протекает с большими трудностями при осложненном ИМ [20]. Группу риска также составляют женщины: у них отмечается менее выраженная положительная динамика качества жизни в постинфарктный период, меньшая вероятность возвращения к профессиональной деятельности, большая интенсивность тревожно-депрессивных проявлений на всех стадиях восстановительного периода [33]. Женщины при этом используют более разнообразные стратегии преодоления стресса болезни, но чаще, чем мужчины, стремятся не обременять близких своими проблемами со здоровьем, более склонны переживать внутрисемейный конфликт между настойчивой потребностью в поддержке и боязнью стать обузой для близких. Мужчины, в целом, легче принимают помощь супруги, более ориентированы на внутрисемейную поддержку, скорейшее возвращение к физической активности и профессиональной деятельности [43].

А.Б. Хадзегова и соавт. [20] отмечают неравномерную динамику изменения качества жизни в постинфарктный период: через 3 мес от начала заболевания качество жизни пациентов снижено главным образом за счет физических ограничений, необходимости лечения и возможного уменьшения доходов, в то время как в более отдаленной перспективе (спустя 1 год) на фоне улучшения физических возможности актуализируются трудности, связанные с ограничением в межличностных контактах.

В клиничко-психопатологическом аспекте симптомы тревоги и депрессии выявляются соответственно у 80 и 70 % пациентов, состоящих на диспансерном учете после перенесенного ИМ, клинически значимые депрессивные расстройства выявляются у 22,5 %, расстройства адаптации – у 27,5 % [11]. Переживание внезапного интенсивного стресса в момент обострения способно провоцировать развитие в отдаленном периоде по-

стративматического стрессового расстройства, проявляющегося неконтролируемым оживлением аффективно-насыщенного травматического опыта, нарушениями сна, явлениями дереализации на фоне сниженного эмоционального фона. Согласно результатам обзора M.L. Gander и R. von Känel [40], средневзвешенный показатель распространенности посттравматического стрессового расстройства у пациентов, перенесших ИМ, составляет 14,7 %.

По мере деактуализации травматического опыта обострения заболевания все большее значение приобретают поведенческие факторы риска повторного ИМ [14]. По данным ряда исследований, более 50 % куривших на момент возникновения ИМ пациентов продолжают курить в постгоспитальный период [13, 44, 52, 59], причем риск возобновления табакокурения увеличивается в долгосрочной перспективе. Так, например, по данным контингентного израильского исследования, включившего 768 курящих пациентов, перенесших ИМ, спустя 1–2 года после ИМ продолжали курить 41 % куривших ранее пациентов, спустя 5 лет – 56 %, а спустя 10–13 лет – 65 % [44]. Чаще не бросают курить после перенесенного ИМ более молодые пациенты, пациенты с более выраженной зависимостью от табакокурения, не подвергавшиеся хирургическому лечению, а также с более ограниченным кругом социальных контактов [26].

По результатам беседы и анализа 208 амбулаторных карт мужчин и женщин в возрасте 45–75 лет, перенесших ИМ (давностью от 1 мес до 1 года), было установлено, что каждый четвертый пациент из наблюдающихся в кардиодиспансере и каждый второй – в поликлинике не придерживаются диетического режима; соответственно 47 и 35,2 % не выполняют рекомендованные физические нагрузки; более половины мужчин продолжают курить [13]. В отдаленном катамнезе, спустя 10–13 лет после первого ИМ, не соблюдают рекомендации относительно диеты 64 %, относительно физической активности 56 % [34]. По результатам международного исследования «Aspirin underutilization and compliance in Cardiovascular diseases Treatment», спустя в среднем 2 года после перенесенного ИМ 41 % пациентов нарушают рекомендации по профилактическому приему ацетилсалициловой кислоты [5].

Таким образом, в отдаленном постинфарктном периоде пациенты характеризуются, с одной стороны, эмоциональными нарушениями вследствие психотравмирующего опыта болезни, ее физических и социальных осложнений, а с другой стороны, постепенным снижением мотивации к соблюдению медицинских рекомендаций, что позволяет предположить

трудности конструктивной интеграции опыта болезни в систему личностных отношений.

Психосоциальные факторы в формировании прогноза при ИМ. В исследованиях, направленных на оценку роли психосоциальных характеристик в формировании прогноза при ИМ, было установлено закономерное сходство факторов риска его развития и рецидива. Наибольшей воспроизводимостью обладают данные, отражающие влияние на качество жизни и медицинский прогноз психопатологических (депрессия, тревога) и социально-психологических (социальная поддержка) характеристик. Несколько менее однозначны результаты исследования личностных предикторов.

Согласно обзору 29 исследований за последние 25 лет, А. Meijer и соавт. [53] заключают, что есть весьма убедительные свидетельства того, что вне зависимости от других известных факторов риска депрессия в 1,6–2,7 раз повышает вероятность неблагоприятных исходов (постинфарктных осложнений и смерти) в среднесрочной перспективе (в среднем 2 года). Выраженная тревога и посттравматическое стрессовое расстройство также являются фактором риска осложнений в раннем и отдаленном постинфарктном периоде [38, 40].

По данным метааналитического исследования, пациенты с депрессивными проявлениями и клинически значимыми депрессивными расстройствами даже при отсутствии физических ограничений чаще завершают профессиональную активность после перенесенного ИМ, что может способствовать нарушению социальной адаптации и ипохондризации [51].

Социальная изоляция (ограниченный круг или низкая частота социальных контактов) и недостаточность социальной поддержки связаны с 2–3-кратно повышенным риском постинфарктных осложнений и смерти в постинфарктный период (как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе), при этом социальная поддержка способна нивелировать негативное влияние депрессии и стресса на медицинский прогноз [46]. У пациентов, использующих разнообразные источники социальной поддержки и получавших адекватную помощь от близких в период госпитализации, отмечается более выраженная положительная динамика качества жизни в течение последующего года [42]. Согласно данным проспективного швейцарского исследования, включившего 222 мужчины с ИМ в возрасте 30–60 лет, факторами риска неблагоприятного медицинского прогноза (спустя 1 год) являлись отсутствие стабильных партнерских отношений, высокий уровень профессиональной нагрузки, наличие разнообразных хронических неспецифических соматических жалоб [56].

Исследования, отражающие роль личностных характеристик в динамике постинфарктного состояния, указывают на то, что их влияние, в отличие от психопатологических и социально-психологических факторов, преимущественно на относительно менее отдаленный каминос (до 3 лет). По данным О.И. Боевой [2], полученным при лонгитюдном обследовании 228 пациентов с постинфарктным кардиосклерозом, в 2-летней перспективе наименее благоприятен медицинский прогноз у пациентов с истероидным личностным типом, проявляющимся чертами демонстративности, аффективности, эгоцентризма и инфантильности. О.Л. Барбаран и соавт. [10] установили, что поведение типа А связано с неблагоприятным годовым прогнозом у мужчин до 65 лет, перенесших ИМ.

В исследовании Е. Martens и соавт. [63] было показано, что пациенты с личностным типом D, характеризующимся сочетанием негативной аффективности и склонности подавлять эмоции в социально значимых ситуациях, подвергаются в два раза более высокому риску постинфарктных осложнений, повторного ИМ и смерти вне зависимости от других известных факторов риска, включая депрессию (при среднем каминозе 1,8 года). Похожие результаты были получены и в отношении неблагоприятных последствий враждебности [28].

Весьма противоречивые данные получены в исследованиях, раскрывающих прогностическое значение личностной реакции на заболевание. Известно, что любые варианты нарушения психической адаптации в постинфарктный период позволяют предположить дальнейшую неблагоприятную динамику качества жизни пациента [12]. Вместе с тем, в отдельных исследованиях показано [19], что приверженность медицинским рекомендациям в постгоспитальном периоде (спустя 1 год) наиболее характерна для пациенток с тревожным и сенситивным типами отношения к болезни, проявляющимися множественными опасениями, тревожной оценкой перспективы, избыточной чувствительностью к мнению окружающих в связи с болезнью.

По данным проспективной оценки, тенденция к отрицанию болезни или недооценке ее тяжести в раннем постинфарктном периоде определяет меньшую вероятность участия пациентов в программах реабилитации [30], а также склонность откладывать обращение за медицинской помощью при тревожных сердечных симптомах [57]. В то же время есть свидетельства более благоприятного медицинского и психосоциального прогноза у пациентов с гипонозогнозией [32], а также отсутствия различий в медицинском

прогнозе у пациентов, отрицающих и признающих болезнь и ее последствия [31].

Таким образом, прогнозирование качества адаптации и риска осложнений у пациентов, перенесших ИМ, на основании личностных особенностей и даже отношения к болезни в настоящее время является недостаточно разработанной медико-психологической проблемой. В проспективном исследовании С. Welin и соавт. [64], включившем 275 пациентов, вообще было установлено, что большинство личностных и социальных факторов (семейное положение, образование, уровень профессиональных нагрузок, характер супружеских отношений, тревога, степень удовлетворенности финансовым положением, раздражительность, наличие значимых событий, склонность к подавлению гнева, поведение типа А, locus контроля здоровья) полностью теряют свое прогностическое значение при катамнезе 10 лет, а среди значимых остаются лишь выраженность депрессивных симптомов и уровень социальной поддержки.

Вышесказанное позволяет заключить, что:

– психосоциальные факторы риска развития ИМ в постинфарктный период способны выступать в качестве предикторов осложнений и повторных коронарных катастроф;

– вероятны различные способы и варианты адаптации личности к ситуации болезни с разной психологической динамикой в постгоспитальном периоде, что объясняет неоднозначность результатов оценки влияния отношения к болезни на прогноз в постинфарктный период;

– с увеличением длительности катамнеза прогностическая ценность личностных характеристик пациентов, перенесших ИМ, снижается, но сохраняют свое неблагоприятное прогностическое значение отдельные психопатологические (депрессия) и социально-психологические (уровень социальной поддержки) характеристики.

Заключение

Настоящее исследование было направлено на систематизацию данных о закономерностях психологической адаптации пациентов, перенесших ИМ. Анализ литературы показал, что в раннем постинфарктном периоде у всех пациентов отмечаются признаки расстройств адаптации с преобладанием тревоги, а в дальнейшем адекватное отношение к болезни формируется не более чем у 30 %.

На всех этапах постинфарктного периода среди пациентов выделяются две полярные группы: эмоционально сверхвовлеченные в ситуацию

болезни и отрицающие либо недооценивающие ее серьезность и последствия, при этом для обеих групп характерна недостаточная осведомленность о сути заболевания и лечения. По данным исследований, в динамике ишемической болезни сердца и постинфарктного периода существенную роль играет стабильный, но относительно ограниченный круг факторов: психопатологические состояния, отдельные характеристики социальной поддержки и личности (прежде всего враждебность и склонность к переживанию чувства гнева). У мужчин выявляются несколько более выраженные психосоматические зависимости, а у женщин – в целом более выраженные нарушения качества жизни.

Следует отметить, что, раскрывая существенные особенности адаптации больных, перенесших ИМ, современные исследования выводят на первый план преимущественно «негативный» аспект этого процесса, являемый разнообразными нарушениями и отклонениями. Вне поля зрения исследований оказываются актуальные возможности и способы конструктивного преодоления пациентами психотравмирующей ситуации болезни. Возможно, именно этим объясняются противоречия в работах, освещающих проблему отношения к болезни, неоднозначные данные о «пользе» и «вреде» гипнозотозногий, а также гиперопекающего стиля взаимодействия с пациентом его ближайшего окружения. Данные противоречия усугубляются недостаточно ясной границей между психологической и клинико-психопатологической квалификацией эмоционального состояния и личностных реакций пациентов.

Остается недостаточно исследованным вопрос о том, насколько разнообразны пути приспособления пациентов к ситуации болезни в рамках выделенных относительно обобщенных вариантов адаптации, чем обусловлено отсутствие существенной динамики в отношении к болезни при повторных ИМ. Изучение данных особенностей позволило бы не только расширить представления о субъективной стороне переживания психотравмирующей ситуации болезни, значимые для установления контакта и эффективного взаимодействия с пациентами, но и обосновать дифференцированный подход в психологическом сопровождении лечебно-реабилитационного процесса в системе оказания специализированной помощи пациентам, перенесшим ИМ.

Литература

1. *Аронов Д.М.* Методология реабилитации больных инфарктом миокарда: первый (госпитальный) этап / Д.М. Аронов // Сердце. – 2003. – Т. 2. – № 2. – С. 62–67.
2. *Боева О.И.* Структура личности и прогноз после перенесенного инфаркта миокарда / О.И. Боева // Клинич. медицина. – 2006. – Т. 84, № 7. – С. 17–20.
3. *Васюк Ю.А.* Депрессия, тревога и инфаркт миокарда: все только начинается / Ю.А. Васюк, А.В. Лебедев // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2007. – Ч. I. – № 3. – С. 41–51; Ч. II. – № 4. – С. 39–45.
4. *Габбасова Э.Р.* Роль кардиологических факторов в развитии расстройств адаптации и нозогенных личностных реакций у больных, перенесших инфаркт миокарда : автореф. ... канд. мед. наук / Э.Р. Габбасова [Оренбур. гос. мед. акад.]. – Оренбург, 2009. – 24 с.
5. *Горбунов В.М.* Проблемы приверженности больных, перенесших инфаркт миокарда, профилактическому приему ацетилсалициловой кислоты. Результаты исследования АСТ / В.М. Горбунов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2010. – № 9 (5). – С. 1–7.
6. *Депрессия и риск возникновения инфаркта миокарда / И.В. Гагулин, А.В. Гафарова, В.В. Гафаров [и др.] // Мир науки, культуры, образования. – 2009. – № 5 (17) – С. 208–210.*
7. *Добровольский А.В.* Клинические особенности ишемической болезни сердца и внутренняя картина болезни / А.В. Добровольский // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2000. – Т. 100, № 1. – С. 23–27.
8. *Ениколопов С.Н.* Психология враждебности в медицине и психиатрии / С.Н. Ениколопов // Современная терапия психич. расстройств. – 2007. – № 1. – С. 231–246.
9. *Ишемическая болезнь сердца и внутренняя картина болезни (к проблеме патогенеза нозогенных реакций) – кардиологические аспекты / А.Б. Смулевич, А.Л. Сыркин, М.Ю. Дробижев [и др.] // Психокardiология. – М. : Мед. информ. аг-во, 2005. – С. 266–284.*
10. *Клиническая и прогностическая значимость типа коронарного поведения А у больных инфарктом миокарда пожилого и старческого возраста / О.Л. Барбараш, Е.А. Шаф, Н.Б. Лебедева, Н.И. Тарасов // Дальневост. мед. журн. – 2006. – № 4. – С. 8–10.*

11. *Корнетов Н.А.* Депрессивные расстройства у пациентов, перенесших инфаркт миокарда / Н.А. Корнетов, Е.В. Лебедева // Психиатрия и психофармакология. – 2003. – № 5. – С. 10–15.
12. *Корниенко В.И.* Клинико-терапевтическая динамика нозогенных реакций при инфаркте миокарда / В.И. Корниенко // Воен.-мед. журн. – 2008. – № 5. – С. 55–56.
13. *Нестеров Ю.И.* Оценка эффективности вторичной профилактики инфаркта миокарда в первичном звене здравоохранения / Ю.И. Нестеров, С.А. Макаров, О.С. Крестова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2010. – № 5. – С. 12–17.
14. *Оценка эффективности вторичной профилактики у больных, перенесших острые коронарные синдромы, на отдаленном этапе / И.Б. Рыжикова, Н.В. Погосова, И.Е. Колтунов [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2009. – Т. 8, № 7. – С. 59–63.*
15. *Петрова М.М.* Качество жизни мужчины, перенесших инфаркт миокарда / М.М. Петрова, Т.А. Айвазян, С.А. Фандюхин // Кардиология. – 2000. – № 2. – С. 65–66.
16. *Погосова Г.В.* Признание значимости психоэмоционального стресса в качестве сердечно-сосудистого фактора риска первого порядка / Г.В. Погосова // Кардиология. – 2007. – № 2. – С. 65–72.
17. *Положенцев С.Д.* Поведенческий фактор риска ишемической болезни сердца (тип А) / С.Д. Положенцев, Д. А. Руднев – Л. : Наука, 1990. – 171 с.
18. *Смулевич А.Б.* Психокardiология / А.Б. Смулевич, А.Л. Сыркин // Психич. расстройства в общ. медицине. – 2007. – № 4. – С. 4–9.
19. *Строкова Е.В.* Влияние внутренней картины болезни, копинг-стратегий и самооотношения пациенток, перенесших инфаркт миокарда, на регулярность и приверженность к длительной терапии ишемической болезни сердца / Е.В. Строкова, Е.А. Наумова, Ю.Г. Шварц // Современ. исслед. соц. пробл. [Электронный ресурс]. – 2012 – № 1 (9). – URL: <http://isrp.nkras.ru/issues/2012/1/stroкова.pdf> (дата обращения 10.02.12).
20. *Хадзегова А.Б.* Динамика психологического статуса и качества жизни больных инфарктом миокарда в зависимости от тяжести течения постинфарктного периода / А.Б. Хадзегова, Т.А. Айвазян, В.П. Померанцев // Кардиология – 1997. – № 1 – С. 68–71.
21. *Шаробаро В.И.* Роль психосоциальных факторов риска возникновения и прогрессирования ишемической болезни сердца / В.И. Шароба-

ро, Ю.В. Женчевская, Т.М. Иванов // Клинич. медицина. – 2011. – Т. 89, № 6. – С. 22–26.

22. Шхвацабая И.К. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца / И.К. Шхвацабая, Д.М. Аронов, В.П. Зайцев. – М. : Медицина, 1978. – 318 с.

23. Эффективность обучения в школе для больных, перенесших инфаркт миокарда, на стационарном этапе реабилитации / А.Д. Куимов, О.А. Филиппова, Т.В. Петрова, Н.Г. Ложкина // Сиб. мед. журн. – 2011. – Т. 26, № 1. – Вып 1. – С. 98–102.

24. Anger, Hostility, and the Heart / A.W. Siegman & T.W. Smith (Ed.) – New Jersey Hove : London ; Lawrence Erlbaum Associates, Publishers : Hillsdale, 1994. – 285 p.

25. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study / A. Rosengren, S. Hawken, S. Ounpuu [et al.] ; INTERHEART investigators // Lancet. – 2004. – Vol. 364, N 9438. – P. 953–962.

26. Berkel van T.F. Characteristics of smokers and long-term changes in smoking behavior in consecutive patients with myocardial infarction / T.F. van Berkel, M.J. van der Vlugt, H. Boersma // Prev Med. – 2000. – Vol. 31, N 6. – P. 732–741.

27. Boutin-Foster C. In spite of good intentions: patients' perspectives on problematic social support interactions / C. Boutin-Foster // Health and Quality of Life Outcomes. – 2005. – Vol. 3. – P. 52.

28. Chida Y. The association of anger and hostility with future coronary heart disease: a meta-analytic review of prospective evidence / Y. Chida, A. Steptoe // J. Am. Coll. Cardiol. – 2009. – Vol. 53, N 11. – P. 936–946.

29. Croog S.H. Denial among male heart patients. An empirical study / S.H. Croog, D.S. Shapiro, S. Levine // Psychosom Med. – 1971. – Vol. 33, N 5. – P. 385–397.

30. Denial in patients with a first-time myocardial infarction: relations to pre-hospital delay and attendance to a cardiac rehabilitation programme / U. Stenström, A.K. Nilsson, C. Stridh [et al.] // Eur. J. Cardiovasc Prev. Rehabil. – 2005. – Vol. 12, N 6. – P. 568–571.

31. Denial mechanisms in myocardial infarction: their relations with psychological variables and short-term outcome / L.G. Esteve, M. Valdés, N. Riesco [et al.] // J. Psychosom Res. – 1992. – Vol. 36, N 5. – P. 491–496.

32. Denial predicts favorable outcome in unstable angina pectoris / H. Levenston, R. Kay, J. Monteferrante, M.V. Herman // Psychosom Med. – 1984. – Vol. 46, N 1. – P. 25–32.

33. Differences in patient-reported processes and outcomes between men and women with myocardial infarction / K.E. Covinsky, M.M. Chren, D.L. Harper [et al.] // J. Gen. Intern. Med. – 2000. – Vol. 15, N 3. – P. 169–174.

34. Drory Y. [Clinical outcome and psychosocial adjustment 10–13 years after a first acute myocardial infarction: preliminary findings : Abstract] / Y. Drory, Y. Gerber // Harefuah. – 2009. – Vol. 148, N 10. – P. 688–693, 734.

35. Drory Y. Israeli Study Group on First Acute Myocardial Infarction. Long-term mental health of men after a first acute myocardial infarction / Y. Drory, S. Kravetz, G. Hirschberger // Arch. Phys. Med. Rehabil. – 2002. – Vol. 83, N 3. – P. 352–359.

36. Drory Y. Israeli Study Group on First Acute Myocardial Infarction. Long-term mental health of women after a first acute myocardial infarction / Y. Drory, S. Kravetz, G. Hirschberger // Arch. Phys. Med. Rehabil. – 2003. – Vol. 84, N 10. – P. 1492–1498.

37. Fielding R. Patients' beliefs regarding the causes of myocardial infarction: Implications for information giving and compliance / R. Fielding // Patient Education and Counseling. – 1987. – Vol. 9, N 2. – P. 121–134.

38. Frasure-Smith N. The impact of negative emotions on prognosis following myocardial infarction: is it more than depression? / N. Frasure-Smith, F. Lesperance, M. Talajic // Health Psychol. – 1995. – Vol. 14. – P. 388–398.

39. Fukunishi I. Alexithymia and defense mechanisms in myocardial infarction / I. Fukunishi, Y. Numata, M. Hattori // Psychol Rep. – 1994. – Vol. 75, N 1. – Pt 1. – P. 219–223.

40. Gander M.L. Myocardial infarction and post-traumatic stress disorder: frequency, outcome, and atherosclerotic mechanisms / M.L. Gander, R. von Känel // Eur. J. Cardiovasc Prev. Rehabil. – 2006. – Vol. 13, N 2. – P. 165–172.

41. Hostility and Increased Risk of Mortality and Acute Myocardial Infarction: The Mediating Role of Behavioral Risk Factors / S.A. Everson, J. Kauhanen, G.A. Kaplan [et al.] // Am. J. Epidemiol. – 1997. – Vol. 146, N 2. – P. 142–152.

42. Kristofferzon M.L. Coping, social support and quality of life over time after myocardial infarction / M-L. Kristofferzon, R. Löfmark, M. Carlsson // J Adv. Nurs. – 2005. – Vol. 52. – P. 113–124.

43. Kristofferzon M.L. Myocardial infarction: gender differences in coping and social support / M.L. Kristofferzon, R. Löfmark, M. Carlsson // *J. Adv. Nurs.* – 2003. – Vol. 44, N 4. – P. 360–374.

44. Long-term predictors of smoking cessation in a cohort of myocardial infarction survivors: a longitudinal study / Y. Gerber, N. Koren-Morag, V. Myers [et al.] ; Israel Study Group on First Acute Myocardial Infarction // *Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil.* – 2011. – Vol. 18, N 3. – P. 533–541.

45. Mixed treatment comparison meta-analysis of complex interventions: psychological interventions in coronary heart disease / N.J. Welton, D.M. Caldwell, E. Adamopoulos, K. Vedhara // *Am. J. Epidemiol.* – 2009. – Vol. 169, N 9. – P. 1158–1165.

46. Mookadam F. Systematic overview: social support and its relationship to morbidity and mortality after acute myocardial infarction / Mookadam F., Arthur H. // *Arch. Intern. Med.* – 2004. – Vol. 164, N 14. – P. 1514–1518.

47. Mordkoff A.M. The Coronary Personality: A Critique / A.M. Mordkoff, O.A. Parsons // *Psychosomatic Medicine.* – 1967. – Vol. 29. – P. 1–14.

48. Moser D.K. «The Rust of Life»: Impact of Anxiety on Cardiac Patients / D.K. Moser // *Am. J. Crit. Care.* – 2007. – Vol. 16, N 4. – P. 361–369.

49. Moser D.K. Role of spousal anxiety and depression in patients' psychosocial recovery after a cardiac event / D.K. Moser, K. Dracup // *Psychosom. Med.* – 2004. – Vol. 66, N 4. – P. 527–532.

50. Noar S.M. Health behavior theory and cumulative knowledge regarding health behaviors: Are we moving in the right direction? / S.M. Noar, R.S. Zimmerman // *Health Education Research.* – 2005. – Vol. 20. – P. 275–290.

51. O'Neil A. Depression as a predictor of work resumption following myocardial infarction (MI): a review of recent research evidence / A. O'Neil, K. Sanderson, B. Oldenburg // *Health Qual Life Outcomes.* – 2010. – Vol. 8. – P. 95.

52. Predictors of smoking cessation after a myocardial infarction: the role of institutional smoking cessation programs in improving success / N. Dawood, V. Vaccarino, K.J. Reid [et al.] ; PREMIER Registr Investigators // *Arch. Intern. Med.* – 2008. – Vol. 168, N 18. – P. 1961–1967.

53. Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis of 25 years of research / A. Meijer, H.J. Conradi, E.H. Bos [et al.] // *Gen. Hosp. Psychiatry.* – 2011. – Vol. 33, N 3. – P. 203–216.

54. Psychologic Distress in Postmyocardial Infarction Patients Who Have Returned to Work / C. Brisson, R. Leblanc, R. Bourbonnais [et al.] // *Psychosomatic Medicine.* – 2005. – Vol. 67, N 1. – P. 59–63.

55. Psychosocial components of cardiac recovery and rehabilitation attendance / K.M. King, D.P. Humen, H.L. Smith [et al.] // *Heart.* – 2001. – Vol. 88. – P. 290–294.

56. Psychosocial factors predict medical outcome following a first myocardial infarction. Working Group on Cardiac Rehabilitation of the Swiss Society of Cardiology / A. Hoffmann, D. Pfiffner, R. Hornung, H. Niederhauser // *Coron. Artery Dis.* – 1995. – Vol. 6, N 2. – P. 147–152.

57. Reducing delay in seeking treatment by patients with acute coronary syndrome and stroke: a scientific statement from the American Heart Association Council on cardiovascular nursing and stroke council / D.K. Moser, I.P. Kimble, M.J. Alberts [et al.] // *Circulation.* – 2006. – Vol. 114, N 2. – P. 168–182.

58. Riegel B.J. Contributors to cardiac invalidism after acute myocardial infarction / B.J. Riegel // *Coron. Artery Dis.* – 1993. – Vol. 4, N 2. – P. 215–220.

59. Rigotti N.A. Smoking cessation interventions for hospitalized smokers: a systematic review / N.A. Rigotti, M.R. Munafo, L.F. Stead // *Arch. Intern. Med.* – 2008. – Vol. 168, N 18. – P. 1950–1960.

60. Risk of acute myocardial infarction after the death of a significant person in one's life: the Determinants of Myocardial Infarction Onset Study / P. Mostofsky, M. Maclure, J.B. Sherwood [et al.] // *Circulation.* – 2012. – Vol. 125, N 3. – P. 491–496.

61. Social networks as predictors of ischemic heart disease, cancer, stroke and hypertension: incidence, survival and mortality / T.M. Vogt, I.P. Mullooly, D. Ernst [et al.] // *J. of Clinical Epidemiology.* – 1992. – Vol. 45. – P. 659–666.

62. Strike P.C. Behavioral and emotional triggers of acute coronary syndromes: a systematic review and critique / P.C. Strike, A. Steptoe // *Psychosom. Med.* – 2005. – Vol. 67, N 2. – P. 179–186.

63. Type D personality predicts clinical events after myocardial infarction, above and beyond disease severity and depression / E.J. Martens, F. Mols, M.M. Buij, J. Denollet // *J. Clin. Psychiatry.* – 2010. – Vol. 71, N 6. – P. 778–783.

64. Welin C. Independent importance of psychosocial factors for prognosis after myocardial infarction / C. Welin, G. Lappas, L. Wilhelmsen // *J. Intern. Med.* – 2000. – Vol. 247, N 6. – P. 629–639.