

Российский государственный педагогический университет им. А. И. Герцена
Кафедра клинической психологии и психологической помощи

Дубинина Е. А.

**Психическая адаптация при сердечно-сосудистых заболеваниях:
феноменология, динамика, прогноз**

Учебно-методическое пособие для врачей и медицинских психологов

Санкт-Петербург
2013

Дубинина Е. А.

Дубинина Е. А. Психическая адаптация при сердечно-сосудистых заболеваниях: феноменология, динамика, прогноз [Текст] : учеб. пособие / Е. А. Дубинина ; научная редакция А. Н. Алёхин ; РГПУ им. А. И. Герцена. – СПб.: ООО «Копи-Р Групп», 2013. – 88 с.

В учебно-методическом пособии систематизированы современные концептуальные подходы и результаты эмпирических исследований по проблеме психической адаптации пациентов с сердечно-сосудистой патологией, обобщены результаты исследований научного коллектива под руководством автора на тему «Прогноз психической и социальной адаптации пациентов с сердечно-сосудистой патологией в постгоспитальном периоде».

Автор выражает благодарность научному коллективу психологов (И.О. Чумаковой, Е.В. Андреевой, А.В. Чернорай, А.А. Дмитриевой, Е.В. Пашенко) и специалистам-кардиологам (проф. Д.С. Лебедеву, проф. О.М. Моисеевой, проф. С.А. Парцерняку, Л.А. Сорокину, Н.С. Гончаровой, Е.Н. Михайлову), принимавшим непосредственное участие в организации и реализации исследований в рамках проекта.

*Учебно-методическое пособие подготовлено
при поддержке гранта Президента РФ МК-2076.2012.6*

© Дубинина Е. А., 2013

© Алёхин А. Н., научная редакция, 2013

ISBN 978-5-

ПСИХИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ: КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Концепт адаптации в науках о человеке

В настоящее время признание необходимости целостного видения человека – в единстве его биологических, психологических и социальных характеристик – стало очевидным среди специалистов «помогающих» профессий и, прежде всего, врачей и психологов. Идеи, лежащие в основе этого подхода, безусловно, не новы, но приобрели особое звучание в контексте наук о человеке лишь в 60-70-е годы XX века, в период, который связывают с началом так называемой «гуманистической революции». Хотя, следует отметить, что уже в Уставе ВОЗ, вступившем в силу в апреле 1948 года, здоровье определялось как «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов»¹.

В методологическом плане целостное видение человека предполагает системное рассмотрение его функционирования, с учетом взаимовлияния биологических, психологических и социальных характеристик, представленности любых феноменов его жизнедеятельности на физиологическом, психологическом (когнитивном, эмоциональном, поведенческом) и социально-психологическом (социальное поведение) уровнях.

Особое практическое значение системный подход приобретает тогда, когда речь идет о приспособлении человека к непривычным условиям жизнедеятельности, когда осуществляется перестройка всей деятельности организма для достижения нового уровня условного равновесия со средой. Данные явления рассматриваются в контексте междисциплинарной концепции **адаптации**.

Концепция адаптации имеет общенаучный, междисциплинарный характер. Применение положений концепции адаптации является необходимым условием адекватного понимания функционирования любой живой системы, где основными приспособительными механизмами выступают собственно адаптация и компенсация. Адаптация заключается в перестройке структурных связей системы с целью сохранения своих функций, в то время как компенсация представляет собой реакцию системы на препятствие к адаптации, направленную на сохранение ее наиболее значимых функций за счет возмещения недостаточности одних элементов действием других. Концепция адаптации позволяет раскрыть динамический аспект жизнедеятельности человека как биопсихосоциальной целостности, закономерности развития физической и психической патологии, а также механизмы поддержания здоровья при стрессовых нагрузках.

¹ В 1984 году к перечню обязательных характеристик здоровья была добавлена независимость (автономность). Несмотря на некоторую спорность формулировки ВОЗ в части возможной «полноты» благополучия, парадигма, которую она отражает, не теряет свою актуальность.

С психологических позиций в связи с этим особое значение приобретает **психическая адаптация**.

Проблема изучения психической адаптации человека и ее нарушений является одной из традиционных для психологии. В настоящее время ее значение возрастает в связи с возрождением интереса к теории стресса как важного компонента процесса приспособления человека к все более усложняющимся условиям жизни и деятельности. Современная системная теория адаптации интегрирует различные направления исследования (биохимическое, физиологическое, психологическое, социологическое и др.) и рассматривает адаптацию как целостную, многоуровневую (включающую биологический, психологический и социальный уровни) и самоуправляемую систему, направленную на поддержание устойчивого взаимодействия индивида с окружающей средой. При этом система психической адаптации выступает как динамическая система, то есть как системно организованный процесс. По определению Ф.Б. Березина (1988), этот процесс позволяет человеку устанавливать оптимальные соотношения с окружающей средой и вместе с тем удовлетворять собственные актуальные потребности, не нарушая адекватного соответствия между его психическими и физиологическими характеристиками, с одной стороны, и требованиями среды – с другой.

Важнейшей характеристикой психической адаптации является ее активно-приспособительный характер. Принципиальным отличием функциональной деятельности системы психической адаптации человека от всех других самоуправляемых систем является наличие механизмов сознательного саморегулирования, в основе которых лежит субъективная индивидуально-личностная оценка природных и социальных воздействий на человека.

В обеспечении психической адаптации участвуют следующие взаимодействующие подсистемы:

- подсистема, обеспечивающая оптимальное соотношение между психическими и физиологическими адаптационными процессами (психофизиологическая адаптация);
- подсистема, обеспечивающая сохранение психического гомеостаза и устойчивого целенаправленного поведения (собственно психическая адаптация);
- подсистема, обеспечивающая адекватное взаимодействие с социальным окружением (социально-психологическая адаптация).

Соответственно, в зависимости от уровня рассмотрения в качестве критериев психической адаптации может выступать: стабильное психофизиологическое функционирование, эмоциональная устойчивость и целенаправленность поведения, оптимальное социальное функционирование.

Стресс и психическая адаптация: основные концептуальные подходы

Процесс адаптации начинается с нарушения равновесия в системе «организм – среда». Как правило, данное нарушение определяется через понятие **стресса**.

Как известно, понятие «стресс» было введено в 30-е годы XX века канадским исследователем Г. Селье, который впервые описал физиологические и психофизиологические составляющие «неспецифического адаптационного синдрома», его проявления и динамику.

Следует отметить, что в настоящее время в научной литературе понятие «стресс» используется в разных значениях.

- Стресс как событие, нарушающее гомеостазис, несущее дополнительную нагрузку. В этом случае стресс можно рассматривать как событие, нарушающее, отягощающее, усложняющее взаимодействие человека со средой, фактически, как «стрессор».

- Стресс как реакция или состояние психофизиологического напряжения, возникающего под влиянием сильных физических или психосоциальных воздействий. В этом смысле стресс является реакцией целостного организма на определенное событие.

- Стресс как транзактный процесс – непрерывный процесс взаимодействия индивида и окружающего мира. Такой подход разрабатывается в рамках концептуальной модели R. Lazarus.

Каждое из рассмотренных значений понятия стресса имеет концептуальную основу. При этом различные подходы к определению стресса являются скорее взаимодополняющими, определяющими целостную картину поведения человека в процессе адаптации к изменяющимся условиям жизнедеятельности.

Стресс как событие, нарушающее гомеостазис

В этом смысле понятие стресса отождествляется с понятием стрессора – внутреннего или внешнего раздражителя, источника нарушения гомеостаза. Нарушение гомеостаза возникает в зависимости от характеристик стрессора или от восприятия его организмом. В ответ на нарушение равновесия организм реагирует автоматическими адаптивными психофизиологическими ответами или (в зависимости от типа и продолжительности нарушения) адаптивными действиями, которые являются целенаправленными и осознанными (либо потенциально осознаваемыми) личностью.

Существуют определенные трудности в систематизации стрессоров, прежде всего, ввиду разнообразия потенциально стрессогенных ситуаций. Кроме того, очевидно, что любая ситуация имеет уникальное субъективное значение для каждого человека, неповторимый личностный смысл, поэтому то, что выступает как тяжелая психотравма для одного, может восприниматься другим как рядовая житейская неприятность или вообще нейтральное событие.

Несмотря на трудности формального описания стрессоров, выделение соответствующих параметров и оснований для классификации является необходимым условием для исследования особенностей преодоления личностью проблемных и кризисных ситуаций, а также оценки эффективности стресс-преодолевающего поведения.

По своему происхождению стрессоры условно делятся на:

- внутренние и внешние;
- физические, психические, социальные.

При рассмотрении локализации источника стресса выделяют стрессоры, воздействующие на индивида извне (внешние), например высокие профессиональные нагрузки, конфликтные ситуации, и внутренние стрессоры, связанные преимущественно с актуальным физическим и психическим состоянием человека, например не связанный с внешними факторами физический дискомфорт или боль, переживание чувства вины в связи с совершенным проступком и т.п.

По качеству стрессоры могут быть физическими (например, холодная вода), психическими и социальными. Разграничение между последними видами стрессоров весьма условно, поскольку любое социальное воздействие преломляется в сфере индивидуального опыта. В некоторых подходах, однако, социальный стресс выделяется в самостоятельную категорию, что позволяет подчеркнуть более широкий масштаб, общественную значимость стрессогенных событий.

В зависимости от уровня значимости (стрессогенности) и времени, необходимому личности на реадaptацию, стрессовые события систематизируются также следующим образом:

- критические жизненные или травматические события;
- повседневные сложности (трудности, неприятности) или повседневные микрострессоры (daily hassles);
- хронические стрессоры;
- хронические субтравматические стрессоры.

Стрессоры могут оцениваться по объективным и субъективным параметрам..

Объективные параметры позволяют дать условно объективную характеристику ситуации на основании критериев внешней (экспертной) оценки. К параметрам стрессовой ситуации, позволяющим оценить ее объективные характеристики, относят валентность, контролируемость / неподконтрольность, изменчивость / стабильность, определенность / неопределенность, вероятность повторения.

Субъективные параметры отражают субъективную интерпретацию ситуации личностью в контексте особенностей ее жизненного опыта и системы отношений. Субъективные параметры стрессовой ситуации совпадают с объективными, за исключением дополнительного параметра – степень субъективной новизны (опыт взаимодействия личности с похожими ситуациями). Следует отметить, что при взаимодействии личности со

стрессовой ситуацией особый интерес представляет именно субъективная картина события, поскольку она определяет доминирующие переживания и стратегию поведения человека.

Роль восприятия и оценки в процессах адаптации изучалась многими учеными. Установлено, что поведение индивида в проблемной ситуации связано с процессами ее восприятия и интерпретации и может быть частично предсказано на основании характеристик субъективной модели стрессового события и преобладающих переживаний.

При анализе любых стрессовых ситуаций необходимо учитывать их динамический характер: стрессовые ситуации могут изменять свои объективные особенности в результате действий личности или оставаться стабильными, несмотря на прилагаемые усилия. Они также подвержены изменениям как следствие собственной логики развития. Сам процесс взаимодействия личности с ситуацией чрезвычайно сложен и многогранен, восприятие ситуации и оценка ресурсов для ее преодоления могут изменяться в процессе осмысления происходящих событий, апробации различных способов поведения и коммуникативной деятельности.

Все вышеуказанное подчеркивает важность субъективного восприятия характеристик процесса и параметров стрессового события. Особое значение в каждом конкретном случае также имеет соотношение субъективной картины ситуации и ее объективных характеристик. Рассогласование субъективных и объективных характеристик стрессовой ситуации в современном когнитивно-поведенческом направлении психологии и психотерапии рассматривается как один из патогенетически значимых механизмов нарушений психической адаптации и развития психогенных расстройств. Так, например, искаженное восприятие опасности, контролируемости, понятности специфических ситуаций лежит в основе патогенеза специфических фобий. Также и сильный страх при невротической фобии переживается пациентом как имеющий низкую контролируемость, неясность и высокую негативную валентность. Тенденциозно негативное восприятие событий действительности, их значимости и контролируемости определяет предрасположенность к депрессивным расстройствам и так далее. Соответственно, анализ рассогласований между субъективными и условно объективными характеристиками событий может использоваться как прием психокоррекции и психотерапии, направленный на восстановление устойчивого взаимодействия личности со средой, нарушенного вследствие искажений восприятия.

Стресс как реакция целостного организма

Как отмечалось выше, в настоящее время общепринятым является концептуальное осмысление стресса и адаптации в контексте системной модели, где адаптация выступает как целостная, многоуровневая и самоуправляемая система, обеспечивающая поддержание устойчивого взаимодействия индивида со средой. Нарушением устойчивости этого взаимодействия и обуславливается состояние стресса.

Долгое время наиболее популярной в изучении стресса была психофизиологическая традиция, развивавшаяся на основе работ У. Кэннона и Г. Селье. Их идеи лежат в основе современного понимания механизмов влияния эмоционального состояния на деятельность организма и его реакции на воздействие стрессоров разной силы и продолжительности.

В ситуации воспринимаемой угрозы, как отметил У.Кэннон, организм реагирует мобилизацией сил, подготавливаясь к предстоящей борьбе либо бегству от предполагаемого источника опасности. На физиологическом уровне этой реакции («fight or flight») соответствует активация симпатической нервной системы с высвобождением адреналина и норадреналина. Происходит повышение кровяного давления, частоты сердечных сокращений, уровня глюкозы в крови. Эти процессы направлены на максимальное энергетическое обеспечение скелетных мышц перед предстоящими нагрузками. Реакция «борьбы/бегства» в ситуации угрозы имеет адаптивный характер и обеспечивает выживание вида.

Идеи У. Кэннона были развиты в работах Г. Селье, который рассматривал стресс как общий синдром адаптации – неспецифическую реакцию организма на любой угрожающий его целостности раздражитель.

В своем развитии эта реакция проходит три стадии.

1. Стадия тревоги (непосредственной реакции на воздействие).
2. Стадия резистентности (эффективного сопротивления стрессору и/или адаптации к его воздействию).
3. Стадия истощения (нарушения адаптации вследствие истощения адаптационно-компенсаторных ресурсов).

Селье описал нейроэндокринные изменения, характерные для каждой из стадий: ключевыми в развитии адаптационного синдрома являются реакции по оси «гипоталамус – гипофиз – кора надпочечников». Воздействие стрессора связано с подавлением иммунитета, а при длительной стрессовой нагрузке возможно повреждение тканей и органов. В частности, при сформировавшемся общем адаптационном синдроме наблюдается так называемая классическая триада: гипертрофия коры надпочечников, инволюция вилочковой и лимфатических желез, язвенные поражения желудочно-кишечного тракта. Селье описал также местный адаптационный синдром, возникающий в органах и тканях в ответ на сильное (повреждающее) раздражение.

В настоящее время считается, что состояние стресса обеспечивается преимущественно следующими системами организма.

- Симпатоадреналовая система (симпатическая нервная система – мозговое вещество надпочечников и венадпочечниковые ткани, продуцирующие адреналин и норадреналин), обеспечивающая активацию симпатической нервной системы как непосредственной реакции на стрессор (то есть реакции «борьбы-бегства» или «гнева-страха»).
- Гипоталамо-гипофизарно-адренокортикальная система (гипоталамус – гипофиз – кора надпочечников). Конечным продуктом реакций по этой оси являются глюкокортикоиды и минералокортикоиды. Наиболее важную роль в

развитии стрессовой реакции играет глюкокортикоид кортизол. Кортизол («гормон стресса») обладает катаболическим действием, стимулирует превращение белков в углеводы, приводит к повышению концентрации глюкозы в крови, регулирует образование и распределение жиров, способствуя гиперлипидемии и гиперхолестеринемии, подавляет клеточный и гуморальный иммунитет. Хронический стресс, который, в сущности, представляет собой череду отдельных стресс-эпизодов, оказывает преимущественно негативное влияние на функции организма.

Следует подчеркнуть, что регистрацией физиологических изменений в состоянии напряжения не ограничивается поле исследования стресса у человека. Выступая в качестве концептуальной основы, теория стресса / адаптации позволила наметить направления изучения эмоционально-личностного реагирования человека в непривычных, кризисных, экстремальных условиях. Внимание исследователей привлекают когнитивные, эмоциональные, мотивационно-поведенческие реакции на стресс, которые отражают целостный и многомерный процесс психической адаптации.

Стресс как транзактный процесс

В транзактной модели совладания со стрессом подчеркивается активно-приспособительный, динамический характер процесса совладания со стрессом (психической адаптации к стрессу). Стресс рассматривается как многомерный процесс взаимодействия человека и ситуации. R. Lazarus рассматривает стрессовую реакцию как результат определенных отношений между характеристиками выдвинутого требования и имеющимися в распоряжении человека ресурсами. Согласно этой модели, стресс начинается с оценки события (потенциального стрессора) и собственных ресурсов по его преодолению. Как результат оценки возникают связанные со стрессом эмоции, осуществляются внешние или внутренние адаптивные действия (копинг). В таком понимании стресс является динамическим процессом, который протекает в постоянном и обоюдном взаимодействии индивида с окружающим миром.

Особое теоретическое и практическое значение имеют исследования стресса и адаптации на патологических моделях: выявление закономерностей и механизмов нарушения адаптации при нервно-психических и психосоматических заболеваниях позволяет существенно расширить возможности их целенаправленной профилактики за счет развития и актуализации адаптационных ресурсов личности. Внимание к данной проблеме соответствует происходящему в настоящее время процессу смены психиатрической парадигмы с нозоцентрической на адаптационную, в которой все большая роль отводится вопросам преодоления личностью стрессового воздействия.

Проблема психической адаптации в кардиопсихологии

Кардиопсихология – направление исследований в клинической (медицинской) психологии, обеспечивающее научное обоснование психологических методов диагностики и коррекции в сопровождении диагностического и лечебно-реабилитационного процессов в кардиологии. Такое отграничение, бесспорно, во многом условно, поскольку своими истоками кардиопсихология имеет общие принципы психологии соматического больного и психосоматику. Однако бесспорна и специфика применения этих принципов в практике оказания помощи кардиологическим пациентам, а также лицам с повышенным кардиологическим риском (с кардиометаболическим синдромом, с поведенческими факторами риска заболеваний сердца).

Эта специфика определяется следующими обстоятельствами.

- Специфической клинической картиной заболеваний сердца, влияющей на характер внутренней картины болезни пациента.
- Наличием определенных психологических особенностей кардиологических пациентов (сопряженных с кардиологическим риском и обусловленных прямым и опосредованным влиянием кардиологической патологии на психическую деятельность, личность).
- Психологическим содержанием ситуации болезни и (консервативного либо хирургического) лечения в случае вовлеченности жизненно важного, семантически «нагруженного» органа.

Использование концептов стресса и адаптации при анализе роли психологических факторов в развитии кардиологических заболеваний, в преодолении личностью обусловленных заболеванием трудностей, в профилактическом, лечебном, реабилитационном процессе позволяет систематизировать наблюдаемые психосоматические и соматопсихические феномены, опираясь на общие для медицины и психологии понятия.

Такой подход позволяет интегрировать в целостную систему представлений частные психосоматические концепции, касающиеся заболеваний сердца, отдельные подходы, отражающие реакцию личности на кардиологическое заболевание, отношение к болезни и лечению, соматопсихические расстройства на фоне сердечно-сосудистой патологии и др.

В контексте проблем кардиопсихологии могут быть выделены следующие виды стресса (и стрессоров), определяющие актуализацию механизмов психической адаптации личности.

- Стресс и нарушение адаптации как фактор риска развития кардиологической патологии и соматоформных расстройств сердечно-сосудистой системы.
- Стресс болезни и витальной угрозы при кардиологической патологии.
- Операционный стресс (актуализирующий механизмы адаптации к ситуации кардиохирургического лечения).

Указанные виды стресса соотносятся с определенными ситуациями, в разной степени типичными при разных сердечно-сосудистых заболеваниях. Каждая из ситуаций будет последовательно рассмотрена в последующих разделах настоящего пособия.

Литература

1. Абабков В.А., Перре М. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии. – СПб: Речь, 2004.
2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. – М.: Медицина, 2000.
3. Алехин А. Н. Адаптация как концепт в медико-психологическом исследовании // Юбилейный сборник научных трудов (к 10-летию кафедры клинической психологии РГПУ им. А. И. Герцена). – СПб.: НП Стратегия будущего, 2010. – С. 27—32.
4. Березин Ф.Б. Психологическая и психофизиологическая адаптация человека. – Л.: Наука, 1988.
5. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие учения и современное состояние проблемы. – М.: ИП РАН, 1995.
6. Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А. Совладание со стрессом: Теория и психодиагностика. – СПб.: Речь, 2009.
7. Вассерман Л.И., Беребин М.А., Косенков Н.И. О системном подходе к оценке психической адаптации // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. – 1994. – №3. – С. 16-25.
8. Воложин А.И., Субботин Ю.К. Адаптация и компенсация - универсальный биологический механизм приспособления. – М.: Медицина, 1987.
9. Губачев Ю.М., Иовлев Б.В., Карвасарский Б.Д., Разумов С.А., Стабровский Е.М. Эмоциональный стресс в условиях нормы и патологии человека. – Л.: Медицина, 1976.
10. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса. – М.: Наука, 1983.
11. Медведев В.И. Адаптация человека. – СПб.: изд-во Института мозга человека, 2003.
12. Меерсон Ф.З. Адаптация, стресс и профилактика. – М.: Наука, 1981.

НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Критерии нарушения психической адаптации: клинико-психологический и клинико-психопатологический подходы

Термин «нарушение (расстройство) психической адаптации» может использоваться в разных значениях.

В узком смысле, которому соответствует *клинико-психопатологический подход*, под нарушением психической адаптации понимается конкретное психопатологическое расстройство, представленное в международной классификации болезней (МКБ-10), – расстройство адаптации, или расстройство приспособительных реакций (F43.2). Данное расстройство диагностируется при наличии у пациента состояния субъективного дистресса и эмоциональных нарушений, обычно препятствующих социальному функционированию и продуктивности и возникающих в период адаптации к значительному изменению в жизни или стрессовому жизненному событию

(включая наличие или возможность серьезной физической болезни). Проявления этого расстройства различны и включают главным образом подавленность, тревогу, беспокойство (или их сочетание); чувство неспособности справиться со сложившейся ситуацией, планировать свои действия по ее разрешению, частичное снижение продуктивности в ежедневных делах. В отдельных случаях (преимущественно у подростков) могут наблюдаться расстройства поведения по агрессивному и диссоциальному типу. Для диагностики расстройства адаптации необходимо установление причинно-следственных отношений между психотравмирующим (стрессовым) фактором и актуальным состоянием дистресса пациента, а выявляемые эмоциональные нарушения (тревожного и депрессивного спектра) должны носить мягкий, неглубокий характер.

В широком смысле, в рамках *клинико-психологического подхода*, нарушение психической адаптации можно определить как результат потери оптимального соотношения личности с окружающей средой, определяющей, с одной стороны, невозможность субъекта удовлетворять актуальные потребности, а с другой стороны – нарушение соответствия психических и физиологических характеристик субъекта требованиям среды (прежде всего, социальной). При таком подходе нарушение психической адаптации должно пониматься как имплицитно присущее любому психическому расстройству.

Феноменологически нарушения психической адаптации проявляются:

- на *психофизиологическом* уровне – сомато-вегетативной лабильностью, снижением работоспособности, повышением утомляемости, нарушениями сна, аппетита, общего самочувствия и др.;
- на собственно *психическом* уровне – тревогой, эмоциональной напряженностью, лабильностью, чувством неудовлетворенности, раздражительностью, снижением эмоционального фона, трудностями сосредоточения, самоконтроля поведения и целенаправленной деятельности и др.;
- на *социально-психологическом* уровне – нарушениями социального поведения, повышением межличностной сенситивности и конфликтности, трудностями реализации привычных социальных ролей, снижением продуктивной социальной активности и др.

Глубина и тяжесть нарушений психической адаптации может варьировать от легких и преходящих явлений психофизиологической и эмоциональной нестабильности (в клинике им соответствуют непатологические ситуационные реакции и невротические расстройства) до выраженных форм психической дезадаптации, которым в клинике соответствуют психотические расстройства (психозы).

Нарушения психической адаптации могут быть обусловлены

- соматогенным / органическим (церебральным) фактором – нейротоксическими и гипоксическими эффектами заболевания и его лечения;

- психогенным фактором – особенностями взаимодействия личности с психотравмирующей ситуацией, в том числе с психотравмирующей ситуацией болезни и лечения;
- эндогенным фактором – генетической предрасположенностью.

Наибольшее значение в связи с проблемами кардиопсихологии имеют соматогенные/цереброгенные и психогенные нарушения.

В МКБ-10 указываются следующие общие критерии *соматогенных* (в том числе органических, то есть цереброгенных) психических расстройств.

- 1) Объективные данные (результаты физического и неврологического обследований и лабораторных тестов) и (или) анамнестические сведения о поражениях ЦНС или заболевании, которое может вызывать церебральную дисфункцию, включая гормональные нарушения (не связанные с алкоголем или другими психоактивными веществами) и эффекты непсихоактивных препаратов.
- 2) Временная зависимость между развитием (обострением) заболевания и началом психического расстройства.
- 3) Выздоровление или значительное улучшение психического состояния после устранения или ослабления действия предположительно соматогенных (органических) факторов.
- 4) Отсутствие других вероятных объяснений психического расстройства (например, высокой наследственной отягощенности клинически сходными или родственными расстройствами).

К основным критериям психогении (по В.Н. Мясищеву) относятся следующие.

- 1) Зависимость возникновения и течения (динамики) психического нарушения от возникновения и развития психотравмирующей ситуации;
- 2) Связь психогении с личностью больного, с его неспособностью в конкретных условиях конструктивно преодолеть проблемную (психотравмирующую, конфликтную) ситуацию;
- 3) Содержательная связь между характером психотравмы и характером переживаний и симптомов, определяющих клиническую картину психогении.

Несмотря на преимущественную значимость психогенных и соматогенных/цереброгенных расстройств, безусловно, само наличие заболевания сердечно-сосудистой системы не исключает развитие или манифестацию психических расстройств, патогенетически с ним не связанных (например, расстройств шизофренического спектра). В то же время, очевидно, что наиболее типичными для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями остаются нарушения психической адаптации, обусловленные сложными психосоматическими-соматопсихическими взаимодействиями.

Так, известно, что стресс и нарушения психической адаптации способны выступать в качестве условия, предрасполагающего к развитию заболеваний сердечно-сосудистой системы – как органических, так и функциональных (соматоформных дисфункций сердечно-сосудистой системы).

С другой стороны, само кардиологическое заболевание, изменяя деятельность всего организма, может оказывать прямое и опосредованное (личностью) патогенное влияние на психику человека, нарушая его познавательную деятельность, эмоциональное состояние и даже устойчивые свойства личности.

В зависимости от тяжести и характера патологии, этапа ее развития, преморбидного психического склада глубина психических нарушений бывает различной.

Как правило, в клинике сердечно-сосудистых заболеваний речь идет о расстройствах психической адаптации легкой и умеренной степени – невротических, неврозоподобных, соматоформных.

Расстройства психотического регистра с выраженной психической дезинтеграцией, потерей критики, нарушением самоконтроля поведения относительно редко встречаются при соматической патологии. Как правило, такие расстройства легко распознаются уже врачами-кардиологами (или другими медицинскими специалистами, оказывающими помощь), и, соответственно, пациенты с психозами (преимущественно соматогенными) своевременно попадают в поле зрения психиатра.

Значительно более типичными для рутинной кардиологической практики являются нарушения психической адаптации, сопровождающиеся умеренными, мягкими нарушениями эмоционального фона и вегетативной регуляции.

К наиболее распространенным среди кардиологических пациентов можно отнести следующие формы (по преобладающим проявлениям):

- нарушения психической адаптации с преобладанием сомато-вегетативных проявлений;
- нарушения психической адаптации с преобладанием тревоги;
- нарушения психической адаптации с преобладанием угнетенного настроения (депрессивных проявлений).

Нарушения психической адаптации с преобладанием сомато-вегетативных проявлений

Ключевыми проявлениями данной подгруппы нарушений являются признаки сомато-вегетативной дисрегуляции и лабильности, общая неудовлетворенность своим самочувствием, повышенная утомляемость, слабость, нарушение работоспособности, нарушения сна, аппетита, специфические соматические жалобы, которые невозможно объяснить объективными биомедицинскими данными.

Следует подчеркнуть, что в данном случае речь идет именно о нарушениях психической адаптации (преимущественно на психофизиологическом уровне), а не о последствиях объективно регистрируемых расстройств сердечно-сосудистой системы. Вместе с тем, наличие верифицированного сердечно-сосудистого заболевания не исключает

расстройств психической адаптации с преимущественно сомато-вегетативными проявлениями. Более того, дисфункция сердечно-сосудистой системы может создавать благоприятную почву для проявления нарушений психической адаптации именно сомато-вегетативной неустойчивостью, что, безусловно, создает существенные трудности для дифференциальной диагностики.

Таким образом, в данном случае речь идет о *психогенных* (обусловленных психотравматизацией) нарушениях психической адаптации, проявляющихся на психофизиологическом уровне в виде астении и разного рода соматизаций.

С клинико-психопатологических позиций этим нарушениям соответствуют в первую очередь:

- неврастения;
- соматоформные расстройства (в первую очередь, кардионевротический вариант).

Астенические расстройства

Как психическое состояние астения проявляется в субъективных ощущениях и переживаниях повышенной утомляемости, хронической усталости, снижения работоспособности (особенно умственной) и общей психической активности. Снижение способности к концентрации внимания при астении может опосредованно приводить к расстройствам памяти, которые при объективных исследованиях часто не подтверждаются. Ощущение слабости и повышенной утомляемости характеризуются инертностью, неспособностью исчезать после релаксации и отдыха, могут сопровождаться эмоциональной неустойчивостью с тревогой и пониженным настроением.

Астенический синдром проявляется следующей симптоматикой:

- повышенная физическая/умственная утомляемость и истощаемость психических процессов, раздражительность, гиперестезия (повышенная чувствительность к сенсорным, проприо- и интероцептивным раздражителям)
- сомато-вегетативные симптомы;
- расстройства сна.

Выделяют три формы астении, соотносящиеся со стадиями в развитии астенического состояния:

- гиперстеническая форма;
- раздражительная слабость;
- гипостеническая форма.

Характерными признаками гиперстенического варианта астении являются повышенная раздражительность, вспыльчивость, эмоциональная лабильность, неспособность довести до конца энергично начатое дело вследствие неустойчивости внимания и быстрого утомления, нетерпеливость, слезливость, преобладание тревожного аффекта и т.п.

Для гипостенической формы астении более характерны упорная усталость, снижение умственной и физической работоспособности, общая слабость, вялость, иногда сонливость, потеря инициативы и т.п.

Раздражительная слабость представляет собой смешанную форму, сочетающую в себе признаки и гипер- и гипостенического вариантов астении.

По происхождению различают следующие варианты астении:

- Физиогенные, возникающие под воздействием физиогенных факторов, среди них:
 - ▣ Цереброгенная астения – астения на фоне нарушения метаболизма нейронов (травмы, инфекций, интоксикаций или органических заболеваний) головного мозга.
 - ▣ Соматогенная астения – астения на фоне соматического заболевания.
 - ▣ Соматocereброгенная (смешанная, тотальная) астения – астения на фоне одновременного общего воздействия патогенных факторов на внутренние органы и нервную систему.
 - ▣ Адаптационная астения (астения негативной адаптации) – астения на фоне дезадаптации вследствие воздействия экстремальных физиогенных факторов (например, при гипокинезии, частичной сенсорной депривации).
- Психогенные астении, возникающие в результате психической травматизации и проявляющиеся в структуре психических расстройств, прежде всего, неврастении.

Астеническая симптоматика выявляется в структуре и соматогенных, и соматоформных расстройств. Симптомы, связанные со значительным снижением жизненных сил, занимают важное место в структуре расстройств депрессивного спектра при органических и аффективных психических расстройствах, однако по своему значению и выраженности они уступают доминирующим симптомам аффективных и мотивационных нарушений, определяющих устойчиво пониженное настроение, недостаточность побуждений к деятельности и инициативы.

Астенический симптомокомплекс весьма характерен для пациентов с невротическими расстройствами и отражает (наряду с эмоционально-аффективной симптоматикой) специфику клинической картины неврозов.

Для астенического симптомокомплекса при невротических расстройствах (неврозах) характерно сочетание собственно астенических явлений (повышенной утомляемости и стойкого снижения работоспособности) с симптомами вегетативной дисфункции и расстройствами сна. Некоторые авторы к этой триаде добавляют расстройства либидо и половой функции. Вегетативные расстройства при астении выражаются в лабильности пульса и артериального давления, стойких спонтанных дермографических реакциях, общем и дистальном гипергидрозе, «шлемообразных» головных болях с явлениями парестезий и др. Характерные для астенического синдрома расстройства сна описываются большими как трудности засыпания, частые пробуждения, разбитость и отсутствие ощущения бодрости после сна.

Таким образом, в связи со значительной представленностью астенического симптомокомплекса в структуре пограничных психических расстройств различного генеза его дифференциально-диагностическое значение оказывается ограниченным. Не являясь в большинстве случаев специфическим

клиническим проявлением психической или соматической патологии, астения и ее патогенез должны изучаться комплексно, в том числе и с помощью клинко-психологических методов.

Расстройства астенического круга весьма характерны для больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Фактически, снижение жизненного тонуса является естественным следствием нарушений функционирования организма. На долю связанных с астенией жалоб приходится более 60% всех жалоб пациентов.

Однако такая распространенность астенической симптоматики среди больных нередко приводит к гиподиагностике астенических расстройств психогенного характера, как относительно самостоятельных (при неврастении), так и в структуре других пограничных расстройств, дезадаптивных личностных реакций на заболевание.

Дифференцирующими признаками *соматогенных* астенических состояний являются:

- относительная монотонность жалоб,
- их независимость от эмоционального состояния,
- непосредственная связь с динамикой соматического статуса,
- преобладание повышенной физической утомляемости над умственной утомляемостью.

Соматогенные астении при сердечно-сосудистых заболеваниях связаны с изнуряющим действием болезни, преимущественно на фоне её обострения (при приступах стенокардии, нарушениях ритма сердца), при хронической сердечной недостаточности, в период восстановления после перенесенных кардиохирургических вмешательств и неотложных кардиологических состояний. Преобладающими являются общая слабость, повышенная утомляемость, раздражительность, постепенно снижающиеся по мере улучшения соматического состояния.

При артериальной гипертензии в динамике астенического состояния наблюдается пик слабости утром с постепенным восстановлением работоспособности в течение дня. Отмечается слабая зависимость астенических явлений от уровня нагрузки (в связи с их обусловленностью гипоксией тканей головного мозга). В состоянии субкомпенсации типичны проявления раздражительной слабости. К общей слабости и нервно-психической истощаемости часто присоединяются головные боли.

Типичные явления раздражительной слабости, нетерпеливости на фоне обострения ишемической болезни сердца (приступов стенокардии) имеют как соматогенный, так и психогенный компонент, отражающий эмоциональную реакцию на кардиальные боли.

В случае хронической сердечной недостаточности явления соматогенной астении постепенно усиливаются, достигая гипостенической стадии. На фоне общей слабости и ухудшения переносимости (прежде всего физических) нагрузок формируются адаптивные стереотипы самоограничительного

(щающего) поведения, осторожность, экономность усилий, позволяющие пациентом равномерно распределять ограниченные энергетические ресурсы.

Признаки *цереброгенных* астенических состояний являются:

- стойкость и монотонность жалоб,
- сочетание повышенной утомляемости с признаками психоорганических расстройств: эмоциональной лабильностью, когнитивными нарушениями разной степени выраженности, снижение умственной работоспособности;
- сниженный порог переносимости физиогенных раздражителей (шум, перепады атмосферного давления, температуры воздуха, вестибулярные нагрузки и др.);
- выраженная вегетативная лабильность;
- отсутствие четкой зависимости от физического перенапряжения и психотравмирующих ситуаций.

Цереброгенная астения наблюдается у пациентов при атеросклерозе сосудов головного мозга, длительно протекающей артериальной гипертензии высокой степени, после перенесенных острых нарушений мозгового кровообращения.

Наличие *психогенного* компонента астенического расстройства позволяют предположить:

- неустойчивость, вариабельность жалоб,
- преобладание признаков умственной утомляемости над физической;
- преимущественная зависимость астенических явлений от эмоционального состояния больного, динамики психотравмирующей ситуации, отсутствие четкой зависимости от физического напряжения;
- сочетание утомляемости с жалобами эмоционального характера: беспокойством, тревогой, сниженным фоном настроения.

Следует подчеркнуть, что разграничение психогенного, соматогенного и цереброгенного компонентов астенического состояния в реальной практике представляет определенные трудности, особенно если речь идет о верифицированной сердечно-сосудистой патологии. Это связано с тем, что в большинстве случаев соматогенные и цереброгенные явления сочетаются с психогенными, определяемыми личностной реакцией на заболевание и сами астенические явления, фрустрированностью физическими ограничениями. Кроме того, сам факт тяжелого заболевания формирует определенные ожидания в отношении переносимости нагрузок, способствует выработке стиля поведения «больного человека».

Аналогично, высокую актуальность имеет дифференциальная диагностика истинных проявлений сердечно-сосудистой патологии и психогенных сомато-вегетативных нарушений в рамках соматоформных (функциональных) расстройств сердечно-сосудистой системы.

Соматоформные расстройства

Соматоформные расстройства (F45) – состояния, в клинической картине которых психические нарушения проявляются преимущественно сомато-

вегетативными симптомами, которые не имеют объективно регистрируемой органической основы либо по своей тяжести и устойчивости не соответствуют объективно выявляемым соматическим расстройствам.

Клинические формы соматоформного расстройства, наиболее значимые в кардиологической практике: 1) соматизированное расстройство и 2) соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы.

Общим для всех вариантов соматоформного расстройства является:

- наличие соматических симптомов, которым не находится адекватного соматического объяснения;
- наличие неспецифических проявлений вегетативной лабильности (сердцебиения, потливость, тремор, покраснения и др.);
- эмоциональный дискомфорт в связи с симптомами, обеспокоенность возможностью наличия серьезного соматического заболевания;
- поиск врачебной помощи в сочетании с неверием врачам, пытающимся разубедить больного в отсутствии серьезной соматической патологии;
- предположительно психогенный характер – зависимость возникновения и течения от психотравмирующей (стрессовой) ситуации, неспособности личности конструктивно преодолеть эту ситуацию.

Соматизированное расстройство – психическое расстройство, проявляющееся множественными, часто видоизменяющимися, соматическими жалобами, не имеющими основы в виде структурных поражений органов и тканей. Заболевание чаще встречается у женщин, имеет, как правило, хронический характер, с волнообразным течением. Сопровождается разнообразными эмоциональными нарушениями (тревожного, депрессивного спектра) и трудностями социальной адаптации.

Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы – группа расстройств, проявляющихся симптомами поражения внутренних органов или систем органов, однако не имеющих объективно регистрируемой основы. В отличие от соматизированного расстройства соматоформная дисфункция сопряжена с четкой локализацией и относительной устойчивостью жалоб. В соответствии с этой локализацией выделяют соматоформную дисфункцию различных систем органов (сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной и так далее).

Предполагается, что в общемедицинской сети доля пациентов с соматоформными расстройствами или симптомами составляет до 20%, при этом в амбулаторной сети этот показатель выше, чем в стационарах.

Наибольшую значимость в связи с проблемами дифференциальной диагностики в кардиологической сети имеет *соматоформная дисфункция сердца и сердечно-сосудистой системы* – так называемый *кардионевроз*. Ключевыми проявлениями кардионевроза являются:

- непрерывные или рецидивирующие в течение 3 месяцев и более неприятные ощущения или боли в области сердца; усиленное сердцебиение, тахикардия, экстрасистолия, часто с приступообразным течением;

- возникновение или усиление симптомов в связи со стрессовыми (психотравмирующими) ситуациями;
- неспецифические признаки вегетативной дисфункции: локальная потливость, похолодание конечностей, лабильность сердечного ритма со склонностью к тахикардии, лабильность артериального давления.

По результатам медицинских обследований у таких пациентов не удается найти объективных объяснений симптоматике, хотя заболевание чаще возникает в связи с периодами гормональных изменений в организме (пубертат, первая беременность) и/или наличием морфологических аномалий сердца (пролапс митрального клапана, дополнительная хорда).

Распространенность данного расстройства составляет ок. 5% в общемедицинской сети, ок. 15% в системе амбулаторной кардиологической помощи, ок. 15 – в специализированных кардиологических стационарах.

До обращения за психологической / психотерапевтической помощью большинство пациентов имеют длительную историю медицинских обследований и консультаций.

Выделяют следующие основные клинические формы кардионевроза:

- кардионевроз с доминированием соматических жалоб (телесных ощущений и соматовегетативных нарушений);
- кардионевроз с доминированием тревожно-фобических проявлений;
- кардионевроз с доминированием депрессивных проявлений.

При доминировании телесных ощущений у пациентов отмечаются разнообразные жалобы и соматоформные симптомы, типичные для сердечно-сосудистых расстройств: приступообразные или персистирующие кардиалгии, тахи- и брадикардии, обморочные состояния, другие вегетативные расстройства, часто осложненные ипохондрическими фиксациями, телесные фантазии и сенсопатии.

Преобладание тревожно-фобических нарушений определяет доминирование в клинической картине кардионевроза навязчивых страхов с фабулой сердечной катастрофы, внезапной сердечной смерти, тревожной бдительности с ожиданием кардиалгического приступа или приступа аритмии сердца. Нередко тревожно-фобические проявления усиливаются, подкрепляясь самоограничительным поведением. Типично развитие панических атак, агорафобии.

Депрессивный вариант кардионевроза характеризуется сопряженной динамикой депрессивного состояния и соматоформной сердечно-сосудистой симптоматикой, преобладанием астено-апатических и ипохондрических проявлений.

При дифференциальной диагностике, направленной на разграничение истинных проявлений сердечно-сосудистой патологии и кардионевроза, ключевую роль играет отсутствие органического объяснения соматическим жалобам пациента. К дополнительным значимым характеристикам кардионевроза можно отнести, как и в случае психогенной астении:

- варибельность жалоб;

- зависимость динамики от эмоционального состояния и действия психотравмирующих (стрессогенных) факторов;
- признаки (осознаваемой или неосознаваемой) эмоциональной напряженности;
- признаки дисгармоничного личностного преморбиды;
- сочетание соматических жалоб с другими жалобами невротического круга – сниженным эмоциональным фоном, навязчивыми мыслями, нарушениями сна и др.

Нарушения психической адаптации с преобладанием тревожных проявлений

Тревога – состояние, характеризующееся наличием субъективно неприятных переживаний напряженности, беспокойства, озабоченности, нервозности, сопровождающихся активацией вегетативной нервной системы. Тревога является одним из универсальных компонентов реагирования на значимый раздражитель (стрессор) и определяет психологическое содержание начального этапа процесса адаптации. С возникновением тревоги связывают и усиление поведенческой активности, изменение характера поведения, включение механизмов интрапсихической адаптации.

Тревога относится к числу наиболее характерных, однако наименее специфических эмоциональных состояний, наблюдаемых при различных формах психической патологии и предболезненных психических расстройствах. Являясь одним из облигатных проявлений острого и хронического стресса, тревога может выполнять как защитную (мобилизующую), так и дестабилизирующую функцию в том случае, если ее интенсивность и длительность превышают индивидуальные адаптационно-компенсаторные возможности личности.

Состояние тревоги как эмоциональной реакции на стрессовую ситуацию может быть различной интенсивности, оно динамично и изменчиво во времени. Ф.Б. Березин (1988) определяет тревожный ряд: от ощущения внутренней напряженности, гиперестезических реакций, собственно тревоги – до страха и ощущение неотвратимости надвигающейся катастрофы. При этом тревожно-боязливое возбуждение может дезорганизовывать деятельность, нарушать её целенаправленность и целесообразность.

Выполняя сигнальную функцию, тревога во многих ситуациях является естественной и адаптивной реакцией. Так, например, тревога перед хирургическим вмешательством, если она не достигает уровня клинически выраженной ажитации, является вполне закономерной, так же как закономерно переживание тревоги при установлении серьезного диагноза, при госпитализации и в других ситуациях, касающихся существенных вопросов благополучия человека.

Вместе с тем, определяя начальный этап процесса адаптации, тревога по мере приспособления человека к изменяющимся условиям в норме снижается. В том случае, если этого не происходит, если тревожные реакции приобретают неадекватный характер (по фабуле или интенсивности), эмоциональное напряжение становится немотивированным, хроническим, диффузным, если само переживание тревоги оказывается чрезвычайно мучительным для человека, дезорганизует его деятельность, препятствует выполнению повседневных обязанностей, нарушает межличностные взаимоотношения, можно говорить о патологической тревоге.

Универсальность тревоги как аффективного регулятора поведения заключается прежде всего в ее опосредующей роли и включенности в другие психические феномены, поэтому позитивная диагностика этого феномена чрезвычайно важна для квалификации развивающихся нарушений психической адаптации.

Диагностирование тревожно-фобических расстройств предполагает выделение устойчивых паттернов реагирования с выраженным вегетативным сопровождением состояний эмоционального напряжения. В МКБ-10 выделяются следующие группы симптомов, определяющих тревожное состояние:

- Вегетативные симптомы:
 - а. сильное или учащенное сердцебиение;
 - б. потливость;
 - в. дрожание или тремор;
 - г. сухость во рту (но не из-за лекарств или обезвоживания);
- Симптомы, относящиеся к груди и животу:
 - д. затруднения дыхания;
 - е. чувство удушья;
 - ж. дискомфорт или боли в грудной клетке;
 - з. тошнота или неприятное ощущение в животе (например жжение в желудке);
- Симптомы, относящиеся к психическому состоянию:
 - и. чувство головокружения, неустойчивости, обморочности;
 - к. чувство, что предметы нереальны (дереализация) или что собственное Я отделилось или «находится не здесь» (деперсонализация);
 - л. страх потери контроля, сумасшествия или наступающей смерти;
 - м. страх умереть;
- Общие симптомы:
 - н. приливы или чувство озноба;
 - о. онемение или ощущение покалывания.

В субкомпенсированном состоянии тревога проявляется в снижении целенаправленности поведения, неусидчивости, эмоциональном возбуждении, навязчивых опасениях и страхах, на сомато-вегетативном уровне – в поверхностном дыхании, учащенном сердцебиении.

Выделяют следующие варианты тревожно-фобические нарушений:

Фобические расстройства. Фобическая тревога имеет отчетливую фабулу и возникает в связи со специфическими ситуациями (или их ожиданием), объектами, предметами, сопряжена с избегающим поведением, по механизмам научения усиливающим фобические переживания.

Паническое расстройство. Паническими являются непредсказуемые и не связанные с определенными ситуациями и обстоятельствами приступы острой тревоги. Приступ развивается с внезапного сердцебиения, ощущения удушья, головокружения с вторичными страхами смерти и потери самоконтроля.

Генерализованная тревога проявляется хроническим (более 6 месяцев) эмоциональным напряжением, постоянной обеспокоенностью, подверженностью неопределенным опасениям, предчувствиями и страхам без четкой фабулы с сопутствующей вегетативной лабильностью.

По генезу тревожные состояния разграничиваются на соматогенные / цереброгенные и психогенные:

Соматогенные и цереброгенные тревожные состояния и расстройства обусловлены нейротоксическими и гипоксическими эффектами заболевания и лечения, поражениями головного мозга вследствие нарушений мозгового кровообращения и т.п. Симптоматика при соматогениях/цереброгениях монотонная, не удастся подтвердить ее связь с психотравмирующими обстоятельствами и нарушениями значимых отношений личности, имеются признаки изменения психической деятельности и личности по органическому типу, а также объективные свидетельства тяжести сердечно-сосудистой патологии, то есть её способности сказаться на деятельности центральной нервной системы.

Психогенные тревожные состояния и расстройства обусловлены психотравмирующими обстоятельствами, невозможностью личности конструктивно преодолеть стрессовые ситуации, включая психотравмирующий факт заболевания и его последствий (нозогении), а также фрустрирующее, травмирующее пациента поведение врача, его неосторожные высказывания и поведение (ятрогении).

Среди психогенных тревожно-фобических состояний у пациентов с сердечно-сосудистой патологией специфичными являются:

- состояния предоперационной тревоги (при интервенционном, кардиохирургическом лечении);
- кардиофобические состояния (при истинных сердечно-сосудистых заболеваниях и кардионеврозе);
- тревога в структуре ипохондрических расстройств с кардиологической (сердечно-сосудистой) фабулой;
- тревога в структуре состояний настороженной бдительности (при пароксизмальных нарушениях ритма сердца, стенокардии, при синкопальных состояниях, после перенесенных кардиохирургических и кардиопластических вмешательств, после имплантации электрокардиостимуляторов и кардиовертеров-дефибрилляторов);

■ изолированные фобии, связанные с процедурами диагностики и лечения сердечно-сосудистой патологии, специфическими ожиданиями в отношении течения болезни и характером вмешательств (например, страх чреспищеводного электрофизиологического исследования сердца, страх перед постановкой катетера, страх разряда кардиовертера-дефибриллятора).

По данным эпидемиологических исследований, тревожные расстройства встречаются у 5-20% больных общемедицинской сети. Среди пациентов кардиологического профиля данный показатель варьирует в зависимости от диагноза, тяжести состояния, социально-демографических характеристик. Средний показатель распространенности тревожных нарушений составляет ок. 30%. В острый период заболевания (после перенесенных неотложных кардиологических состояний) выраженная тревога наблюдается у 70-80% пациентов, а в дальнейшем (в постгоспитальный период) несмотря на деактуализацию витальной угрозы сохраняется у 20–25 %.

Как реакция на заболевания (нозогения) тревога проявляется в навязчивых опасениях в связи с болезнью и лечением, настойчивым поиском помощи и дополнительной информации, склонностью к катастрофическим интерпретациям предоставляемых медицинских сведений, общей настороженностью, возникающими на фоне тревоги нарушениями сна (трудности засыпания, поверхностный сон), трудностями отвлечения от мыслей о болезни. Такие реакции наиболее вероятны при внезапно развившихся неотложных кардиологических состояниях, проявляющихся обильной (прежде всего болевой) симптоматикой, при наличии неоднократных коронарных катастроф в анамнезе, при наступлении инвалидности в среднем возрасте (до 65 лет), а также при осложненном течении заболевания.

Неспецифическое тревожное возбуждение разной степени выраженности и поведенческой представленности неизбежно возникает в предоперационный период, даже в случае неполного его осознания или отрицания пациентом.

Тревожные состояния в целом более характерны для пациентов с тахикардиями. Типичны кардиофобические фиксации, особенно при приступообразном течении заболевания, со страхом внезапного возникновения приступа (по сути, страха смерти) на улице, в транспорте и т.д. и склонностью к избеганию самостоятельного передвижения вне дома или условий, где возможно быстро получить помощь. При пароксизмальном течении аритмий такие состояния, достигающие порой уровня агорафобического расстройства, выявляются в 20% случаев. Причем риск возникновения не зависит от реальной опасности аритмического приступа, характерен для пациентов как с жизнеопасными, так и нежизнеопасными аритмиями.

Приступообразная тревога на фоне общей тревожной бдительности характера и для фобического варианта кардионевроза, сопровождается эмоциональным возбуждением, мыслями катастрофического содержания и активным (в ряде случаев дезорганизованным) поиском экстренной помощи на фоне минимальных отклонений сердечно-сосудистой деятельности

(незначительный подъем артериального давления, учащение сердцебиения, субъективное ощущение нарушения ритма сердца, шум в ушах и т.п.).

Тревожная бдительность (настороженность) разной степени выраженности формируется у большинства пациентов, перенесших острые или неотложные высокосимптомные кардиологические состояния. Она также является характерной для пациентов с имплантированными электрокардиостимуляторами и сопряжена с повышенной сосредоточенностью на работе имплантированного устройства, обостренным переживанием его инородности, страхом его поломки, склонностью к самоограничительному поведению.

Тревожная бдительность представляет собой центральный симптом описанного В.А. Скуминым кардиопротезного психопатологического синдрома («синдрома сердечного клапана»), который наблюдается у 20-25% пациентов, перенесших протезирование клапанного аппарата сердца, проявляется сосредоточенностью на необычных ощущениях со стороны сердца, навязчивыми сомнениями в надёжности имплантатов, неоправданным страхом их поломки, устойчивым избеганием физических и эмоциональных нагрузок (для «предотвращения» износа имплантата), специфическим расстройством сна (трудности ночного сна из-за сосредоточенности на работе сердца и стука искусственных клапанов), подавленностью.

Подобные состояния могут возникать и при аритмиях – персистирующих или хронических, проявляясь болезненным переживанием неестественности («инородности») ритма сердца, сосредоточенностью на его работе, ожиданием срыва его деятельности.

Сочетание сердечно-сосудистого заболевания и тревожно-фобического расстройства неблагоприятно сказывается не только на качестве жизни больного, но и на течении основного заболевания.

Тревожные расстройства ухудшают медицинский прогноз как за счет повышенной нагрузки на симпатическую нервную систему, так и в связи с нарушениями социальной адаптации больного, снижения приверженности лечению. Нередко вегетативные симптомы основного заболевания «смешиваются» с проявлениями тревожных расстройств (сердцебиение, чувство озноба, затруднения дыхания), что приводит к гиподиагностике последних, а следовательно, и сложностям в лечении. Определенную проблему для пациентов нередко представляют трудности дифференцирования тревожного состояния и истинных соматических декомпенсаций (например, приступа нарушения ритма сердца при аритмиях), что создает условия для ипохондрических фиксаций и усугублению тревожного расстройства.

Переработка тревоги, возникающей в ответ на действие фрустрирующих обстоятельств, как правило, характеризуется длительным эмоциональным напряжением. Существует мнение, что длительная фрустрированность ведет к снижению мотивации деятельности и трансформации тревожного состояния в депрессивное. При этом депрессивный аффект выполняет защитную функцию, блокируя интрапсихическую переработку стрессорной симптоматики.

Нарушения психической адаптации с преобладанием депрессивных проявлений

В настоящее время депрессивные расстройства признаются не только психиатрической, но и общемедицинской, а также актуальной социальной проблемой. По данным ВОЗ, распространенность аффективной патологии в населении составляет не менее 5-10%. Вместе с тем при учете депрессивной симптоматики в структуре хронических расстройств настроения (прежде всего, циклотимии и дистимии), а также депрессивного фона при некоторых вариантах невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств этот показатель может достигать 20% и выше. Согласно прогнозам ВОЗ, к 2020 году депрессия будет занимать второе место после ишемической болезни сердца в качестве причины инвалидности.

Глубина депрессивных расстройств может варьировать от тяжелых, так называемых «больших» депрессий (ранее называемых эндогенными) до легких депрессивных эпизодов, в развитии которых существенная роль отводится психогенным факторам (невротических депрессий). Клиническая картина депрессивного расстройства зависит от его тяжести, однако его ключевые характеристики неизменно связаны со специфическими изменениями в эмоциональной и мотивационной сферах.

В типичных случаях при депрессивных расстройствах больной страдает от сниженного настроения, утраты интересов и удовольствия, снижения энергичности, которое может привести к повышенной утомляемости и сниженной активности. Отмечается выраженная утомляемость даже при незначительном усилии. К другим симптомам относятся:

- а) сниженная способность к сосредоточению и вниманию;
- б) сниженные самооценка и чувство уверенности в себе;
- в) идеи виновности и уничижения (даже при легком типе эпизода);
- г) мрачное и пессимистическое видение будущего;
- д) идеи или действия, направленные на самоповреждение или суицид (как правило, при тяжелых депрессиях);
- е) нарушенный сон;
- ж) сниженный аппетит.

Сниженное настроение мало колеблется в течение дней, и часто нет реакции на окружающие обстоятельства, но могут быть характерные суточные колебания.

Более мягкие проявления депрессии характерны для расстройств адаптации и хронических расстройств настроения.

Общемедицинское значение депрессии определяется прежде всего высоким процентом депрессивных больных (около 12-25%), обращающихся в общую медицинскую сеть с соматическими жалобами. Выявляемость аффективной патологии у этих больных очень низка. Проблема гиподиагностики депрессий в общемедицинской сети приобретает еще большее значение, если учесть высокую распространенность депрессивных расстройств

у соматических больных. Так, при сердечно-сосудистых заболеваниях показатель распространенности депрессий составляет от 20% и выше. Депрессия развивается у 20-50% больных в течение года после инсульта, а также у 18-20% пациентов с ишемической болезнью сердца. Симптомы расстройств депрессивного спектра выявляются, по данным разных авторов, у 10–65 % пациентов, госпитализированных по поводу инфаркта миокарда, при этом до 22 % из них имеют клинически оформленное депрессивное расстройство. Частота депрессивных расстройств составляет более 40% при артериальной гипертензии, более 50% - при хронической сердечной недостаточности, в 20-30% случаев у пациентов, перенесших аорто-коронарное шунтирование (АКШ).

Несмотря на то, что конкретные механизмы развития депрессии у соматических больных не вполне ясны, сам факт повышенного риска эмоциональных расстройств при соматической патологии представляется закономерным. Вероятность нарушений психической адаптации повышают нейротоксические и нейрогипоксические эффекты болезни, ее последствия для личного и социального статуса пациента, функциональные ограничения, угроза для жизни, возможность рецидивов, нарушение значимых отношений, изменение образа жизни и жизненных перспектив и т.п.

Эмпирически также подтверждена способность самой депрессии повышать риск развития сосудистых расстройств и смертности от них. Депрессия и депрессивность (вне зависимости от клинически установленного диагноза) считаются факторами развития ишемической болезни сердца и смертности вследствие этого заболевания. Депрессивное расстройство в 2,6 раза повышает риск инсульта (при периоде наблюдения 13 лет) вне зависимости от других предрасполагающих факторов.

Неблагоприятный прогноз у депрессивных соматических больных определяют как патофизиологические механизмы (дизрегуляция в нейроэндокринной и нейроиммунной системах), так и поведенческие факторы – прежде всего, низкий уровень приверженности лечению, снижение уровня физической активности, актуализация «вредных привычек», снижение эффективности взаимодействия пациента с врачом. Как следствие перечисленных обстоятельств, кардиологический больной с коморбидным депрессивным расстройством значительно чаще обращается за медицинской помощью, в том числе неотложной.

Сочетание соматической и аффективной патологии является весьма проблематичным в плане возможностей лечения и реабилитации. Известно, что эти расстройства выступают как взаимоподкрепляющие и взаимоусиливающие, формируют «порочный круг» психосоматических-соматопсихических взаимовлияний.

Вместе с тем, правильное диагностирование соотношений между психическими и соматическими факторами в формировании симптоматики у каждого конкретного больного является необходимым условием выбора адекватной и эффективной стратегии комплексного лечения. Особую

сложность эта задача приобретает в случае хронического соматического заболевания, когда психическая, соматическая и соматоформная симптоматика развивается как результат сложных и неоднозначных психосоматических-соматопсихических зависимостей на почве физиологических отклонений в ситуации блокирования витальных и социальных потребностей, а также изменения системы отношений личности.

Обобщая вышеизложенное, необходимо вновь подчеркнуть, что влияние психических (астенических, тревожных, депрессивных) расстройств на качество жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (как и любыми соматическими расстройствами) весьма существенно. Нарушения психической адаптации, вне зависимости от их генеза, осложняют течение болезни, нарушают социальное функционирование больных, ухудшают приверженность лечению, что сказывается на его эффективности. Как показывают исследования, качество жизни больных с эмоциональными расстройствами существенно ниже, чем качество жизни больных с соматической патологией без нарушений психической адаптации, а ограничивающее влияние эмоциональных расстройств на повседневную деятельность больного сопоставимо с ограничивающим эффектом тяжелой соматической патологии.

Учет актуального психического состояния больного является обязательным условием обеспечения эффективности диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятий. При выявлении нарушений в эмоциональной и личностной сферах необходимо углубленное изучение медицинских, анамнестических сведений, оценка относительного участия соматогенных и психогенных факторов в формировании актуального психического состояния. Особое значение при этом имеет исследование особенностей системы личностных отношений больного, прежде всего, отношения к болезни.

Важно также подчеркнуть, что сама подверженность пациентов нарушениями психической адаптации определяется не только клиническими (медико-биологическими) характеристиками заболевания, его влиянием на качество жизни, но и личностным преморбидом, который, как предполагается, имеет некоторые особенности, связанные с предрасположенностью к психосоматическим заболеваниям.

Литература

1. Алёхин А.Н., Сорокин Л.А., Трифонова Е.А. Медико-психологический аспект адаптации пациентов, перенесших инфаркт миокарда: современное состояние проблемы // Вестник психотерапии : научно-практический журнал. – 2012. – № 42. – С. 26-45.
2. Алёхин А.Н., Трифонова Е.А., Лебедев Д.С., Михайлов Е.Н. Психологические проблемы в аритмологии (на модели фибрилляции предсердий) // Вестник аритмологии. – 2011. – № 63. – С. 45–54.
3. Лебедева У.В., Лебедев Д.С. Психологические аспекты и качество жизни пациентов при хирургическом лечении аритмий // Вестник аритмологии. – 2005. – № 38. –С. 23–28.

4. Медведев В.Э. Психические расстройства при сердечно-сосудистых заболеваниях // Consilium Medicum. Кардиология. – 2010. – № 5. – С. 141-144.
5. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. – М.: МИА, 2007.
6. Соложенкин В.В. Избранные лекции по психиатрии для врачей-кардиологов. – Бишкек: КРСУ, 2011.
7. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю., Иванов С.В. Психокardiология. – М.: МИА, 2005.
8. Филатов А.Т., Скумин В.А. Психопрофилактика и психотерапия в кардиохирургии. – Киев: Здоровье., 1985.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ С ПОЗИЦИИ ПСИХОСОМАТИКИ: НАРУШЕНИЯ АДАПТАЦИИ И КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ РИСК

История изучения психосоматических аспектов сердечно-сосудистых заболеваний

Первые попытки концептуализации «психогенеза» соматических расстройств связаны с работами психоаналитической школы, хотя, безусловно, влияние личности и различных эмоций на состояние физического здоровья отмечалось в практическом врачевании во все века. Собственно с психоаналитическими идеями связано и оформление самостоятельного междисциплинарного направления – психосоматической медицины, интегрирующей биомедицинские и психологические (психопатологические) знания об этиологии и патогенезе соматических и соматоформных расстройств.

Центральными для психоаналитического направления, представленного на современном этапе многочисленными школами и течениями, остаются классические понятия бессознательного, интрапсихического конфликта, механизмов психологической защиты. Именно вокруг них разворачиваются основные рассуждения о «превращении» психического страдания в телесное, при этом рассматриваются следующие основные варианты такого «перехода».

Симптом как символическое выражение интрапсихического конфликта. Понимание симптома как символа проистекает из концепции конверсии, предложенной З. Фрейдом в 1890-е годы для объяснения псевдосоматических нарушений при истерическом неврозе, а затем было распространено некоторыми из его последователей и на истинно соматические заболевания. Предполагается, что «выбор» поражаемого органа, а также характер нарушения несет символический характер и является ключом к пониманию внутриличностного конфликта, а сам симптом возникает в результате вытеснения из сознания эмоционально заряженных неприемлемых для личности желаний и побуждений, которые тем не менее сохраняют свою активность.

В отношении сердечно-сосудистых заболеваний возможности символического толкования симптома чрезвычайно широки, поскольку сердце в большинстве культур семантически нагружено и представлено в языке разнообразными метафорами («камень на сердце», «хранить в сердце», «принимать близко к сердцу», «сердце в пятки ушло», «сердце рвется на части», «сердечная рана» и т.д.). Соответственно, в такой трактовке наличие сердечного симптома позволяет предположить, что пациент вытесняет из сознания определенные переживания и желания, семантически близкие к «сердечным» метафорам, например, категорически неприемлемые для личности любовные чувства, страх, злость, вину. Возможна также индивидуальная семантика сердца, раскрыть которую призван глубинный психологический анализ.

Симптом как результат бессознательно детерминированного (саморазрушающего) поведения индивида. При таком подходе подчеркивается абсолютно неслучайный характер поведения, в том числе потенциально пагубного для здоровья. Оно может трактоваться и символически и вне символического контекста, однако главным остается его «логичность» с точки зрения внутренней психической динамики, то есть способность смягчать вызванное интрапсихическим конфликтом эмоциональное напряжение. Так, например, избыточное питание или курение может интерпретироваться как способ «утоления» устойчивого эмоционального голода, возникшего вследствие ассоциированных с приемом пищи эмоциональных лишений в раннем детстве; причины очевидно пагубных для здоровья привычек могут усматриваться в неосознаваемом переживании чувства вины и потребности в ее искуплении через самонаказание и т.п.

Симптом как результат перенапряжения физиологических систем в результате хронического переживания и подавления определенных эмоциональных состояний, обусловленных интрапсихическим конфликтом. Такая интерпретация была разработана классиком психосоматической медицины Францем Александером, который предложил рассматривать соматические симптомы как физиологический компонент типичных для больного, но блокируемых в своей поведенческой реализации эмоциональных состояний. В данном случае физиологические изменения не несут символической нагрузки, а лишь сопутствуют определенным эмоциям. Предрасположенность личности к определенным эмоциональным состояниям с характерным паттерном вегетативных реакций обусловлена наличием специфических интрапсихических конфликтов и нарушением адекватного выражения в межличностном взаимодействии тех или иных побуждений (вследствие их неприемлемости либо для самой личности, либо для социального окружения). Хронические вегетативные изменения, сопровождающие фиксированные эмоциональные состояния, постепенно приводят сначала к функциональным, а затем и к структурным нарушениям в соответствующих органах. Наиболее значимая роль в «психогенезе» сердечно-сосудистых заболеваний при таком подходе отводится подавлению

агрессивных переживаний и побуждений с характерным для них физиологическим «аккомпанементом», который определяет активация симпатoadреналовой системы.

Психоаналитическая трактовка сердечно-сосудистых расстройств в настоящее время представлена преимущественно в специализированной литературе соответствующего направления психологии и психотерапии. Многие положения и способы интерпретации в рамках данного подхода, в особенности касающиеся содержания и динамики бессознательного, принципиально не поддаются операционализации и соответственно эмпирической проверке, были неоднократно подвергнуты критике и ревизии. Вместе с тем, именно психоаналитический подход привлек внимание к возможности и необходимости учета психологических факторов в развитии соматических заболеваний, не только теоретически, но и в реальной практике оказания помощи болеющему человеку. Наконец, именно с психоанализом и поныне ассоциируется в первую очередь понятие психосоматической медицины, хотя, безусловно, психоаналитический подход не является единственным и даже основным в психосоматике.

В целях систематизации психологические факторы кардиологического риска, рассматриваемые в современной научной литературе, можно объединить в следующие (взаимосвязанные) группы:

- эмоциональные факторы провокации коронарных событий;
- личностные факторы кардиологического риска;
- клиничко-психопатологические факторы кардиологического риска;
- психосоциальные ситуационные факторы кардиологического риска;
- когнитивно-поведенческие факторы кардиологического риска.

Эмоциональные факторы провокации коронарных событий

Роль стресса и негативных эмоций в провокации обострений заболеваний сердца (стенокардии, инфаркта миокарда, аритмий) известна как из практического, житейского опыта, так и по результатам исследований.

К настоящему времени, по данным мета-аналитических исследований, в качестве верифицированных триггеров острого коронарного синдрома, инфаркт миокарда и внезапной сердечной смерти у лиц с неблагоприятным предрасположением (серечно-сосудистыми заболеваниями) можно считать:

- острый стресс и переживание чрезмерного волнения,
- резкие физические нагрузки (особенно при их нерегулярности),
- переживание гнева.

В отношении стрессовых событий, в частности, эпидемиологические данные свидетельствуют о резком возрастании госпитализаций в связи с инфарктом миокарда в дни стихийных бедствий, террористических актов, в утренние часы понедельников, в дни значимых спортивных состязаний (обострения сердечно-сосудистых заболеваний чаще наблюдаются у

болеельщиков проигравшей стороны). В нескольких исследованиях с использованием дневниковых самоотчетов об эмоциональном состоянии в течение дня было показано, что острый коронарный синдром чаще развиваются на фоне переживания гнева.

Весьма показательны также результаты мультицентрового исследования «Determinants of Myocardial Infarction Onset Study». По результатам опроса 1985 пациентов, госпитализированных в связи с инфарктом миокарда, было установлено, что риск инфаркта в день потери близкого человека повышен в 21 раз и постепенно снижается с каждым последующим днем.

Близкие результаты были получены и при изучении поведенческих и эмоциональных триггеров желудочковых аритмий. Большая часть подобных исследований проводилась с участием пациентов с имплантированными кардиовертерами-дефибрилляторами (условие, значительно облегчающее мониторирование деятельности сердца пациентов). Показано, что риск жизнеопасных желудочковых тахикардий увеличивается при остром стрессе и в целом при возрастании стрессовых нагрузок (в частности, в понедельник). В экспериментальных условиях умственные нагрузки (решение математических задач) и эмоциональный стресс (эмоциональная провокация критическими репликами) способствуют дестабилизации деятельности сердца у лиц с желудочковыми аритмиями (альтернации Т-волн, длительность цикла тахикардий) в противоположность здоровым испытуемым. По результатам мониторирования также убедительно была показана возможность провокации эпизода желудочковой аритмии (в том числе требующей разряда кардиовертера-дефибриллятора) физическими нагрузками и переживанием гнева.

Личностные факторы кардиологического риска

В исследованиях личностных факторов кардиологического риска предпринимается попытка связать устойчивые тенденции реагирования (черты характера или их сочетание) с риском возникновения сердечно-сосудистых заболеваний. Эти исследования наиболее близки психоаналитической традиции и имеют своим источником известную концепцию «личностных профилей» F. Dunbar. В 1930-1940-е годы на основании обследования более полутора тысяч пациентов ею были описаны специфические личностные профили, предположительно определяющие повышенный риск развития различных соматических заболеваний («коронарная личность», «язвенная личность», личность, склонная к ревматоидному артриту, к травмам и т.д.). Как и другие исследователи и клиницисты, F. Dunbar выделяла в качестве существенных характеристик «*коронарной личности*» сверхвовлеченность в работу, амбициозность, стремление к доминированию. В более позднем возрасте при нарастании угрозы социальному статусу у таких лиц, по мнению Dunbar, может наблюдаться депрессивность и аскетичность, стремление всеми силами

сохранить профессиональную активность, невозможность расслабиться и отвлекаться от забот.

В середине 1950-х годов близкие идеи были высказаны американскими кардиологами М. Friedman и R. Rosenman, описавшими специфический поведенческий стиль лиц, склонных к ишемической болезни сердца, – *поведение типа А*, характеризующееся разнообразными признаками нетерпения, постоянной спешки, чрезмерной погруженности в работу, агрессивности, стремления к лидерству и власти. Проведенное авторами проспективное исследование с участием 3000 условно здоровых мужчин показало, что наличие поведения типа А за 8,5-летний период наблюдения более чем в два раза повышает риск развития ИБС (вне зависимости от других известных предикторов). Впоследствии были получены дополнительные свидетельства прогностической значимости поведения типа А в отношении сердечно-сосудистых расстройств. В 1981 году Национальный институт исследования сердца, легких и крови в США (National Heart, Lung and Blood Institute) официально признал поведение типа А фактором риска ИБС. Вместе с тем, начиная с 1980-х годов попытки воспроизведения результатов, полученных в первых работах по поведению типа А, становятся все менее успешными.

Поиски новых психологических предикторов сердечно-сосудистых заболеваний привели к выделению в структуре поведения типа А *враждебности*, понимаемой как комплекс антагонистических установок, проявляющихся в когнитивной (цинизм/подозрительность), эмоциональной (гневливость) и поведенческой (склонность к агрессивным действиям) сферах. В ряде исследований было показано влияние враждебности на риск развития и неблагоприятного течения различных форм сердечно-сосудистой патологии и смертности в целом, хотя результаты в ряде случаев противоречивы.

Вместе с тем, несмотря на лишь умеренную воспроизводимость зависимости кардиологического риска от агрессивности, враждебности, поведения типа А и близких по содержанию психологических характеристик, в настоящее время они рассматриваются как наиболее перспективные личностные предикторы сердечно-сосудистых заболеваний.

В качестве механизмов, определяющих эту зависимость, рассматриваются:

- физиологические корреляты гнева (связанные с активацией симпатической нервной системы);
- выявленные у враждебных лиц особенности психофизиологической регуляции (повышенная физиологическая реактивность в стрессовых ситуациях, в особенности в социально значимых);
- большая подверженность стрессу (вследствие большей конфликтности и склонности оценивать нейтральные ситуации как угрожающие) и сниженный уровень социальной поддержки, затрудняющий обращение к социальным ресурсам;

- повышенный риск развития депрессивного расстройства (являющегося подтвержденным фактором риска широкого спектра соматических заболеваний);
- более выраженная склонность к «нездоровому» поведению (табакокурение, злоупотребление алкоголем, частое употребление кофе, высококалорийная диета и др.).

В целом при попытках выявления личностных факторов кардиологического риска основное внимание уделяется тем тенденциям, которые определяют особенности эмоциональной регуляции и преобладающий фон настроения. Так, например, начиная с 1970-х годов ведутся активные изыскания в отношении психосоматических зависимостей при *алекситимии*. Данный термин введен в 1972 году американским психиатром P. Sifneos. Алекситимия рассматривается им как специфическая особенность психосоматических больных и фактор риска психосоматических заболеваний.

Под алекситимией (букв. с греч. «нет слов для чувств») подразумевается гипотетический личностный конструкт, который определяют следующие особенности:

- трудности в распознавании, описании и выражении эмоций и чувств;
- трудности в разграничении чувств и телесных ощущений;
- склонность описывать эмоции с точки зрения телесных ощущений и поведенческих реакций;
- нарушение способности к символизации, проявляющееся в частности бедностью воображения; ориентированность на внешние события, а не внутренние переживания.

Изначальная интерпретация этого феномена осуществлялась преимущественно с психодинамических позиций. Проводилась аналогия между механизмами симптомообразования у алекситимичных психосоматических больных и механизмами описанных З. Фрейдом «соматических эквивалентов тревоги». Впоследствии алекситимия стала предметом исследования на социокультуральном, когнитивно-психологическом, нейропсихологическом, психофизиологическом уровнях; были выявлены некоторые нейроанатомические и нейрофизиологические особенности лиц с высоким уровнем алекситимии, предположительно объясняющие характерные для них трудности в эмоциональной регуляции и переработке эмоционально окрашенной информации. В ряде исследований было показано, что алекситимия более характерна для больных как с соматическими, так и с психическими расстройствами, определяет их менее благоприятное течение. В то же время убедительного подтверждения прогностического значения алекситимии как фактора риска психосоматических заболеваний у условно здоровых получено не было.

Аналогично, перспективным, но пока не подтвержденным личностным фактором риска кардиологических расстройств остается другой психологический конструкт, описанный в 90-е годы нидерландскими исследователями (J. Denollet и соавт.), – *личность тупа Д* (от англ. distressed –

подверженный дистрессу). Данный тип определяется через сочетание двух основных тенденций:

- негативной аффективности (устойчивой склонности к негативным переживаниям);
- социального сверхконтроля (склонности к подавлению эмоций в межличностном взаимодействии).

Авторами концепции было продемонстрировано негативное прогностическое значение рассматриваемого личностного типа у пациентов с диагностированными сердечно-сосудистыми заболеваниями (отношение шансов сердечно-сосудистых осложнений и смерти составляет от 4,1 до 8,9) вне зависимости от других известных факторов риска, однако самостоятельного значения личности типа Д в развитии сердечно-сосудистых заболеваний показано не было.

В целом, в доступных эмпирических исследованиях заметно обращение к базовым идеям классиков психосоматической медицины относительно личностных факторов кардиологического риска. Получают определенное подтверждение гипотезы относительно роли гнева, враждебности, эмоциональной нестабильности в развитии сердечно-сосудистых заболеваний, но психологические закономерности формирования этих факторов риска остаются пока недостаточно изученными. Значительно большее внимание уделяется механизмам их влияния на соматический статус через «нездоровый» образ жизни, стресс и психопатологические расстройства.

Клинико-психопатологические факторы кардиологического риска

К клинико-психопатологическим факторам риска кардиологических расстройств относят:

- депрессивные расстройства и симптомы депрессии;
- тревожные расстройства и проявления тревоги;
- посттравматическое стрессовое расстройство;
- шизофрения и расстройства шизофренического спектра.

Депрессивные расстройства. Наиболее убедительные свидетельства в пользу клинико-психопатологических факторов кардиологического риска получены в отношении депрессии. По данным систематических обзоров (Kuper H. et al., 2002) на начало 2000-х годов роль депрессии в развитии ИБС и коронарных событий с высокой статистической значимостью подтверждена в 15 из 22 проспективных исследований, при этом наибольшей прогностической ценностью обладает клинически диагностированное депрессивное расстройство (в противоположность депрессивным симптомам, оцениваемым психометрически).

Убедительно показано негативное влияние депрессивных состояний на медицинский прогноз при уже развившихся сердечно-сосудистых

заболеваниях, в том числе после кардиохирургического и интервенционного лечения.

Среди факторов, опосредующих зависимость между депрессией и кардиометаболическим статусом, особое внимание уделяется нарушениям по гипоталамо-гипофизарно-адренокортикальной оси, автономной дисрегуляции, провоспалительным факторам, а также типичным поведенческим изменениям при депрессивных состояниях.

Тревога и тревожные расстройства. Свидетельства роли тревоги/тревожности и тревожных расстройств в формировании кардиологического риска разрозненны и недостаточно убедительны. По данным Н. Kurer et al. (2002), значение тревожности в развитии ИБС и инфаркта миокарда подтверждено в 4 из 8 релевантных исследований, что не позволяет сделать однозначные выводы относительно роли тревожных состояний в возникновении сердечно-сосудистых заболеваний.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). В последние десятилетия все большее внимание исследователей привлекает зависимость кардиологического риска от посттравматического стрессового расстройства, обусловленного опытом чрезвычайных, угрожающих жизни событий и проявляющегося неконтролируемым оживлением аффективно заряженного опыта травмы. Несмотря на недостаточную изученность проблемы, имеются определенные свидетельства в пользу большей подверженности сердечно-сосудистым заболеваниями лиц с ПТСР. Предполагается, что повышенный риск кардиометаболических расстройств при ПТСР определяется специфическим паттерном нейроэндокринных и иммунных отклонений, а также его сочетанием с различными поведенческими факторами риска.

Шизофрения. Исследования свидетельствуют, что пациенты с шизофренией подвержены в 2-3 раза большему риску инфаркта миокарда, а также смерти от сердечно-сосудистых заболеваний по сравнению с лицами, не страдающими шизофренией, причем этот риск определяется не только поведенческими факторами, социальной изоляцией и побочными эффектами антипсихотической терапии. Последние, вместе с тем, играют существенную роль. Так, среди лиц с расстройствами шизофренического спектра значительно чаще встречаются никотиновая зависимость (70%-80%) и ожирение (45-55%). Особая роль в формировании повышенного кардиометаболического риска при шизофрении отводится антипсихотическим препаратам, при длительном применении приводящим к увеличению массы тела, дислипидемии и инсулинорезистентности. Существенными и влияющими на клиническую картину заболевания признаются также выявляемые при шизофрении нарушения по гипоталамо-гипофизарно-адренокортикальной оси.

В целом исследования свидетельствуют о значительной роли психических расстройств в формировании кардиологического риска, причем в наибольшей мере это касается серьезных, клинически значимых состояний – «большой» депрессии и шизофрении, при которых наблюдаются как

выраженное изменение образа жизни, так и специфические нейроэндокринные и иммунные нарушения.

Психосоциальные ситуационные факторы кардиологического риска

При оценке ситуационных факторов в формировании кардиологического риска основное внимание уделяется внешним обстоятельствам жизни индивида, которые могут быть зарегистрированы относительно объективно. При этом в центре внимания оказываются две основные переменные:

- (хронический) стресс;
- уровень социальной поддержки и социальной интеграции.

Хронический стресс.

В проспективных исследованиях получены подтверждения роли хронического стресса в формировании риска ИБС. В рамках мультицентрового исследования INTERHEART, охватившего 24767 респондентов из 52 стран, было установлено, что лица, перенесшие первый инфаркт миокарда, в сравнении с контрольной группой ретроспективно в 1,5 раза чаще отмечают периоды значительной напряженности на работе и дома, а также в 2 раза чаще – хронический стресс. Согласно результатам исследования Whitehall II, включившего более 10 тысяч лондонских госслужащих, хронический профессиональный стресс сопряжен с повышенным риском развития ИБС при 11-летнем периоде наблюдения. При этом максимальный риск был зарегистрирован среди молодых респондентов, профессиональная деятельность которых характеризовалась сочетанием высоких требований с ограниченными возможностями принятия решений.

Патогенные эффекты стресса достаточно глубоко изучены и определяются в первую очередь повышенной активацией гипоталамо-гипофизарно-адренокортикальной системы и автономной дисрегуляцией, имеющими своим результатом повышение уровня глюкокортикоидов, интерлейкина-6, С-реактивного белка, вязкости крови, а также снижение вариабельности сердечного ритма. Кроме того, в последние десятилетия широко обсуждается связь хронического стресса и висцеро-абдоминального распределения жировой ткани как ключевого компонента метаболического синдрома.

Доказано, что при хроническом стрессе актуализируются вредные привычки, более типичным становится «нездоровое» поведение: употребление более калорийной пищи, переизбыток, более частое курение и употребление алкоголя, снижение уровня физической активности. Такое поведение может рассматриваться в том числе как способ саморегуляции эмоционального состояния, определенная стратегия преодоления стресса.

Социальная поддержка и социальная интеграция. Отечественные и зарубежные медико-социальные исследования позволяют обоснованно утверждать, что среди лиц с низким уровнем образования и дохода,

безработных, проживающих в стесненных материальных условиях, в одиночестве уровень заболеваемости и смертности значительно выше, чем в социально более благополучных группах населения. Механизмы, лежащие в основе указанных зависимостей, многообразны, однако в целом соответствуют двум моделям:

- модели доступности материальных ресурсов;
- модели доступности психосоциальных ресурсов.

Традиционным считается объяснение, согласно которому лица с более высоким социально-экономическим статусом обладают более широкими возможностями для удовлетворения базовых потребностей и способны использовать более эффективные меры для предупреждения заболеваний и их лечения. Вместе с тем все большее распространение получает позиция, согласно которой существует как прямое влияние социальных условий на качество жизни и здоровье человека, так и влияние, опосредованное комплексом психологических факторов, в частности уровнем враждебности, пессимизма, самооценки, общей культуры заботы о здоровье, информированности о здоровом образе жизни, уровнем субъективного контроля, хроническим стрессом.

В качестве важного опосредующего фактора выделяется также уровень социальной поддержки, который оценивается либо по структурным (количество и интенсивность социальных контактов/связей), либо по функциональным характеристикам – способности социальных отношений удовлетворять потребностям индивида в получении информации, сочувствии, действенной помощи и т.д.

Роль недостаточной социальной поддержки как фактора риска соматических заболеваний получила подтверждение во многих исследованиях. В частности, отмечается, что ее патогенные эффекты сопоставимы с эффектом табакокурения. На начало 2000-х годов зависимость риска ИБС от уровня социальной поддержки была продемонстрирована в 6 из 9 релевантных исследований (Kuper H. et al., 2002). В аналитическом обзоре проспективных исследований, реализованных к 2004 году, Lett et al. (2005) приводят восемь исследований, продемонстрировавших влияние как структурных, так и функциональных характеристик социальной поддержки на риск возникновения ИБС, нефатального инфаркта миокарда и смерть от сердечно-сосудистых заболеваний.

Данные результаты систематически воспроизводятся и в более поздних работах, в том числе на российской выборке. При этом по мере накопления эмпирических данных становится очевидно, что в формировании кардиологического риска существенно больший вклад вносят функциональные характеристики социальной поддержки по сравнению со структурными.

В целом исследования свидетельствуют о важной роли контекста жизнедеятельности индивида в формировании кардиологического риска, в то же время влияние этих ситуационных факторов оказывается в значительной мере опосредовано особенностями эмоционального реагирования и

саморегуляции, а также субъективной оценкой личностью ситуации и другими установками, определяющими поведение. Эти установки всесторонне изучаются в рамках когнитивно-поведенческого направления.

Когнитивно-поведенческие факторы кардиологического риска

В основе когнитивно-поведенческого подхода лежат положения различных концепций научения, то есть усвоения и закрепления определенных поведенческих стереотипов и психофизиологических реакций. Отечественные достижения в данной области связаны главным образом с работами физиологической школы И.П. Павлова и созданием кортико-висцеральной концепции, в рамках которой условно-рефлекторные принципы распространяются на деятельность внутренних органов, включая сердечно-сосудистую систему. Не предполагая собственно психологического звена в патогенезе соматических заболеваний (а заменяя его понятием второсигнальной либо центральной корковой регуляции), представители данного направления видели возможность возникновения функциональных и органических соматических нарушений (включая кардиологические) в результате нарушения корково-подкорковых связей и формирования патологических условных рефлексов внутренних органов и систем. Наиболее ярким примером приложения павловских идей к пониманию патогенеза сердечно-сосудистых заболеваний является широко известная концепция нейрогенного происхождения гипертонической болезни, предложенная Г.Ф. Лангом в 1920-е годы и получившая развитие в работах А.Л. Мясникова. Существенно, что несмотря на отрицание как такового «психологического происхождения» соматических заболеваний, кортико-висцеральная концепция содержит в «психологическую» идею о «социализации» соматических функций у человека.

В зарубежной психосоматике и поведенческой медицине развивались и развиваются весьма разнообразные психологические модели в контексте когнитивно-поведенческого подхода, прежде всего раскрывающие роль представлений, убеждений и когнитивных установок в формировании поведения, связанного со здоровьем. Исследования соотношения представлений и поведения, а также обоснование коррекции поведения, связанного со здоровьем, путем трансформации касающихся его представлений (оценок, убеждений, знаний), составляют в настоящее время одно из наиболее влиятельных направлений психосоматической медицины. В поведенческом же ключе реализуются и многочисленные исследования роли стресса и психических расстройств в развитии соматических заболеваний.

Таким образом, исследования когнитивно-поведенческих факторов кардиологического риска направлены на выявление представлений, суждений, установок и других когнитивных образований, влияющих на связанное со здоровьем поведение и образ жизни в целом. Необходимость выявления именно

специфических когнитивных предикторов поведения обусловлена тем, что зачастую существует расхождение между общими представлениями индивида о необходимости тех или иных действий, предупреждающих заболевание (или его обострение), и его реальным поведением. В рамках данного направления медико-социальных и медико-психологических изысканий разработан целый ряд концепций формирования и поддержания здорового образа жизни и профилактического поведения как неспецифических условий предупреждения сердечно-сосудистых заболеваний.

В ряде исследований показано прогностическое значение таких психологических конструктов, как информированность, 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 (самоэффективность), представление о социальной желательности профилактического поведения, о риске неблагоприятных последствий невыполнения медицинских рекомендаций, о мере личного влияния и влияния внешних обстоятельств на состояние здоровья (локус контроля здоровья/болезни). Поведенческие изменения в реализации здорового образа жизни описываются как стадийный процесс, характеризующийся особой динамикой готовности индивида к трансформации стиля жизни и восприимчивости к соответствующей информации.

В целом исследования указывают на возможность прогнозирования связанного со здоровьем поведения на основании когнитивных факторов – установок и убеждений, касающихся здоровья. Вместе с тем предлагаемые модели подвергаются ревизии, что приводит к разработке новых концепций и усложнению уже имеющихся, причем на современном этапе ввиду разнородности накопленных эмпирических данных уже приобретает актуальность вопрос о синтезе различных подходов.

Обобщая изложенное в данном разделе, необходимо заключить, что к настоящему времени накоплены свидетельства определенного психосоматического предрасположения у больных с сердечно-сосудистой патологией, которое определяется сочетанием следующих ситуационных, эмоциональных и личностных факторов:

- недавно перенесенное остро-психотравмирующее событие и / или хроническая психотравматизация;
- сниженный фон настроения или клинически значимые депрессивные расстройства;
- повышенная конфликтность, враждебность, недоверчивость, эмоциональная возбудимость, выраженная потребность в доминировании и недостаточная гибкость;
- недостаточность социальной поддержки, ограниченность близких доверительных социальных контактов;

- эмоционально-напряженный образ жизни.

Литература

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Пер. с англ. С. Могилевского. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002.
2. Алёхин А.Н., Трифонова Е.А. Психологические факторы кардиометаболического риска: история и современное состояние проблемы // Артериальная гипертензия. – 2012. Том 18. – № 4. – С. 278–291.
3. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике: научно-практическое руководство. – СПб.: Речь, 2011.
4. Гурвич И.Б. Социальная психология здоровья. – СПб.: изд-во СПбГУ, 1999.
5. Погосова Г.В. Депрессия – новый фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти // Кардиология. – 2002. – №4. – С. 86-91.
6. Погосова Г.В. Признание значимости психоэмоционального стресса в качестве сердечно-сосудистого фактора риска первого порядка // Кардиология. – 2007. – № 2. – С. 65-72.
7. Положенцев С.Д., Руднев Д.А. Поведенческий фактор риска ишемической болезни сердца (тип А). – Л.: Наука, 1990.
8. Фенихель О. Психоаналитическая теория неврозов. – М.: изд-во «Академический проект», 2004.
9. Anger, Hostility, and the Heart / A.W. Siegman & T.W. Smith (Ed.) – New Jersey Hove : London ; Lawrence Erlbaum Associates, Publishers : Hillsdale, 1994. – 285 p.
10. Kuper H., Marmot M., Hemingway H. Systematic review of prospective cohort studies of psychosocial factors in the etiology and prognosis of coronary heart disease // Semin Vasc Med. – 2002. – Vol. 2, № 3. – P. 267-314.
11. Lett H.S., Blumenthal J.A., Babyak M.A. et al. Social support and coronary heart disease: epidemiologic evidence and implications for treatment // Psychosomatic Medicine. – 2005. – Vol. 67, № 6. – P. 869–878.

ЗАКОНОМЕРНОСТИ АДАПТАЦИИ ЛИЧНОСТИ К УСЛОВИЯМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Критерии психической адаптации к болезни

Проблема психической адаптации пациента к заболеванию является ключевой в рамках психологии соматического больного. От успешности адаптации к болезни в значительной мере зависит качество жизни пациента и медицинский прогноз.

В психологическом смысле процесс адаптации представляет собой формирование *отношения к болезни* и перестройку в связи с этим всей системы отношений личности.

Понятие отношения к болезни связано с широким кругом психологических феноменов, рассматриваемых при исследовании проблемы взаимосвязей в системе «личность – болезнь». В более узком смысле отношение к болезни анализируется с точки зрения теории отношений В.Н.Мясищева, где система отношений выступает в качестве главной

характеристики личности, а само отношение понимается как индивидуальная сознательная (или способная к осознанию) избирательная психологическая связь человека с различными сторонами действительности, находящая отражение на когнитивном (интеллектуальном), эмоциональном и поведенческом уровнях – в представлениях, переживаниях, действиях. Отношение к болезни, структурно-функциональные изменения во всей системе отношений пациента в связи с фактом болезни закономерно влияют не только на характер течения заболевания и медицинский прогноз, но и на ход развития личности, ее судьбу.

В отношении пациента к болезни выражается неповторимость его личности, опыта, актуальной жизненной ситуации (в том числе, особенностей самого заболевания). Отношение к болезни не сводимо к представлениям, эмоциональной реакции или поведенческой стратегии в связи с болезнью, хотя включает все эти три компонента и проявляется в них.

В рамках проблемы отношения к болезни в более широком смысле рассматриваются такие понятия как «внутренняя картина болезни», «личностный смысл болезни», «переживание болезни», «образ болезни», «представления о болезни», «реакция на болезнь», «сознание болезни», «соматонозогнозия» и т.п.

Понятие «внутренняя картина болезни» ввел Р.А. Лурия, который определял его как всю совокупность ощущений и переживаний пациента в связи с заболеванием и лечением. Автор выделял во внутренней картине болезни два уровня:

- сенситивный, характеризующийся изменением самоощущения, субъективно воспринимаемыми симптомами болезни и эмоциональными состояниями в связи с болезнью;
- интеллектуальный, отражающий представления, мысли пациента о болезни, ее причинах и последствиях, о лечении и его эффективности и др.

Дальнейшие исследования привели к более тонкой дифференциации структурных характеристик внутренней картины болезни. Так, например, В.В. Николаева (1987), рассматривая внутреннюю картину болезни как комплекс вторичных, психологических по своей природе, симптомов заболевания, выделяет в ее структуре четыре уровня: чувственный, эмоциональный, интеллектуальный и мотивационный.

Внутренняя картина болезни выступает в качестве целостного когнитивно-эмоционально-поведенческого комплекса, определяющего индивидуальное своеобразие понимания и переживания ситуации болезни, а также поведения в связи с болезнью.

В рамках деятельностного подхода в психологии, связанного в первую очередь с работами А.Н. Леонтьева, личностный смысл болезни определяется как субъективное значение заболевания и обусловленной им жизненной ситуации для пациента в отношении к мотивам его деятельности (Тхостов А.Ш., 2002). В соответствии с данным определением выделяют три типа личностных смыслов болезни:

- *преградный (негативный) смысл*: болезнь воспринимается пациентом как фрустратор актуальных потребностей, препятствие на пути достижения значимых целей и самореализации;
- *позитивный смысл*: болезнь представляется пациенту возможностью избавления от прежних негативных переживаний, внутри- и межличностных конфликтов, проблем и обязанностей либо средством достижения определенных целей;
- *конфликтный смысл*: болезнь рассматривается пациентом как возможность достижения одних значимых целей и одновременно как препятствие к достижению других значимых целей.

Личностный смысл болезни – это результат надления субъективным значением различных аспектов жизненной ситуации, возникающей в связи с болезнью. Исследование личностного смысла болезни предполагает проникновение во внутренний мир пациента, попытку воссоздания субъективного опыта жизни с болезнью.

Среди факторов, влияющих на характер отношения к болезни (внутреннюю картину болезни, её личностный смысл), выделяют следующие:

- *Клинические характеристики заболевания*: актуальный соматический статус, степень витальной угрозы, характер симптоматики, особенности течения (хроническое, острое, приступообразное) и актуальная фаза течения болезни (обострение, ремиссия), медицинский прогноз, степень и характер функциональных ограничений, специфика лечения и его побочных эффектов и др.
- *Преморбидные особенности личности*: структура личности, стиль стресс-преодолевающего поведения, особенности системы значимых отношений и ценностей, особенности самосознания (самовосприятия, самооценки, самоотношения) и др.
- *Социально-психологические факторы*: возраст на момент начала болезни, социальный статус пациента и характер влияния на него болезни, уровень социальной поддержки, вероятность стигматизации, представления о заболевании, характерные для микросоциального окружения больного, представления о заболевании и нормы поведения больного, характерные для общества в целом и др.

Важную роль в формировании отношения к болезни при сердечно-сосудистой патологии играет феномен социокультурной семантики сердца, которая заключается в понимании фигуры сердца как главного «инструмента» любви, благополучия и здоровья. Существенным социально-психологическим аспектом сердечно-сосудистых заболеваний является их условная «престижность» по сравнению с другими болезнями (например, кожи, желудочно-кишечного тракта). Особая семантика сердца определяет восприятие человека с кардиологической патологией как ранимого, сострадательного (сердечного), перенесшего жизненные невзгоды.

На отношение пациентов к болезни, безусловно, оказывает влияние вовлеченность витально значимого органа. Она способствует формированию

гипертрофированного чувственного уровня внутренней картины болезни, а значение сердцебиения как индикатора жизни и жизнеспособности определяет выраженность явлений тревожной бдительности и актуализацию страха смерти.

Личностные преморбид кардиологических пациентов (если речь не идет о врожденных пороках сердца), как указывалось ранее, определяется выраженной стеничностью, которая может проявляться склонностью к активной деятельности, сверхвовлеченностью в работу, амбициозностью, в некоторых случаях – враждебностью. Соответственно, преобладающим типом отношения к болезни у пациентов (по крайней мере в состоянии компенсации) является эргопатический, предполагающий стремление «переломить» болезнь и сохранить прежний уровень социальной активности.

Z. Lipowski (1969) отмечает, что характер переживания ситуации болезни и ее личностный смысл для пациента, а также их влияние на поведение и взаимодействие пациента с другими людьми, являются компонентами целостной личностной реакции на болезнь. Автор выделяет три взаимосвязанных компонента личностной реакции на болезнь:

- личностный смысл болезни – значение, которым наделяет пациент болезнь, субъективная значимость болезни в контексте жизненного опыта и системы отношений конкретной личности;
- эмоциональная реакция на болезнь;
- совладающее со стрессом болезни поведение.

Близкий подход (по сути, когнитивно-поведенческий) в модели саморегуляции предлагают Н. Leventhal et al. (1984). В модели представлено три основных механизма управления болезнью пациентом, которые замыкают механизм обратной связи.

1. Субъективная репрезентация болезни (субъективная модель болезни), включающая следующие компоненты:
 - *отличительные особенности болезни* – то, каким образом пациент описывает болезнь, те симптомы, которые он воспринимает как проявления заболевания;
 - *причины болезни* – представления пациента о причинах заболевания, провокаторах обострения и т.п.;
 - *временная перспектива* – представления пациента о возможной продолжительности заболевания и характере его течения (острое, хроническое, ремиттирующее);
 - *последствия* – представления пациента о результатах влияния заболевания на его жизнь;
 - *субъективно оцениваемая контролируемость* – представления пациента о зависимости течения болезни и ее симптомов от личных действий и/или действий специалистов (медиков), в первую очередь представления об эффективности рекомендуемого лечения.
2. Способ преодоления стресса болезни (копинг болезни), стратегия разрешения связанных с болезнью проблем и управления эмоциональной реакцией на болезнь.

3. Оценка результатов поведения (копинга):

- эмоциональный результат;
- соматический результат.

Выбор и осуществление той или иной поведенческой стратегии в связи с обстоятельствами болезни зависят от представлений пациента о ней – от специфики субъективной модели заболевания. В свою очередь, оценка результатов использования избранной поведенческой стратегии посредством механизма обратной связи влияет на субъективное восприятие болезни. Таким образом, формируя субъективный образ болезни, выбирая стратегию совладания со стрессом болезни, оценивая результат своих действий и корректируя представления о заболевании, пациент осуществляет саморегуляцию. Данный процесс протекает в социальном контексте и зависит от социально-психологических факторов, соответствующих как микро-, так и макроуровням, в первую очередь, от когнитивно-поведенческих стереотипов, усваиваемых благодаря влиянию ближайшего окружения и референтной группы, а также в результате трансляции культурных (этно-культурных) норм в целом.

В сущности, описанная модель отражает в рамках когнитивно-поведенческого подхода механизмы и суть процесса психической адаптации к болезни.

Интегрируя все представленные подходы, можно определить **психическую адаптацию к болезни** как такое изменение системы личностных отношений пациента, которое позволяет ему (насколько это возможно) стабилизировать соматическое состояние за счет следования медицинским рекомендациям и одновременно сохранять эмоциональную стабильность, положительный фон настроения, чувство удовлетворенности.

Таким образом, можно выделить следующие группы критериев психической адаптации к заболеванию.

- Поведенческие: следование медицинским рекомендациям относительно лечения и образа жизни.
- Эмоциональные: сохранение эмоциональной стабильности, интегрального чувства удовлетворенности, адекватной самооценки.

Характер болезни определенным образом влияет на специфику поведенческих критериев адаптации, которые связаны с конкретными медицинскими рекомендациями по контролю заболевания. Эмоциональные же критерии являются преимущественно общими ввиду относительной универсальности признаков психической адаптированности, точнее – признаков нарушения психической адаптации, поскольку в большинстве случаев адаптированность (как и здоровье) определяется негативно – через отсутствие признаков нарушения адаптации.

Безусловно, важную роль при оценке психической адаптации играют когнитивные параметры – степень информированности о заболевании и лечении, знания о рекомендуемом образе жизни, базовые убеждения,

когнитивные схемы и т.д., однако они являются в большей мере детерминантами психической адаптации, нежели её проявлениями.

Таким образом, адаптированным к ситуации заболевания можно считать пациента, соблюдающего медицинские рекомендации относительно лечения и образа жизни и не обнаруживающего в эмоциональной нестабильности, напряженности, неудовлетворенности, фрустрированности.

Очевидно, что описанные выше характеристики принадлежат «идеальному пациенту», поскольку предполагают наличие у больного значительных адаптационно-компенсаторных возможностей. Большинству пациентов с трудом удается распределить ограниченные ресурсы по преодолению стресса болезни между двумя категориями значимых целей – поддержание соматического здоровья и сохранение эмоциональной стабильности. Медицинские рекомендации могут нарушать устоявшиеся стереотипы поведения пациента, требовать значительных усилий по перестройке образа жизни (например, отказ от курения, соблюдение диеты, физические самоограничения) и тем самым фрустрировать актуальные потребности. В результате в той или иной мере может страдать приверженность лечению либо эмоциональный комфорт.

Варианты приспособления, при которых достижение поведенческих критериев адаптации к болезни осуществляется с ущербом для эмоционального благополучия, либо достижение эмоциональных критериев адаптации к болезни осуществляется с ущербом для приверженности медицинским рекомендациям, можно называть *псевдоадаптацией* к болезни. Если же пациент не в состоянии ни перестроить свой образ жизни в соответствии с требованиями лечения, ни сохранить эмоциональное благополучие, есть основания говорить о *нарушении психической адаптации* в связи с болезнью.

Критерии психической адаптации		Поведенческие критерии адаптации	
		Неприверженность медицинским рекомендациям	Приверженность медицинским рекомендациям
Эмоциональные	Эмоциональные нарушения	Нарушение психической адаптации к болезни / дезадаптация	Псевдоадаптация к болезни по гипернозогностическому типу («уход в болезнь»)
	Эмоциональная стабильность	Псевдоадаптация к болезни по гипонозогностическому типу («игнорирование болезни»)	Психическая адаптация к болезни

Нарушение психической адаптации к заболеванию / дезадаптация.

Нарушение психической адаптации к заболеванию, как правило, наблюдается у пациентов со скрытой психической уязвимостью, актуализирующей в ситуации болезни, либо у пациентов с нарушениями психической адаптации в

преморбиде. Стресс болезни выявляет «слабые места» личности и нарушает неустойчивое равновесие, достигавшееся ранее благодаря защитно-компенсаторным механизмам.

Варианты нарушения адаптации в связи с болезнью разнообразны и зависят от характера эмоциональной реакции на болезнь, стиля стресс-преодолевающего поведения, а также клинических характеристик заболевания.

Клинически нарушения адаптации данного типа соотносятся с нозогенными психическими расстройствами.

В основе нозогенных расстройств лежит дезадаптивная реакция личности на заболевание и его последствия. Преобладающими могут быть как тревожно-фобические, ипохондрические, депрессивные проявления, так и реакции отрицания болезни с демонстративно-манипулятивной подоплекой.

Стрессогенная (эмоциогенная) дезорганизация поведения, трудности интеграции опыта болезни в систему личностных отношений приводят к тому, что обеспокоенность и фрустрированность болезнью сочетается с неспособностью предпринять конструктивные действия по преодолению недуга.

Нозогении могут проявляться страхами и тревожными опасениями по поводу своего нездоровья и невозможности полной социальной реабилитации, сочетаться с обостренным самонаблюдением, гипертрофированной оценкой угрожающих здоровью последствий заболевания. При затяжных реакциях на первый план выступают явления ригидной ипохондрии с тщательной регистрацией малейших признаков телесного неблагополучия, установлением щадящего «предохраняющего» от возможных осложнений или обострений соматической болезни режима (диета, главенство отдыха над работой, исключение любой информации, воспринимаемой как «стрессорная», жесткая регламентация физических нагрузок, приема медикаментов и пр.).

В ряде случаев сознание происшедших патологических изменений в деятельности организма сопровождается не тревогой и страхом, но стремлением к преодолению недуга с выраженным переживанием фрустрированности болезнью. Доминируют идеи полного восстановления «любой ценой» физического и социального статуса, ликвидации причин заболевания и его последствий. Больные ощущают в себе потенциальные возможности усилием воли «переломить» ход событий, положительно повлиять на течение и исход соматического страдания, «модернизировать» лечебный процесс нарастающими нагрузками или физическими упражнениями, производимыми вопреки медицинским рекомендациям. Важно отметить, что одним из факторов риска развития гипернозогнозических реакций является некорректное (неэтичное) поведение врача (медицинского персонала), приводящее к неправильной интерпретации пациентом симптомов и тяжести заболевания, а также к формированию дезадаптивных установок в отношении болезни.

Часто отмечается неосознанное использование болезни как средства привлечения внимания окружающих и оправдания жизненных неудач.

Возможны как повышенная эмоциональная вовлеченность в ситуацию болезни, так и мнимое равнодушие, которое, однако, в отличие от псевдоадаптивного варианта поведения, сочетается с нарушениями социального функционирования, обеднением ценностно-мотивационной сферы, манипулятивностью в отношениях с микросоциальным окружением, эмоциональной неустойчивостью. Нарочитое игнорирование болезни становится скрытым «призывом» к повышенному вниманию и опеке: индуцируя у окружающих людей (прежде всего, близких) тревогу по поводу своего состояния, пациент перекладывает на них ответственность за преодоление трудностей, связанных с болезнью.

Можно выделить следующие паттерны личностного реагирования на заболевание, сопряженные с нарушением психической адаптации к болезни и соотносящиеся со специфическими типами отношения к болезни (чаще всего, тревожным, неврастеническим, меланхолическим, апатическим, сенситивным, эгоцентрическим, паранойяльным, дисфорическим).

Тревожный тип – характеризуется постоянным чувством обеспокоенности пациента соматическим состоянием, медицинским прогнозом, реальными и мнимыми симптомами болезни и осложнений, степенью эффективности лечения и т.п. Тревога в связи с заболеванием заставляет пациента испытывать новые способы лечения, обращаться к множеству специалистов, что, однако, не приводит к успокоению и избавлению от страхов. Тревожное отношение к болезни может также проявляться навязчивыми мыслями о маловероятных неблагоприятных последствиях заболевания и лечения, постоянными размышлениями о возможном влиянии заболевания на повседневную жизнь, о риске инвалидизации, летального исхода и т.п. Эмоциональная напряженность пациентов в значительной мере дезорганизует их поведение и препятствует стабильному выполнению медицинских рекомендаций. На фоне общей тревожности возможно развитие кардиофобических и панических состояний, специфических страхов и фобий.

Неврастенический тип – характеризуется явлениями раздражительной слабости, повышенной утомляемости, непереносимостью болевых ощущений, вспышками раздражения и нетерпения в связи с болезнью и неудачами в лечении с последующим раскаянием за собственную несдержанность. Ключевым переживанием пациентов является «усталость от болезни», ее непереносимость. Пациенты характеризуются повышенной нервно-психической истощаемостью, эмоциональной несдержанностью, особенно в ситуациях, касающихся болезни и лечения.

Депрессивный (меланхолический) тип – определяется сниженным настроением, подавленностью в связи с болезнью, неверием в успех лечения и возможность улучшения соматического состояния, чувством собственной никчемности, ненужности и вины в связи с болезнью/немощностью, суицидальными идеями. Пессимистический настрой пациента при меланхолическом типе отношения к болезни обуславливает его преимущественно пассивную позицию в лечебном процессе, склонность к

формированию фаталистических установок и негативному интерпретированию любой информации, касающейся состояния здоровья. Часто отмечается тенденция к восприятию межличностных и других жизненных затруднений как результата негативных последствий заболевания.

Апатический тип – характеризуется (часто защитным) безразличием к своей судьбе, исходу заболевания, результатам лечения, пассивностью в лечении, сужением круга интересов и социальных контактов, общим снижением уровня активности пациента.

Сенситивный тип – проявляется повышенной чувствительностью к мнению окружающих относительно факта болезни, боязнью стать обузой для близких, стремлением скрывать факт заболевания, ожидая неблагоприятной реакции, оскорбительной жалости или подозрений в использовании заболевания в корыстных целях. Характерна склонность пациента к интерпретированию межличностных трудностей как следствия осознанных или неосознанных негативных установок и предубеждений окружающих в связи с болезнью, ее проявлениями и последствиями.

Эгоцентрический тип – характеризуется осознанными или малоосознаваемым стремлением пациента использовать заболевание с целью манипулирования окружающими и привлечения их внимания, требованием исключительной заботы о себе и подчинения их интересов своим. При эгоцентрическом типе отношения к болезни у пациента нередко отмечается убежденность в уникальности своего страдания и в целом судьбы. Стремление содействовать успеху лечения часто носит декларативный характер и может сочетаться с фаталистическими и пессимистическими установками, отказом от потенциально эффективных медицинских вмешательств.

Паранойяльный тип – связан с уверенностью пациента в том, что болезнь является результатом злого умысла, подозрительностью в отношении лекарств и процедур, поведения врача и близких. Отмечается тенденция к интерпретированию побочных эффектов и осложнений как следствия недобросовестности или злонамеренности медперсонала.

Дисфорический тип – проявляется злобно-тоскливым настроением в связи с болезнью, завистью, враждебностью по отношению к здоровым людям, раздражительностью, вспышками гнева, требованием подчинения окружающих личным интересам, в том числе связанным с болезнью и лечением.

Псевдоадаптация к болезни по гипнозогностическому типу. При этом варианте приспособления больному удается с большим или меньшим успехом сохранять эмоциональную стабильность и удовлетворенность актуальной жизненной ситуацией, однако при очевидной недооценке тяжести заболевания и, соответственно, значимости лечебно-профилактических мероприятий.

Синдром отрицания болезни распространен преимущественно у больных с угрожающей жизни патологией, а также патологией, требующей серьезного кардиохирургического вмешательства. Полное отрицание заболевания, сопряженное с убежденностью в абсолютной сохранности функций организма,

встречается относительно редко. Чаще наблюдается тенденция к минимизации тяжести проявлений болезни. В этом случае пациенты отрицают не заболевание как таковое, а лишь те его аспекты, которые имеют угрожающий смысл (например, хронический, по сути, неизлечимый характер сердечно-сосудистой патологии, риск инсульта вследствие плохого контроля артериального давления, необходимость кардиохирургических вмешательств, риск повторного инфаркта миокарда и др.).

Весьма интересны в связи с этим результаты британского исследования, проведенного в 1970-е годы H.S. Croog и соавт. (1971). Обследовав 345 мужчин в возрасте 30–60 лет, перенесших первый инфаркт миокарда, авторы установили, что 20 % пациентов перед выпиской (то есть спустя 3 нед. 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 (эгоцентризма, раздражительности, вспыльчивости и т.п.), а также каких-либо трудностей или конфликтов в супружеских отношениях.

В дальнейших исследованиях были выделены специфические компоненты гипнозогнозии – отрицание факта болезни, отрицание ее последствий, отрицание эмоциональной реакции на заболевание и др.

Основные варианты гипнозогнозического реагирования соотносятся с так называемым эргопатическим, собственно анозогнозическим отношением к болезни а также отношением к болезни, отражающим феномен ипохондрии здоровья.

Эргопатический тип – проявляется стремлением пациента компенсировать чувство уязвимости и несостоятельности в связи с болезнью повышенной социальной активностью, достижениями в профессиональной, учебной и иной социально значимой деятельности. Серьезность заболевания и важность добросовестного выполнения медицинских рекомендаций, как правило, недооцениваются либо признаются формально с фаталистическими установками и отказом от активного участия в лечебном процессе. Характерно избирательное отношение к лечению, предпочтение социальных ценностей ценности здоровья, стремление сохранять высокий уровень социальной активности и приносить пользу окружающим (прежде всего, близким), несмотря на физические ограничения. Среди пожилых, не работающих пациентов эргопатические установки проявляются стремлением быть полезными для окружающих, повышенной вовлеченностью в хозяйственно-бытовую активность с неадекватными нагрузками либо не рекомендованными врачом формами деятельности (например, поднятие тяжестей, длительная

работа наклонившись). Стремясь к достижению поставленных целей деятельности (трудовой, учебной, хозяйственной), такие пациенты могут пренебрегать медицинскими рекомендациями, пропускать прием назначенных лекарственных препаратов, плановые посещения врача и т.д.

В основе эргопатического отношения к болезни лежит тревога в связи с угрозой самооценке, боязнь потерять уважение и авторитет окружающих, страх быть покинутым, бесполезным, инертность стереотипов поведения, явное или неявное подкрепление со стороны социального окружения, недостаточная информированность о заболевании и связанном с ним риске.

Анозогностический тип – проявляется недооценкой серьезности заболевания и значимости выполнения медицинских рекомендаций, стремлением сохранить прежний образ жизни и прежний образ Я, несмотря на болезнь. При эйфорическом варианте анозогнозии наблюдается необоснованно повышенное настроение, шутливость, пренебрежительное, легкомысленное отношение к болезни и лечению. В крайних случаях неадекватно оптимистическая оценка актуального состояния и перспектив сочетается с активным неприятием роли больного и нелепым, граничащим с аутодеструктивным поведением, направленным на доказательство «физического благополучия».

Часто анозогностическое отношение к болезни имеет защитно-компенсаторный характер и является способом преодоления тревоги в связи с заболеванием. Нельзя также исключить недостаточную информированность пациента либо результат неправильной интерпретации предоставляемой врачом информации.

На сознательном уровне характерна убежденность в невозможности совмещения процедур лечения с субъективно значимой деятельностью, уверенность в относительной независимости медицинского прогноза от личных усилий, а также в предпочтительности непродолжительной, но «качественной» («яркой», «полной» и т.д.) жизни, по сравнению с более продолжительной, но обедненной положительными эмоциями. Пациент избирателен в выполнении медицинских рекомендаций, нередко устанавливает жесткие границы своей активности в области лечения.

Ипохондрия здоровья – гипозоногностический вариант реагирования на заболевание, проявляющийся отрицательным отношением к медицинским рекомендациям и вытекающим из них ограничениям. При данном типе реагирования у пациента формируются сверхценные идеи сохранения здоровья за счет следования особым системам самолечения и оздоровления. Стремление к сохранению здоровья становится доминирующим, однако вопреки реальной опасности для жизни больной пытается «победить болезнь» неортодоксальными способами, часто – наращивая нагрузки, прибегая к небезопасным, а при наличии развившейся патологии уже вредным практикам (голодание, моржевание, особые системы траволечения, разнообразные психотехники и т.д.).

Большинство исследователей рассматривает гипонозогнозические тенденции как способ преодоления тревоги в психотравмирующей ситуации болезни.

Псевдоадаптация к болезни по гипонозогнозическому типу характерна для многих пациентов в период компенсации заболевания и позволяет в течение более или менее продолжительного периода (в зависимости от того, насколько значительны нарушения приверженности медицинским рекомендациям) не испытывать негативного влияния заболевания на качество жизни. Однако по мере неизбежного развития осложнений и обострений возникают функциональные ограничения, лишаящие пациента тех средств, которые раньше использовались для компенсации чувства несостоятельности в связи с болезнью. Ухудшение соматического состояния, как правило, оказывает психотравмирующее действие на пациента, однако фаталистические установки, чувство вины, отсутствие навыков и привычки следования медицинским рекомендациям становятся препятствием к использованию возможностей по улучшению медицинского прогноза. Результатом эмоциональной вовлеченности в ситуацию болезни и неспособности к конструктивным действиям по предотвращению дальнейшего ухудшения состояния часто становится дальнейшее нарушение психической адаптации в связи с болезнью.

Псевдоадаптация к болезни по гипернозогнозическому типу. Этот вариант псевдоадаптации чаще наблюдается в период обострения заболевания, иногда – в инициальной фазе болезни. Такому варианту приспособления к ситуации болезни соответствует ипохондрический тип отношения к болезни. Он проявляется в сосредоточении на субъективных болезненных, неприятных ощущениях, преувеличении страданий в связи с болезнью, стремлении сообщать о своем недуге окружающим. Характерно доминирование темы болезни и лечения в мыслях и речи пациента, склонность к подчинению собственного образа жизни и образа жизни близких режиму лечения, а также стремление к «совершенствованию» этих методов, апробированию новых методик. Типично желание лечиться, склонность обращаться к множеству специалистов, испытывать новые методы диагностики и лечения, с одной стороны, и скептическое отношение к врачам, неверие в успех лечения, неудовлетворенность оказываемой помощью и поддержкой – с другой стороны.

Пациент, как правило, чрезвычайно озабочен правильностью выполнения медицинских рекомендаций, испытывает навязчивые опасения в связи с болезнью, раздражается, если что-то отвлекает его от следования предписанному режиму, фиксирован на состоянии здоровья, чутко реагирует на любые соматические симптомы. При таком отношении к болезни обычно формируется особый щадящий режим, что приводит к снижению социальной активности, нарушению взаимоотношений с ближайшим социальным окружением.

Отмечается недостаточно гибкое поведение, обуславливающее невозможность следования медицинским рекомендациям в изменяющихся, не всегда прогнозируемых условиях повседневности.

Несмотря на повышенную вовлеченность в ситуацию болезни, пациент осознает, что заболевание негативно отразилось на его социальной активности, однако не видит пути одновременного достижения соматических и значимых психосоциальных целей.

Выделенные варианты приспособления к ситуации болезни являются в значительной мере условными, вместе с тем, они позволяют определить группы риска в отношении неблагоприятного психосоциального прогноза, конкретизировать зоны напряженности и конфликта, требующие особого внимания при психологическом сопровождении лечебно-реабилитационного процесса. Важно также отметить, что качество адаптации пациента к заболеванию может меняться в динамике болезни. Более того, явления псевдоадаптации могут рассматриваться как условно нормативные на начальных фазах приспособления к ситуации болезни, отражать динамику осознания и принятия пациентом факта болезни. Таким образом, определение уровня и качества адаптации возможно лишь с учетом её динамического аспекта.

Динамика психической адаптации к болезни

Необходимо подчеркнуть, что адаптация к заболеванию – длительный, непрерывающийся процесс, поскольку соматическое состояние больного изменяется: при декомпенсации заболевания быстро, а при компенсированной форме болезни – относительно медленно. При развитии обострений или осложнений пациент вынужден приспособливаться к функциональным ограничениям и их социальным последствиям. Дополнительная стрессовая нагрузка, в виде например кризовых, неотложных состояний, может спровоцировать нарушение адаптации к болезни, развивающееся по «спирали» с взаимным подкреплением психических и соматических расстройств.

При этом требуемые перестройки в системе отношений личности определяются существенными характеристиками болезни и ее последствий как источников стресса.

Важными аспектами заболевания как стрессора в данном случае являются следующие характеристики.

- Степень витальной угрозы (вероятность жизнеопасных состояний, риск летального исхода).
- Обусловленные болезнью физические ограничения (в целом соответствующую тяжести состояния, стадии развития болезни).

- Характер течения (постоянный, прогрессирующий, рецидивирующий, пароксизмальный).
- Медицинский прогноз (благоприятный / неблагоприятный, определенный / неопределенный, обратимость вследствие лечения, медленное либо быстрое прогрессирование).
- Психосоциальный прогноз (вероятность органических психических изменений, профессиональных ограничений, связанное с физическим состоянием ограничение социальной активности и др.).

Существуют различные подходы к определению периодов / фаз адаптации к болезни. Все они в определенной мере соотносятся с классическими фазами развития общего адаптационного синдрома.

Р. Fennell (2003) описала четыре фазы преодоления стресса при хронических заболеваниях:

1) Фаза *кризиса*. Обычно связана непосредственно с началом заболевания, характеризуется переживанием острой тревоги, настоятельной потребности в облегчении страдания. Может наблюдаться как погруженность в мысли о болезни, так и ее отрицание в результате действия механизмов психологической защиты. Пациент с трудом переносит неопределенность в связи с болезнью, испытывает чувство вины, не уверен в своей способности обрести контроль над ситуацией.

Основные задачи пациента в этой фазе – справиться с интенсивной эмоциональной реакцией.

2) Фаза поиска *стабилизации* характеризуется постепенным формированием более рационального отношения к болезни, поиском поддержки и эффективных способов лечения. Периоды тревоги и беспомощности сменяются ощущением частичного контроля над ситуацией, однако в целом пациент все еще с трудом переносит неопределенность и не способен принять факт хронического характера болезни. Временное облегчение соматического состояния может быть ошибочно воспринято как свидетельство преодоления стресса болезни или даже исцеления. Устранение острой симптоматики ставит перед пациентом вопрос о возвращении к «прежней» жизни, однако попытки подобного возвращения без учета новых жизненных реалий неизбежно ведут к новому кризису.

Основные задачи в этой фазе – начало работы по достижению стабилизации, изменению образа жизни и ее восприятия, переструктурированию системы представлений и установок.

3) Фаза *экзистенциального конфликта* связана с началом принятия пациентом факта болезни, осознания ее хронического характера и неизбежности периодических обострений. Пациент начинает понимать проявления и закономерности течения болезни, осваивает методы ее контроля, постепенно принимает факт невозможности возвращения к прежней жизни. Однако осознание болезни, как правило, сопряжено с негативными эмоциональными переживаниями и состоянием фрустрированности.

Основные задачи пациента в этой фазе – переосмысление жизни в ситуации болезни, поиск новых жизненных ориентиров, принятие факта неизлечимости заболевания.

4) Фаза *интеграции* вне зависимости от фазы течения заболевания (стабилизация, ремиссия, обострение) предполагает установление связи между «Я до болезни» и «Я теперь», между жизнью до кризиса и жизнью после кризиса. Пациент находит новые ориентиры в жизни, переосмысливает и переструктурирует систему отношений и ценностей таким образом, чтобы болезнь не препятствовала удовлетворению значимых потребностей.

Основные задачи пациента в этой фазе – освоение способов удовлетворения актуальных потребностей, несмотря на болезнь; формирование поддерживающего окружения; при необходимости изменение характера профессиональной деятельности; осмысление болезни с экзистенциальных позиций.

Автор концепции подчеркивает, что описанные ею фазы адаптации к болезни являются стадиями не конечного процесса, а цикла. Даже достигнув фазы полного принятия болезни, пациент может пережить новый кризис в связи с теми или иными психотравмирующими событиями, обусловленными заболеванием. Кроме того, кризис в сознании пациента не всегда совпадает с кризисом в течении заболевания, а интеграция – с ремиссией либо стабилизацией состояния. Динамика адаптации к разным проявлениям болезни хотя и сходна с динамикой соматического состояния, однако не повторяет ее полностью. Жизнь пациента с хроническим заболеванием – это череда «взлетов и падений» с точки зрения отношения к болезни: периоды примирения с судьбой сменяются периодами тревоги, гнева и отчаяния.

Четырехфазная модель Р. Fennell описывает процесс адаптации хронического больного преимущественно с когнитивно-поведенческих позиций: незнание постепенно переходит в знание и принятие, паллиативные способы преодоления стресса болезни постепенно сменяются активными, целенаправленными и конструктивными. При этом у каждого пациента характер и продолжительность периода первичной адаптации к болезни индивидуальны и зависят от множества факторов: от преморбидных личностных особенностей, стиля совладающего со стрессом поведения; опыта переживания реакции горя; внезапности/постепенности начала заболевания, характера и масштабы необходимых изменений в образе жизни; адекватности семейной (социальной) поддержки и др.

В целом можно утверждать, что чем более пациент склонен к психическим нарушениям, чем менее успешно он прежде справлялся с жизненными кризисами, чем ниже уровень социальной поддержки в инициальной фазе болезни (в особенности со стороны семьи), чем к более серьезным изменениям в жизни приводит заболевание, тем выше риск длительной эмоционально насыщенной реакции на факт болезни и тем меньше вероятность достижения фазы действительной адаптации к ней (интеграции).

Психическая адаптация к условиям кардиогенной витальной угрозы

Отдельную подгруппу, требующую особого внимания специалистов, составляют пациенты, переживающие кризисное состояние столкновения с реальной угрозой для жизни, фатальностью, неизлечимостью заболевания, неблагоприятным медицинским прогнозом. Это пациенты с редкими патофизиологическими состояниями, подлежащими лишь паллиативному лечению (например, синдром легочной артериальной гипертензии), пациенты, перенесшие тяжелые, инвалидизирующие коронарные катастрофы в молодом возрасте, пациенты, имеющие показания к сложным кардиохирургическим вмешательствам, любые пациенты, узнающие «плохие новости» о состоянии своего здоровья и медицинском прогнозе.

Критический этап сопровождается актуализацией и высоким напряжением адаптационных и компенсаторных механизмов. Внезапное изменение жизненной перспективы, осознание фатальности заболевания или реальной угрозы для жизни и благополучия, потрясения, связанные с внезапно развившимся неотложным кардиологическим состоянием и экстренной госпитализацией, могут приводить к развитию психогенных психических расстройств, достигающих в некоторых случаях клинического уровня в рамках *острой реакции на стресс* (F 43.0 по МКБ-10). С клинко-психопатологических позиций острая реакция на стресс – это преходящее расстройство, которое развивается у человека без каких-либо других проявлений психических расстройств в ответ на необычный физический или психический стресс и обычно стихает через несколько часов или дней. В распространенности и тяжести стрессовых реакций имеют значение индивидуальная ранимость и уровень самоконтроля. первоначальное состояние «ошеломления» с некоторым сужением области сознания и внимания, невозможностью полностью осознать раздражители и дезориентированностью. Это состояние может сопровождаться последующим «уходом» из окружающей ситуации или агитацией и сверхактивностью. Обычно присутствуют отдельные черты панического расстройства (тахикардия, избыточное потоотделение, покраснение). Симптоматика проявляется через несколько минут после воздействия стрессовых стимулов или события и исчезает через 2-3 дня (часто через несколько часов). В случае затяжного характера реакции речь может идти о её переходе в *реактивное депрессивное состояние*. Клинические проявления реактивной депрессии могут варьировать от реактивного психоза (с потерей критики к своему состоянию) до подострых состояний, клинически близких к расстройствам адаптации. От условно нормативных личностных реакций на психотравму реактивные депрессии отличают чрезмерная интенсивность и длительность, сопряженность с нарушениями психических функций, сомато-вегетативными отклонениями, значительными нарушениями поведения.

С клинко-психологических позиций реакция личности на критическую информацию или критическое изменение жизненной перспективы рассматривается в контексте динамики реакции горя, описанной E. Kübler-Ross:

- 1) *шок* – растерянность и временная дезориентация;
- 2) *отрицание* – невозможность принять факт болезни;
- 3) *гнев* – чувство несправедливости судьбы, враждебность по отношению к окружающим людям и миру в целом;
- 4) фаза *«торговли»* – попытка «заключить сделку» с судьбой, частичное принятие факта болезни с сохранением надежды на исцеление;
- 5) *депрессия* – потеря надежды;
- 6) *смирение* – принятие болезни и выстраивание новой жизненной стратегии.

А.В. Гнездилов (2004), исследовав интенсивность и качественное своеобразие психогенных реакций больных на установление диагноза жизнеопасных (онкологических) заболеваний, отмечает, что лица с тревожно-мнительным психастеническим², а также с шизоидным личностным складом склонны к наиболее острым и длительным переживаниям в данной ситуации. Тяжелые нозогенные реакции наблюдаются у них примерно в 60% случаев. Больным с признаками эпилептоидной личностной акцентуации также свойственны интенсивные нозогенные реакции, однако аффект при этом, как правило, направлен на окружающих и нередко имеет агрессивный характер. У истероидных больных нозогенные реакции, по наблюдениям А.В. Гнездилова, хотя и легко поддаются купированию, имеют тенденцию к быстрому повторному возникновению. С точки зрения преодоления психической травмы в связи с установлением диагноза жизнеопасного заболевания наиболее благоприятен прогноз у больных с циклоидными чертами.

Общие принципы психологического сопровождения начального этапа адаптации к заболеванию при реакциях горя.

1. На стадии шока и отрицания рекомендуется не мешать больному и не стремиться его в чем-либо переубедить. При этом важно эмоциональное участие и готовность к отклику на его шаги.
2. На стадии агрессии рекомендуется дать больному возможность выразить, «выплеснуть» свои эмоции. В противном случае агрессия может перейти в аутоагрессию, и у больного не сформируется готовность к взаимодействию с людьми, способными оказать ему помощь, в том числе специалистами.
3. В стадии депрессии большинство больных нуждается в принятии, сочувствии, поддержке.
4. В стадии принятия болезни необходима поддержка, стимулирование уверенности больного в себе и активной позиции.

А.В. Гнездилов (2004) приводит следующие рекомендации по психологическому и психотерапевтическому сопровождению периода острого эмоционально-личностного реагирования на связанную с болезнью острую психотравму для лиц с разными индивидуально-типологическими особенностями:

Шизоидный тип.

² Типология и подробное описание типов акцентуации характера представлены в работах К.Леонгарда (1981), а также А.Е. Личко (1983).

Стадия шока. Поскольку эмоционально-личностная реакция в стадии шока у лиц с шизоидным характерологическим типом малопредсказуема, разворачивается преимущественно во внутреннем пространстве, необходимо дать больному возможность ее выявить, выразить информацию так, как он ее понимает. Также важно вселить в больного надежду, подчеркнув при этом значимость его личного настроя на борьбу с болезнью.

Стадия отрицания. На стадии отрицания у лиц с шизоидными чертами характера могут отмечаться как сосредоточение всех сил на борьбе с болезнью с выработкой собственной системы лечения, так и полное игнорирование диагноза. Весьма типично стремление к уединению. Целесообразно занимать нейтральную позицию: не мешать таким больным в построении собственной картины болезни, активно не оспаривать его нереалистичные убеждения и интерпретации, но и не включаться в них.

Стадия агрессии. Агрессия у лиц с шизоидными характерологическими особенностями как правило непродолжительна и носит умозрительный характер, нередко с чертами паранойальности. При возникновении магических идей с паранойальной настроенностью необходимо вступать в диалог и пытаться разубедить больного.

Стадия депрессии. На этой стадии у пациентов с шизоидными характерологическими чертами чаще отмечается переживание апатии, стремление к одиночеству, интеллектуализации с отвлеченными темами мирового зла и т.п. Помощь больному может быть оказана преимущественно в форме поддержки, необязательно с отчетливыми аффективным сопереживанием. Важно также дать общую положительную оценку личности и внутреннего мира больного.

Циклоидный тип.

Стадия шока. Эмоционально-личностная реакция в стадии шока у лиц с циклоидным характерологическим типом отличается высокой интенсивностью, переживанием катастрофы. Необходимо дать больному возможность беспрепятственно выразить свои эмоции, а затем постараться отвлечь. Критическую информацию также целесообразно сообщать в присутствии близких больного.

Стадия отрицания. Отрицание болезни мало характерно для лиц с циклоидными характерологическим типом и может отмечаться лишь в связи с принятием настроя близких, готовностью не разрушать их «игру». Важно преодолевать недоговоренность и умолчание во взаимоотношениях больного с окружающими, постепенно выявлять объективное положение дел.

Стадия агрессии. Агрессия не характерна для лиц с циклоидными чертами либо объективно обоснована, и в этом случае необходимо позволить больному выразить свои чувства и разделить его негодование, если оно справедливо.

Стадия депрессии. На этой стадии у пациентов с циклоидными характерологическими чертами чаще отмечается переживание тоски. Больные нуждаются в сочувствии, эмоциональном участии, но не в убеждении.

Эпилептоидный тип.

Стадия шока. Эмоционально-личностная реакция в стадии шока у лиц с эпилептоидным характерологическим типом, как правило, имеет форму взрывного аффекта. Необходимо информировать больного постепенно, сохраняя возможность отступления.

Стадия отрицания. У лиц с эпилептоидными чертами характера в стадии отрицания отмечается настойчивое стремление убедить собеседника в своей правоте, найти подтверждения своей правоте. Важно не поддерживать больного в самообмане и стремиться уходить от провокационных вопросов.

Стадия агрессии. Для лиц с эпилептоидными характерологическим типом характерна сильная аффективно-гневная реакция. Важно предоставить возможность больному выразить свои эмоции и постараться отвлечь его деятельностью, предпочтительно связанной с физической разрядкой. Не следует активно стремиться переубеждать больного.

Стадия депрессии. На этой стадии у пациентов чаще отмечается тревожная депрессия. Необходимы поддержка и отвлечение.

Психастенический тип.

Стадия шока. Для лиц с психастеническим характерологическим типом в стадии шока характерны острые реакции страха, поэтому необходимо сообщать критическую информацию не прямо, а косвенно и постепенно. Важно присутствие близкого человека и непосредственное оказание эмоциональной поддержки.

Стадия отрицания. Отрицание болезни у лиц с психастеническими чертами носит характер растерянности, неуверенности. Необходимы выслушивание, эмоциональная поддержка и авторитетное успокаивающее влияние без формирования иллюзий и дезинформирования.

Стадия агрессии. Агрессия не характерна для лиц с психастеническими чертами либо имеет характер самоагрессии. Следует препятствовать развитию эмоциональной реакции и ее активному выражению, изнуряющему пациента.

Стадия депрессии. На этой стадии у пациентов с психастеническими чертами, как правило, отмечаются тревожные фантазии и опасения в отношении будущего. Необходимо оказать эмоциональную поддержку и стремиться сориентировать больного на настоящее.

Истероидный тип.

Стадия шока. В стадии шока у лиц с истероидным характерологическим типом может отмечаться демонстративный выплеск эмоций. Необходимо предоставить возможность пациенту эмоционально разрядиться, в ряде случаев предпочтительнее в одиночестве.

Стадия отрицания. У лиц с истероидными чертами характера в стадии отрицания может наблюдаться эйфория, попытка насытить время и свой внутренний мир новыми эмоциями. Не следует мешать больному, однако изредка целесообразно напоминать о реальности.

Стадия агрессии. Аффективная реакция больных с истероидными чертами может принимать форму демонстративных угроз и проклятий. Не следует вовлекаться в «игру» пациента, его можно оставить одного.

Стадия депрессии. У больных с истероидными чертами депрессивные переживания носят демонстративный оттенок, характерно преувеличение страданий с элементом манипулятивности. Больные нуждаются в сочувствии и успокоении.

Модель Е.Күbler-Ross традиционно рассматривается применительно к переживаниям больных с тяжелыми неизлечимыми заболеваниями и больных в процессе умирания. Интенсивность эмоций и, соответственно, защитно-компенсаторных реакций в данном случае определяются высокой степенью витальной угрозы, блокированием базовых потребностей. Стадиальность переживания горя также характерна для ситуаций потери близких, уход которых ввиду тесной эмоциональной связи нередко воспринимается человеком как потеря части собственного Я.

Даже не представляя непосредственную угрозу для жизни, заболевание может лишить пациента возможности удовлетворять субъективно значимые потребности, и в этом смысле любой пациент проходит этапы реакции горя, «оплакивая» свою прежнюю жизнь, свои прежние возможности.

Одним из важных компонентов в структуре коммуникативных навыков врача являются навыки сообщения критической, потенциально остро психотравмирующей медицинской информации (касающегося выявленного жизнеопасного заболевания, неблагоприятного медицинского прогноза, необходимости перехода на паллиативное лечение и т.п.). Сообщение критических сведений – сложная коммуникативная задача. Для ее выполнения требуется владение специальными навыками и приемами. Неспособность врача правильно провести беседу по поводу жизненно значимых вопросов может приводить не только к усугублению неизбежного в данной ситуации дистресса пациента, но и к неправильной интерпретации полученной им информации (о диагнозе, медицинском прогнозе, вариантах лечения, шансах на выздоровление и т.п.), развитию ятрогенных расстройств.

Обсуждение критической информации, касающейся здоровья, бесспорно, является стрессогенной ситуацией как для больного (его близких), так и для врача, что делает актуальным вопрос о развитии у медицинских работников навыков эффективного преодоления стресса, связанного с подобного рода общением. Стрессогенный характер процесса предоставления пациентам критической информации подталкивает многих врачей к ее сокрытию либо искажению.

Отсутствие у врача навыков предоставления критической информации может иметь неблагоприятные последствия и для него самого, вынужденного решать эту деликатную задачу на основании ограниченного опыта, и для пациентов. В то же время освоение некоторых приемов информирования, выработка стиля предоставления критических сведений позволяет врачу не только в полной мере осуществлять этико-деонтологические принципы, но и

снижать риск эмоционального выгорания в процессе профессиональной деятельности.

Формальный аспект ситуации сообщения критической информации отражает общие принципы ее организации, позволяющие врачу осознанно структурировать свою деятельность.

Выделяют шесть этапов проведения беседы с целью обсуждения неблагоприятного медицинского прогноза с пациентом и/или его родственниками (Baile W. et al., 2000).

1. Создание условий для проведения беседы:
 - обеспечение «приватности» разговора (предпочтительно проводить беседу в уединенном месте, лучше всего, в отдельном кабинете);
 - привлечение родственников (по желанию пациента);
 - обеспечение оптимального контакта с пациентом (предпочтительно проводить разговор сидя, создав обстановку психологического комфорта, дав пациенту возможность одеться, если перед этим осуществлялся осмотр и т.п.);
 - учет временных ограничений и возможных помех в разговоре (если таковые не исключить, о них необходимо информировать пациента).
2. Исследование представлений пациента: выяснение точки зрения пациента на сложившуюся клиническую ситуацию, уточнение уровня его информированности, его представлений о сущности заболевания, его серьезности, медицинском прогнозе и т.п.
3. Исследование информационного запроса пациента (определение ожиданий в отношении объема и детальности медицинских сведений).
4. Предоставление информации. В процессе беседы при предоставлении критической медицинской информации рекомендуется:
 - ориентироваться на уровень понимания (в том числе словарный запас) пациента;
 - избегать специальных терминов;
 - избегать категоричных высказываний;
 - периодически оценивать уровень понимания пациентом предоставляемой информации.
5. Обеспечение эмпатической реакции: идентификация эмоциональной реакции пациента, предоставление ему возможности выразить свои мысли и чувства, проявление сопереживания, понимания чувств пациента.
6. Обсуждение стратегии дальнейших действий (плана лечения), подведение кратких итогов разговора.

В связи с психотравмирующим характером ситуации получения критической медицинской информации большинство пациентов на данном этапе нуждаются в психологическом сопровождении. Подобное сопровождение имеет своей целью профилактику дезадаптивных нозогенных реакций, существенно осложняющих течение заболевания.

Сообщение диагноза, как правило, осуществляются врачом, однако реальность современного здравоохранения такова, что даже после в полной мере корректного информирования пациента врач не имеет возможности оказать психологическую поддержку больному. Больной остается один на один со своим нередко шоковым переживанием, и в этом случае требуется помощь психолога или психотерапевта.

Таким образом, кризис, связанный с переживанием витальной угрозы и резким изменением жизненной перспективы при сердечно-сосудистых заболеваниях (как и при других соматических расстройствах), сопровождается экстренной актуализацией адаптивных и компенсаторных механизмов. На данном этапе возможно возникновение как патологических, так и псевдопатологических феноменов, требующих своевременного распознавания для предупреждения «движения» психического состояния в сторону дезадаптации. В решении этой задачи важную роль играет конструктивное взаимодействие лечащего врача и медицинского психолога, доступность психологической и психотерапевтической помощи для пациентов, организация терапевтической среды в соответствии с принципами психогигиены и психопрофилактики.

Следует также подчеркнуть, что психотравмирующий потенциал кардиогенной витальной угрозы в значительной мере зависит от субъективного восприятия пациентом её силы и характера. В этом смысле остро психотравмирующей для пациента может быть и ситуация незначительного ухудшения самочувствия, нежизнеопасное малоинвазивное вмешательство, постановка диагноза хронического заболевания с благоприятным прогнозом. С другой стороны, даже объективно высокий риск неблагоприятного соматического исхода может не вызывать у пациента выраженных психогенных реакций в силу особенностей стресс-преодолевающего поведения, актуализации механизмов психологической защиты, других особенностей личности. Это в полной мере справедливо и для специфической ситуации витальной угрозы, связанной с кардиохирургическим вмешательством.

Психическая адаптация пациентов и её нарушения при кардиохирургических вмешательствах

Вмешательство на сердце, вне зависимости от степени его инвазивности и объективного риска осложнений, является психотравмирующей процедурой, требующей существенных адаптационных изменений как на предоперационном этапе, так и в течение долгого времени после него.

К специфическим клинико-психологическим проблемам, непосредственно сопровождающим кардиохирургические вмешательства, можно отнести:

- отказ пациента от показанного вмешательства;
- предоперационная тревога;
- психические расстройства у пациентов в ранний послеоперационный период.

Отказ от вмешательства. Вмешательство на сердце (как хирургическое, так и менее инвазивное – интервенционное) является процедурой, вызывающей наибольшие опасения пациентов. Уровень отказов от таких вмешательств превышает уровень отказов по всем остальным видам инвазивного лечения и достигает ок. 10%. В большинстве случаев отказ мотивируется ожиданием осложнений, боязнью летального исхода, неопределенностью прогноза. Страх пациента вызывает ожидание серьезных изменений в состоянии, неизбежные физический дискомфорт, боль, ограничения подвижности, потеря контроля. Специфическим феноменом является страх общего наркоза – боязнь «уснуть и не проснуться». Наконец, важной детерминантой отказов является общее недоверие пациента врачам и медицине, боязнь врачебных ошибок, не только в процессе операции и реабилитации, но и при определении показаний к операции. Нередко также речь идет о гипнозогнозических реакциях (анозогнозиях) с недооценкой тяжести соматического состояния и недоверием к медицинским рекомендациям.

Информация о необходимости кардиохирургического вмешательства является психотравмирующей, критической, в связи с чем в динамике личностной реакции возможны феномена шока, отказа, гнева, подавленности. Фиксация на фазе неприятия может быть довольно устойчивой и сопряженной с выраженной тревогой. Отказ от вмешательства в таком случае приводит лишь к частичному успокоению пациента, а для снижения тревоги могут использоваться различные, порой совершенно не адекватные тяжести состояния методы «поправки здоровья»: интенсивные прогулки на свежем воздухе, поездка на курорт, утренняя зарядка и др. Эти реакции соответствуют фазе «торговли» – небольшим уступкам в ожидании кардинального исправления ситуации – и позволяют пациенту ощутить, что ситуация не выходит полностью из-под контроля.

Давление на пациента, отказывающегося от операции, и попытки агрессивного переубеждения, как правило, оказываются неэффективными. Требуется прояснение мотивов отказа, выявление зон наибольшего напряжения, иррациональных опасений. Важным является корректное информирование пациента о сути, показаниях, эффективности вмешательства, о динамике восстановления в послеоперационный период. Информирование необходимо осуществлять не в стиле запугивания, но с признанием правомерности переживаний пациента и обозначением конструктивной перспективы преодоления проблемы. Кроме того, следует учитывать то, что интерпретация информации пациентом зависит от используемых формулировок. В частности, при позитивных прогностических формулировках

(шансы на успех лечения в противоположность риска неудачи лечения) вероятность согласия пациента возрастает.

Предоперационная тревога – наиболее типичное нарушение психической адаптации в предоперационный период. В стрессогенной ситуации хирургического (и интервенционного) вмешательства все переживания пациента, связанные с фактом заболевания сердца и его последствиями, приобретают особую значимость и интенсивность. Предоперационная тревога является достаточно распространённым феноменом в хирургической практике и определяется как типичная психологическая реакция на сообщение о необходимости проведения хирургической операции, выражающаяся в постоянном беспокойстве, неуверенности, невозможности сосредоточиться на чем-либо, нарушении сна. В предоперационном периоде динамика переживаний личности проявляется реакциями по типу «невроза ожидания», проявляющегося навязчивыми опасениями, трудностями отвлечения от мыслей о предстоящем вмешательстве, противоречивыми чувствами надежды и страха либо синдромом «прекрасного равнодушия» – бравады, наигранного оптимизма. Тревога нарастает к моменту операции и может достигать уровня острого страха с характерным сомато-вегетативным аккомпанементом. В процессе ожидания вмешательства возможна трансформация тревожных переживаний в депрессивные с формированием пессимистических и катастрофических установок, потерей мотивации к преодолению болезни.

Как тревожные, так и депрессивные состояния сопровождаются выраженным нейроэндокринным сдвигом, влияющим на функциональное состояние различных систем органов. Высокая активность симпатического отдела вегетативной нервной системы (увеличение выработки катехоламинов, вызывающих тахикардию, гипертонию, гипервентиляционный синдром и аритмию) способствует снижению стрессоустойчивости организма, обуславливают повышенный риск интраоперационных и послеоперационных осложнений.

Наличие предоперационной тревоги требует большего введения анестезирующего средства, негативно влияет на процесс восстановления, качество жизни, которое является независимым фактором успешной реадaptации, а также сопровождается повторными алгическими приступами. Предоперационная тревога, так же как и депрессия, тесно связана с эмоциональным напряжением и риском развития затяжного аффективного расстройства после оперативного вмешательства, что определяет повышенный риск осложнений, смертности и повторной госпитализации.

Таким образом, выраженное эмоциональное напряжение перед оперативным вмешательством требует особого внимания, так как оно негативно влияет на соматический статус и психическую адаптацию, что, в свою очередь, требует целенаправленного применения методов психологической коррекции и психотерапии.

В большинстве исследований показано, что формальными факторами риска предоперационной тревоги являются следующие характеристики.

- Женский пол.
- Молодой возраст (возраст трудоспособности).
- Отсутствие опыта хирургического вмешательства / анестезии.
- Длительный период ожидания операции. Критическим промежутком ожидания, как показано в исследованиях, является срок более 3 месяцев. Превышение 3-месячного периода ожидания связано с менее благоприятной клинической динамикой в восстановительный период.
- Сопутствующие психические расстройства либо психические расстройства в анамнезе.

Уровень образования и кардиальный статус не играют существенной роли в формировании выраженной предоперационной тревоги.

Спорным остается вопрос об объеме сведений, предоставляемых врачом пациенту в предоперационный период. В целом адекватное информирование способствует снижению уровня предоперационной тревоги, формированию конструктивной позиции в лечебном процессе. Вместе с тем чрезмерно подробная информация, изобилующая специальными терминами и деталями, может привести к нежелательным ятрогенным реакциям.

Следует также учитывать, что существуют индивидуально-психологические различия в стиле саморегуляции в ситуации неопределенности: для одних лиц эмоционально стабилизирующим является «мониторирование» ситуации, расширение знаний о ней, включая и угрожающие аспекты, для других же характерно «вытеснение», «игнорирование» сигналов опасности. Для пациентов первой группы (так называемых “monitors”) в предоперационной ситуации эмоциональному успокоению способствует тщательное, максимально подробное информирование. Для пациентов же второй группы (“blunters”) предпочтительна и способствует сохранению эмоциональной стабильности минимизация информации о деталях проведения предстоящей процедуры. В первом случае предоставление информации позволяет пациентам ощутить большую степень подконтрольности ситуации, во втором случае такое же информирование приводит к нарастанию тревоги ожидания.

Таким образом, говоря о роли информирования в снижении предоперационной тревоги, необходимо подчеркнуть, что объем, качество, подробность, сложность / простота предоставляемых пациенту сведений должны соответствовать его запросу, информационным потребностям.

Существует ряд рекомендаций, выполнение которых позволяет существенно снизить вероятность нарушений в информационном обмене при взаимодействии с пациентом, в том числе с предоперационный период (Lee S. et al. 2002).

- Объективность, авторитетность, четкость в изложении информации, избегание специальных медицинских терминов и аббревиатур, а также

специфических деталей, не имеющих отношения к конкретному случаю пациента и способных дезориентировать его.

- Приведение медицинской информации в форму, доступную для понимания пациента, с учетом уровня его знаний и системы категорий, используемых им при описании болезни и риска.

- Учет того, что качественные характеристики частоты и распространенности («часто», «редко», «обычно», «иногда» и т.п.) интерпретируются пациентами по-разному.

- Предпочтительность наглядных форм информирования, а также фиксирования наиболее значимой информации на бумаге (в качестве памятки для пациента).

- Транслирование важности предоставляемой информации.

- Контроль уровня внимания пациента и понимания им предоставляемой информации. Так, например, высокий уровень предоперационной тревоги может препятствовать усвоению дополнительных разъяснений и рекомендаций.

- Принятие личности и позиции пациента, использование его системы координат для выработки стратегии по борьбе с болезнью. Осознание и принятие чувств пациента в связи с трудностями, создаваемыми болезнью.

- Формирование связи между медицинской информацией и личным опытом пациента.

- Объединение информации, касающейся угрозы, с информацией, касающейся путей ее снижения и реальных действий, которые необходимо предпринять пациенту для преодоления трудностей.

Среди известных социально-психологических и личностных факторов риска выраженной предоперационной тревоги выделяют следующие.

- Неадекватность социальной поддержки, прежде всего семейной, но также поддержки со стороны медицинского персонала и неморбидного окружения.

- Комплекс личностных характеристик, отражающих низкую степень стрессоустойчивости, недостаточную гибкость и адаптивность, ограниченную способность к мобилизации социальной поддержки: низкая коммуникативная компетентность, личностная тревожность, эмоциональная неустойчивость, ранимость, замкнутость, независимость, психическая ригидность, враждебность, импульсивность.

Психические расстройства у пациентов в ранний послеоперационный период после перенесенных кардиохирургических вмешательств.

Специфическим для пациентов, перенесших кардиохирургические вмешательства на открытом сердце, в ранний послеоперационный период является соматогенный *посткардиотомический делирий* (помрачение сознания с галлюцинаторно-бредовой симптоматикой). Риск данного расстройства достигает 12%, что определяет высокую актуальность психиатрического сопровождения кардиохирургических больных. Как правило, делирий развивается на первый или второй день послеоперационного периода, но

опасность его возникновения сохраняется в течение 30 дней после вмешательства. С улучшением соматического статуса происходит редукция психопатологических проявлений, а период нарушенного сознания по выходе из делирия полностью амнезируется. Постпсихотическое состояние пациентов характеризуется выраженными астеническими нарушениями, эмоциональной нестабильностью, раздражительностью, угнетенностью настроения.

К факторам риска посткардиотомического делирия относят пожилой возраст, мужской пол, тяжелый кардиальный статус, высокую соматическую коморбидность, неврологические и психопатологические расстройства на момент лечения и в анамнезе, большую продолжительность операции, высокие дозы инотропных средств, объемную трансфузию крови, соматические (в том числе кардиологические) осложнения в послеоперационный период.

Вторым по распространенности психическим расстройством в постоперационный период является *депрессия*, в развитии которой существенную роль играют как соматогенные, так и психогенные факторы. Наибольший риск имеют пациенты пожилого возраста с тяжелым соматическим статусом в дооперационный и / или послеоперационный период, с кардиальными и внекардиальными осложнениями вмешательства, переживающие депривацию сна, болевой синдром. По сравнению с предоперационными депрессиями послеоперационные депрессии характеризуются выраженностью астенического синдрома: слабостью, утомляемостью, непереносимостью нагрузок, легкие когнитивные нарушения, обусловленные высокой умственной утомляемостью.

Таким образом, ситуация кардиохирургического вмешательства является безусловно стрессовой. Психотравмирующие аспекты данной ситуации связаны с непривычностью и угрожающей семантикой самих обстоятельств вмешательства, риском осложнений и невозможностью исключения летального исхода, вовлеченностью жизненно важного органа, неизбежной потерей контроля над ситуацией, сопровождающейся чувством беспомощности, беззащитности. Пред- и послеоперационный периоды характеризуются специфическими психологическими и психопатологическими феноменами, требующими особого внимания со стороны специалистов и существенными в прогнозировании динамики восстановления и социальной реадaptации пациентов.

Проблема приверженности медицинским рекомендациям в кардиопсихологии

Проблема приверженности лечению и медицинским рекомендациям является одной из ключевых для психологии соматического больного и наиболее остро встающей при хроническом течении заболевания.

Известно, что в зависимости от клинических и социально-демографических характеристик степень приверженности медицинским рекомендациям у пациентов с сердечно-сосудистой патологией варьирует в пределах от 3 до 55%, оставаясь весьма низкой.

Приверженность медицинским рекомендациям включает:

- сотрудничающую позицию пациента в лечебном процессе;
- следование медицинским рекомендациям относительно лекарственной терапии;
- следование рекомендациям относительно образа жизни;
- соблюдение рекомендаций относительно обращения за медицинской помощью, диагностических и профилактических процедур.

Приверженность медицинским рекомендациям (лечению) – категория строго поведенческая: она зависит от специфики эмоциональной реакции на заболевание, от степени информированности о нем, однако ни эмоциональные переживания в связи с болезнью, ни осведомленность о ней не являются структурными компонентами приверженности.

Таким образом, приверженность медицинским рекомендациям может рассматриваться как *поведенческий аспект адаптации пациента к болезни*.

Уровень приверженности медицинским рекомендациям отражает степень согласованности между поведением, рекомендованным врачом, и действительным поведением пациента. При этом подразумевается, что врач предоставляет пациенту информацию, необходимую и достаточную для того, чтобы пациент мог эффективно контролировать заболевание.

Приверженность лечению изменяется с течением времени в зависимости от эмоционально-личностных и объективных ситуационных факторов. В частности, обычно она улучшается перед ожидаемым визитом к врачу и ухудшается при переживании пациентом стресса в связи со значимыми жизненными событиями.

Приверженность медицинским рекомендациям повышается при обострении заболевания и постепенно снижается при деактуализации соматического дискомфорта и витальной угрозы. Так, известно, что доля курящих среди пациентов, перенесших инфаркт миокарда, возрастает в послеоперационный период с 41% куривших ранее пациентов спустя 1-2 года до 65% при 10-13-летнем катамнезе. Аналогичная динамика отмечается в отношении соблюдения рекомендаций по лекарственной терапии, другим параметрам образа жизни.

Существует два подхода к проблеме специфичности приверженности лечению в отношении конкретных процедур.

1) При первом подходе приверженность пациента лечению рассматривается как точка на континууме от низкого до высокого уровня приверженности. Предполагается, что улучшение приверженности одним медицинским рекомендациям сопровождается улучшением приверженности и всем остальным медицинским рекомендациям, поскольку в основе изменений лежит

главный мотив – мотив оптимизации состояния здоровья. С этой точки зрения больной оценивается как «хороший пациент» либо «плохой, трудный пациент».

2) Согласно второму подходу общей приверженности лечению не существует, поскольку приверженность разным аспектам лечения требует неодинаковой мотивации, неодинаковых «технических» навыков и знаний. Пациент придает неодинаковое значение разным процедурам и при их выполнении сталкивается с разными препятствиями и разными стимулирующими факторами.

Имеются данные, подтверждающие положения как «общей», так и «специфической» модели приверженности медицинским рекомендациям. В частности, установлено, что при отказе от курения и достижении устойчивого воздержания бывший курильщик начинает в целом придерживаться более здорового образа жизни, что проявляется целенаправленным повышением уровня физической активности, позитивными изменениями в диете, уменьшением потребления алкоголя. С другой стороны, есть доказательства и специфичности приверженности в отношении конкретных процедур и сфер изменения образа жизни. Модель «специфической» приверженности в целом получает более убедительное эмпирическое подтверждение: несмотря на позитивный настрой и стремление привести свой образ жизни в соответствие с медицинскими рекомендациями, пациент, в силу личностных особенностей и ситуационных факторов, нередко оказывается не в состоянии справиться со всеми задачами, которые ставит перед ним врач. В результате пациенту приходится выбирать сферу и степень поведенческих изменений, опираясь на собственную модель болезни (здоровья), представления о значимости и выполнимости разных процедур в реальных жизненных условиях.

Для оценки приверженности лечению составляется план оптимального поведения пациента по контролю заболевания с учетом его актуального соматического статуса (перечень необходимых процедур, их частота и регулярность, а также перечень действий, противоречащих целям терапии, например, курение, потребление не рекомендуемых продуктов и т.п.). Этот план соотносится с реальным поведением.

При оценке приверженности лечению опираются на:

- отчеты самого пациента;
- суждения врача (медперсонала), основанные на наблюдении (в стационарных условиях) либо общем впечатлении (с учетом опыта взаимодействия с пациентом);
- объективные клинические критерии (степень компенсированности заболевания).

Очевидно, что ни один из перечисленных источников информации не может рассматриваться как в полной мере адекватный в связи с определенными мотивационными искажениями, тенденциозностью как со стороны пациента, так и со стороны врача, влиянием на оценку особенностей взаимовосприятия и взаимодействия врача и пациента, социальных установок, стереотипов и др. Недостатком объективных клинических критериев приверженности лечению

является то, что они применимы не ко всем сферам поведения пациента в связи с болезнью, а также не всегда отражают реальные усилия, прилагаемые больным, поскольку причины успехов и неудач терапии многообразны.

Нарушения приверженности лечению могут принимать разнообразные формы, предполагающие как игнорирование и нерегулярность выполнения медицинских рекомендаций, так и неоправданное превышение частоты и объема лечебно-профилактических мероприятий.

Такие нарушения могут быть как намеренными, так и ненамеренными.

Намеренным несоблюдением медицинских рекомендаций является в том случае, когда оно представляет собой сознательный акт протеста, сопротивления лечению, в связи с недоверием к врачу, несогласием с предлагаемой терапией, субъективно неприемлемыми побочными эффектами терапии и др.

Ненамеренное несоблюдение медицинских рекомендаций является результатом их неправильного понимания пациентом, недостаточной осведомленности о заболевании, познавательных нарушений и ситуативного забывания, финансовых затруднений и др.

Характеристики заболевания и терапии, снижающие уровень приверженности лечению, включают в себя:

- хроническое течение заболевания,
- малосимптомное течение болезни,
- сложную схему терапии,
- наличие субъективно неприемлемых побочных эффектов терапии,
- полипрагмазию,
- необходимость значительных изменений в образе жизни.

Социально-демографическими факторами риска нарушения приверженности лечению являются:

- мужской пол,
- низкий социально-экономический статус,
- проживание в одиночестве,
- отсутствие профессиональной занятости.

Психологические и психопатологические факторы риска нарушения приверженности лечению весьма разнообразны и включают:

- анозогностические и в некоторых случаях гипернозогностические установки;
- низкий уровень информированности о заболевании и лечении;
- искаженные представления о заболевании и лечении;
- наличие стрессовых жизненных ситуаций, существенных изменений в жизни пациента;
- низкая эффективность и конструктивность взаимодействия с врачом (обусловленная как особенностями поведения врача, так и установками и личностью пациента);
- наличие психических расстройств, среди которых особое значение имеет депрессия;

- неадекватность социальной поддержки (в особенности, специфической, связанной с поддержкой в преодолении болезни и лечении).

Повышение уровня информированности больных о заболевании (в том числе в рамках практически-ориентированного терапевтического обучения), коррекция дезадаптивных компонентов отношения к болезни определяет ключевое направление психокоррекционной деятельности медицинского психолога в соматической клинике в сфере обеспечения приверженности лечению. Выбор «мишеней» для такой коррекции определяют современные данные о когнитивных предикторах приверженности.

Наибольшую известность в связи с проблемой обеспечения «здорового поведения» приобрела «Модель представлений о здоровье» (Health Belief Model). Согласно указанной концепции, человек будет выполнять медицинские рекомендации, если:

- 1) считает, что подвержен заболеванию / определенному осложнению болезни / обострению болезни, то есть входит в группу риска;
- 2) полагает, что данная болезнь (осложнение, обострение и др.) является серьезной и хотя бы в некоторой степени опасной;
- 3) уверен, что выполнение медицинских рекомендаций принесет пользу, снизив риск развития или тяжесть заболевания;
- 4) не видит значимых препятствий для соблюдения медицинских рекомендаций;
- 5) считает себя способным освоить методы/приемы предотвращения/контроля заболевания и соблюдать необходимые медицинские рекомендации (самоэффективность);
- 6) имеет стимулы для соблюдения медицинских рекомендаций (например, обнаруживает у себя симптомы заболевания, наблюдает тяжелые последствия данного заболевания у кого-либо из близких, получает информацию об опасности заболевания из СМИ, от врача и т.п.)

Основной мотивирующий компонент в структуре представленной модели составляют фактор подверженности заболеванию (риска его развития) и фактор серьезности/тяжести заболевания, а основным ресурсом для поведенческих изменений – самоэффективность. В социально-когнитивной теории личности А. Бандуры самоэффективность определяется как суждение индивида о своей способности осуществить ту или иную последовательность действий для достижения определенного результата, выполнения определенной задачи. Самоэффективность как компонент модели представлений о здоровье характеризует уверенность индивида в своей способности выполнять определенные процедуры в рамках процесса лечения или профилактики.

Предполагается, что при восприятии тех или иных факторов, мотивирующих к изменению поведения (информация о высоком риске, опасности заболевания, тяжелые симптомы болезни у кого-то из близких/друзей и т.п.), субъективная оценка угрозы достигает критического

уровня, достаточного для принятия решения о поведенческом изменении. Каково будет это поведенческое изменение, зависит от субъективной оценки пользы тех или иных действий (возможности с их помощью снизить угрозу болезни), препятствий к их осуществлению и в целом личной способности их реализовать.

Очевидно, что описанная выше концепция имеет прямое отношение к проблеме первичной и вторичной медицинской профилактики и ориентирована как на больных, так и на здоровых людей. Исследование представлений о том или ином заболевании у здоровых людей дает возможность установить факторы здорового образа жизни, а также выполнения профилактических (в том числе диагностических) процедур. У больных с сердечно-сосудистой патологией оценка представлений о заболевании согласно данной модели позволяет выявить препятствия к выполнению процедур, направленных на предотвращение обострений, хронизации, прогрессирования болезни либо развития осложнений.

Таким образом, психическая адаптация к условиям сердечно-сосудистого заболевания является непрерывным процессом перестройки личностных отношений пациента в ответ на острые и хронические стрессоры, связанные с болезнью и её последствиями. Индикаторами психической адаптации выступают изменение эмоционального статуса и поведения пациента в связи с болезнью. Динамика этого процесса определяется как клинической динамикой болезни, так и внутренней динамикой личности, сложными соотношениями клинических, психологических и социальных характеристик, требующих учета на всех этапах диагностики, лечения и реабилитации.

Литература

1. Алёхин А.Н., Сорокин Л.А., Трифонова Е.А. Медико-психологический аспект адаптации пациентов, перенесших инфаркт миокарда: современное состояние проблемы // Вестник психотерапии : научно-практический журнал. – 2012. – № 42. – С. 26-45.
2. Алёхин А.Н., Трифонова Е.А., Лебедев Д.С., Михайлов Е.Н. Психологические проблемы в аритмологии (на модели фибрилляции предсердий) // Вестник аритмологии. – 2011. – № 63. – С. 45–54.
3. Алёхин А.Н., Трифонова Е.А., Чернорай А.В. Отношение к болезни у пациентов, перенесших неотложные кардиологические состояния // Артериальная гипертензия. – 2012. – Том 18. – №4. – С. 317-324.
4. Алёхин А.Н., Чумакова И.О., Андреева Е.В., Трифонова Е.А. Клинические факторы психической адаптации пациентов с сердечно-сосудистой патологией (на примере легочной артериальной гипертензии и фибрилляции предсердий) // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия Психология. – 2012. – № 6(265). – Вып. 16. – С. 66-72
5. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике: научно-практическое руководство.– СПб. : Речь, 2011.
6. Вассерман, Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Психологическая диагностика отношения к болезни: Пособие для врачей. – СПб.: изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005.
7. Воскресенская А.Б. Структура и семантика психологического образа сердца: автореф. ... дис. канд. психол. наук. – М., 2007.

8. Габбасова Э.Р. Роль кардиологических факторов в развитии расстройств адаптации и нозогенных личностных реакций у больных, перенёсших инфаркт миокарда: автореф. ... дис. канд. мед. наук. – Оренбург, 2009.
9. Глушенко Т.Э. Непсихотические психические расстройства у больных ишемической болезнью сердца, перенесших операцию аортокоронарного шунтирования (клинический, социально-психологический, реабилитационный аспекты и качество жизни): автореф. ... дис. канд. мед. наук. – Томск, 2007.
10. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь. – СПб.: Речь, 2004.
11. Гурвич И.Б. Социальная психология здоровья. – СПб.: изд-во СПбГУ, 1999.
12. Иванов С.В. Психические расстройства, связанные с хирургическими вмешательствами на открытом сердце // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2005. – Т. 7. - №3. – С. 53-57.
13. Конради А.О. Значение приверженности к терапии в лечении кардиологических заболеваний // Справочник поликлинического врача. – 2007. – Т. 4. – № 6. – С. 21-25.
14. Копылов Ф.Ю. Психосоматические аспекты сердечно-сосудистых заболеваний (гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, фибрилляции предсердий) // автореф. ... дис. док. мед. наук. – М., 2009.
15. Коржова Е.Ю. Человек болеющий: личность и социальная адаптация. Психодиагностическое исследование больных с приобретёнными пороками сердца: Монография. Науч. ред. Бурлачук Л.Ф., Вассерман Л.И. - Санкт-Петербург: ААН, 1994.
16. Куимов А.Д., Филиппова О.А., Петрова Т.В., Ложкина Н.Г. Эффективность обучения в школе для больных, перенесших инфаркт миокарда, на стационарном этапе реабилитации // Сиб. мед. журн. – 2011. – Т. 26, № 1. – Вып 1. – С. 98–102.
17. Лапин И.П. Личность и лекарства. Введение в психологию фармакотерапии. – СПб: Деан, 2001
18. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М.: МГУ, 1987.
19. Самушия М.А. Патологические реакции и развития личности в пред- и послеоперационном периодах аортокоронарного шунтирования // автореф. ... канд. мед. наук. – М., 2006.
20. Смудевич, А.Б., Сыркин А.Л. Психокardiология. – М.: МИА, 2005.
21. Соложенкин В.В. Избранные лекции по психиатрии для врачей-кардиологов. – Бишкек: КРСУ, 2011.
22. Тхостов А.Ш. Психология телесности. – М.: Смысл, 2002.
23. Шхвацабая И.К., Аронов Д.М., Зайцев В.П. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца. – М.: Медицина, 1978.
24. Croog SH, Shapiro DS, Levine S. Denial among male heart patients. An empirical study // Psychosom Med. – 1971. – Vol. 33(5). – P. 385–397.
25. Fennell P.A. Managing Chronic Illness: The Four Phase Approach. – John Wiley and Sons Inc., New York, NY., 2003.
26. Lee S.J., Back A.L., Block S.D., Stewart S.K. Enhancing physician-patient communication // Hematology (Am Soc Hematol Educ Program). – 2002. – V.1. – P.464-483.
27. Leventhal H., Nerenz D.R., Steele D.J., Taylor S.E., Singer J.E. Illness representation and coping with health threats. // Handbook of Psychology and Health. Baum A. (Ed.) Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum, 1984. – P.219-252.
28. Lipowski J.Z. Psychosocial reactions to physical illness // Canadian Medical Association Journal. – 1983. – V.128. – №9. – P.1069-1072.

ПРОГНОЗ ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Психическая адаптация пациентов во временной перспективе: психологический прогноз

Как отмечалось выше, психическая адаптация в условиях хронического соматического заболевания – это непрерывный процесс, обладающий определенной динамикой. Эмоциональное состояние и приверженность пациента медицинским рекомендациям в каждый конкретный момент времени детерминированы сложным взаимодействием личностных, клинических, социальных, ситуативных факторов. Перенесенные некогда обострения, осложнения, неотложные состояния, кардиохирургические (в том числе малоинвазивные) вмешательства продолжают оказывать влияние на систему отношений личности в течение еще длительного времени.

Психическая адаптация в постгоспитальный период у пациентов, перенесших неотложные кардиологические состояния. Среди пациентов, перенесших инфаркт миокарда и состоящих на диспансерном учете, по клиническим данным, симптомы тревоги и депрессии в постгоспитальный период выявляются соответственно в 80 и 70% случаев, клинически значимые депрессивные расстройства отмечаются у 22,5%, расстройства адаптации – у 27,5%. Переживание внезапного интенсивного стресса в момент обострения способно провоцировать развитие в отдаленном периоде посттравматического стрессового расстройства, проявляющегося неконтролируемым оживлением аффективно-насыщенного травматического опыта, нарушениями сна, явлениями дереализации на фоне сниженного эмоционального фона. Средневзвешенный показатель распространенности посттравматического стрессового расстройства у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, составляет 14,7 %.

Преобладающими являются смешанные типы отношения к болезни, сочетающие стремление сохранить прежний образ жизни, прежний уровень активности – с одной стороны, и обеспокоенность, фрустрированность физическими ограничениями – с другой.

В 1-й год после перенесенного инфаркта миокарда у трети пациентов наблюдается существенное ограничение круга социальных контактов и социальной активности. Далеко не все пациенты, перенесшие инфаркт миокарда, возвращаются к профессиональной деятельности, а реадаптация тех, кто продолжает работать, может сопровождаться эмоциональным перенапряжением.

Динамика изменения качества жизни в постинфарктный период неравномерна: через 3 месяца от начала заболевания качество жизни пациентов снижено главным образом за счет физических ограничений, необходимости лечения и возможного снижения 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.

По мере деактуализации травматического опыта обострения заболевания все большее значение приобретают поведенческие факторы риска повторного инфаркта. По данным ряда исследований, более 50 % куривших на момент возникновения неотложного кардиологического состояния продолжают курить в постгоспитальный период, причем риск возобновления табакокурения увеличивается в долгосрочной перспективе. Чаще не бросают курить после перенесенного инфаркта миокарда более молодые пациенты, пациенты с более выраженной зависимостью от табакокурения, не подвергавшиеся хирургическому лечению, а также с более ограниченным кругом социальных контактов.

Несмотря на опыт витальной угрозы, более половины пациентов не придерживаются медицинских рекомендаций относительно образа жизни. Спустя 2 года после перенесенного инфаркта миокарда 41% пациентов нарушают рекомендации по профилактическому приему ацетилсалициловой кислоты. В отдаленном анамнезе (спустя 10–13 лет после первого инфаркта миокарда), полностью не соблюдают рекомендации относительно диеты – 64%, относительно физической активности – 56 %.

Психическая адаптация в постгоспитальный период у пациентов, перенесших кардиохирургическое вмешательство. Данные о расстройствах психической адаптации у пациентов, перенесших кардиохирургическое вмешательство, существенно варьируют. В одних работах подчеркивается высокий риск и устойчивость эмоциональных нарушений. Отмечается, что в послеоперационном периоде АКШ депрессивное расстройство развивается в 13-64% случаев, причем примерно в половине из них психические расстройства персистируют в течение 6-12 месяцев после операции. Согласно другим данным, после АКШ подверженность невротическим, связанным со стрессом и аффективным (депрессивным) расстройствам существенно снижается (до 7-8%).

Личностные патохарактерологические изменения в послеоперационном периоде АКШ представлены преимущественно ипохондрическим развитием, патохарактерологическим развитием по типу «второй жизни» (с полным отказом от прежнего образа жизни, изменением приоритетов и системы ценностей) и реакциями отрицания болезни.

У пациентов с нарушениями ритма сердца, перенесших интервенционное лечение катетерными методами, при отсутствии стойкого положительного эффекта в 11% случаев развивается нозофобное расстройство, проявляющееся навязчивыми опасениями в связи с заболеванием и его резистентностью к лечению.

У 23% больных, получивших лечение методом имплантации кардиовертера-дефибриллятора, формируется устойчивый страх его срабатывания, связанный с такими условно объективными факторами как

болезненность, неожиданность и неконтролируемость электрического разряда, стабилизирующего работу сердца.

У 20-25% пациентов, перенесших протезирование клапанного аппарата сердца, развивается так называемый кардиопротезный психопатологический синдром («синдрома сердечного клапана»), проявляющийся повышенной сосредоточенностью на ощущениях со стороны сердца, навязчивыми опасениями поломки имплантатов, самоограничительным поведением.

В целом распространенность эмоциональных нарушений в послеоперационный период ниже, чем в предоперационный. Редукция эмоциональных нарушений наблюдается и при малоинвазивном лечении, однако при любых вмешательствах в подгруппе пациентов (20-30%) сохраняются стойкие симптомы тревоги, связанные с ожиданием рецидива, посттравматическими тревожными реакциями, депрессивными состояниями смешанного генеза, трудностями социальной реадaptации.

Клиническая динамика состояния в послеоперационный период не всегда соотносится с динамикой качества жизни: несмотря на объективное улучшение клинического состояния у большинства больных после АКШ, качество жизни и показатели трудоспособности ухудшаются. В частности, по данным некоторых авторов, значительное улучшение соматического состояния после АКШ отмечается в среднем у 82-83% больных, тогда как к профессиональной деятельности без снижения предоперационного уровня квалификации и трудоспособности возвращаются чуть более половины. Согласно данным М.А. Самушия и соавт., у 70% пациентов отмечается снижение трудоспособности, в 30% случаев – вплоть до отказа от продолжения профессиональной деятельности (при отсутствии медицинских противопоказаний к ней).

Таким образом, в отдаленном постинфарктном периоде и после кардиохирургических вмешательств пациенты характеризуются нарушениями психической адаптации к болезни, причем как в эмоциональном, так и в поведенческом аспекте. Наблюдается, с одной стороны, эмоциональная напряженность вследствие психотравмирующего опыта болезни, ее физических и социальных осложнений, а с другой стороны – постепенное снижение мотивации к соблюдению медицинских рекомендаций, что позволяет предположить трудности конструктивной интеграции опыта болезни в систему личностных отношений.

Прогностические факторы психической адаптации и её нарушения у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями

Успешность адаптации в постгоспитальный период неодинакова у пациентов разных клинических групп, с разными психологическими особенностями и социально-экономическим статусом.

В формировании прогноза психической адаптации определенную роль играют:

- клинические,
- социально-демографические,
- клинико-психопатологические,
- социально-психологические,
- наконец, личностные факторы.

Таким образом, уже на госпитальном этапе существует возможность выделения группы риска в отношении нарушений психической адаптации в постгоспитальный период, а также группы с относительно благоприятным психологическим прогнозом. Следует, вместе с тем отметить, что со временем прогностическая сила собственно психологических факторов (в связи с их подвижностью, динамичностью) ослабевает, в то время как социальные, демографические и клинико-психопатологические характеристики сохраняют свое прогностическое значение, по-видимому, вследствие их стержневого характера, тесной сопряженности с комплексом важных для прогноза параметров.

Клинические факторы. В целом процесс реадaptации протекает с большими трудностями при наличии осложнений (в постинфарктный период или после перенесенного кардиохирургического вмешательства), при более тяжелом соматическом статусе в пред- и постгоспитальный период, при наличии рецидивов заболевания, в особенности субъективно неожиданных для пациента.

Психотравмирующими и препятствующими стабилизации эмоционального состояния являются перепады в самочувствии, нестабильность соматического состояния с периодами условного благополучия и резких обострений. Фактор стабильности / нестабильности соматического статуса играет существенную роль на всех этапах течения болезни. Неустойчивость самочувствия, приступообразное течение заболевания создает неблагоприятный эмоциональный фон тревоги, настороженности. Кризовые моменты сопровождаются чувством потери контроля, а восстановление до прежнего уровня адаптированности в посткризовый период требует существенных усилий.

Большие трудности в психической адаптации также испытывают пациенты, изначально хуже переносившие симптомы заболевания (в том числе неопасные), при равном соматическом статусе с другими пациентами предъявлявшие больше жалоб, хуже переносящие дискомфортные диагностические и лечебные процедуры, что, видимо, отражает действие общего фактора адаптивности / стрессоустойчивости.

Социально-демографические факторы. Группу риска в отношении нарушений психической адаптации составляют женщины: у них отмечается менее выраженная положительная динамика качества жизни в постинфарктный (послеоперационный) период, меньшая вероятность возвращения к профессиональной деятельности, большая интенсивность тревожно-депрессивных проявлений на всех стадиях восстановительного периода.

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 внутриличностный конфликт между настойчивой потребностью в поддержке и боязнью стать обузой для близких.

Вместе с тем женщины в целом более привержены медицинским рекомендациям, реже демонстрируют реакции по типу отрицания болезни, что может быть существенно в формировании медицинского прогноза.

Группу риска составляют пациенты с низким социально-экономическим статусом. У них отмечается менее благоприятная динамика заболевания и большие трудности в социальной реадaptации, что, по-видимому, связано с более высоким уровнем социального стресса и социальной фрустрированности, менее комфортными бытовыми условиями, меньшей доступностью материальных ресурсов (в том числе на эффективные лекарственные препараты) и ресурсов социальной поддержки, типично более низкой культурой заботы о здоровье и недостаточной информированностью о болезни и лечении.

Клинико-психопатологические факторы. Сочетание сердечно-сосудистого заболевания и психической патологии в большинстве случаев является прогностически неблагоприятным.

Так, например, вне зависимости от других известных факторов риска депрессия в 1,6–2,7 раз повышает вероятность неблагоприятных исходов (постинфарктных осложнений, осложнений в послеоперационный период и смерти) в среднесрочной перспективе (в среднем – 2 года).

Пациенты с депрессивными проявлениями и клинически значимыми депрессивными расстройствами даже при отсутствии физических ограничений чаще завершают профессиональную активность после перенесенного инфаркта миокарда и кардиохирургического вмешательства, что может способствовать нарушению социальной адаптации.

Тревожные расстройства и посттравматическое стрессовое расстройство также являются фактором риска осложнений в раннем и отдаленном постгоспитальном периоде, нарушений психической и социальной адаптации.

Пациенты с выраженной предоперационной тревожностью не только в большей мере подвержены периперационным осложнениям и рецидивам, но и чаще бывают не удовлетворены результатами лечения, кардиохирургического вмешательства вне зависимости от объективной клинической динамики состояния.

При интенсивной тревожной реакции на перенесенное неотложное кардиологическое состояние и кардиохирургическое лечение пациенты предъявляют больше эмоциональных жалоб не только в ближайший, но и отдаленный постгоспитальный период.

Вместе с тем, сопряженное с гипонозогнозией отрицание тревоги, декларирование отсутствия негативных переживаний при обострении

заболевания или в период кардиохирургического лечения могут выступать как факторы риска неприверженности лечению в постгоспитальный период.

Таким образом, обеспокоенность состоянием своего здоровья является важным стимулом к соблюдению медицинских рекомендаций, но в случае высокой интенсивности тревога дезорганизует поведение пациента, препятствует усвоению значимой в связи с лечением информации, затрудняет выстраивание стратегии по преодолению болезни.

Социально-психологические факторы. 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.

У пациентов, использующих разнообразные источники социальной поддержки и получавших адекватную помощь от близких в период госпитализации, отмечается более выраженная положительная динамика качества жизни в постгоспитальный период.

Вместе с тем, следует учитывать, что круг социальных контактов и интенсивность межличностного взаимодействия должны быть адекватны потребностям пациента. В случае астенизации, например при тяжелых формах хронической сердечной недостаточности, вовлечение в социальную активность, не соответствующую физическим возможностям и эмоциональному тону пациента, требующую усилий, высокой эмоциональной включенности, может приводить к нарушениям психической адаптации и актуализации чувства несостоятельности.

Кроме того, чрезмерная опека со стороны близких, несоответствие ожидаемых и реальных форм помощи, акцентирование зависимой позиции больного способствует нарушению его межличностных отношений, затрудняет социальную реадaptацию, закрепляет в роли «инвалида».

Личностные факторы. Результаты изучения роли личностных факторов в формировании медицинского и психосоциального прогноза неоднозначны.

Как показывают исследования, влияние личностных характеристик на психическую адаптацию и клиническую динамику болезни прогнозируемо преимущественно на относительно близкий катамнез (до 3 лет). При этом перечень однозначно «благоприятных» и «неблагоприятных» особенностей весьма ограничен.

Менее благоприятная динамика психической адаптации в постгоспитальный период, как правило, наблюдается у пациентов с выраженными чертами:

- личностного типа Д (сочетание негативной аффективности и склонности к подавлению негативных эмоций в межличностном взаимодействии);

- алекситимии (трудностей идентификации, вербализации, выражения и распознавания эмоций и чувств);
- враждебности.

В целом данные характеристики в наибольшей степени характеризуют сферу межличностных отношений и коммуникации. Можно предположить, что трудности психической адаптации таких пациентов связаны именно с невозможностью согласования личных потребностей и возможностей социальной среды в силу недостаточной гибкости межличностного взаимодействия и трудностей в мобилизации социальной поддержки.

Важным предиктором нарушения психической адаптации в постгоспитальный период является нарушение межличностных отношений в связи с болезнью, наблюдаемое уже в период госпитализации и проявляющееся:

- трудностями взаимодействия с врачом и медицинским персоналом;
- недоверчивостью, настороженностью, ожиданием врачебных ошибок, подверженностью ятрогенным психическим реакциям;
- повышенной раздражительностью, вспыльчивостью, требовательностью по отношению к ближайшему социальному окружению;
- отгороженностью, неконтактностью, независимостью либо конфликтностью во взаимоотношениях с соседями по палате.

По данным проспективной оценки, тенденция к отрицанию болезни или недооценке ее тяжести в раннем госпитальном периоде определяет меньшую вероятность участия пациентов в программах реабилитации, также склонность откладывать обращение за медицинской помощью при сердечных симптомах, меньшую приверженность медицинским рекомендациям. В то же время гипонозогнозия оказывается протективным фактором в отношении эмоциональных нарушений в постгоспитальный период.

Предиктором эмоциональной нестабильности закономерно является высокая личностная тревожность. Вместе с тем пониженный уровень тревожности определяет склонность к рискованному поведению (с точки зрения провокации коронарных событий, рецидива и обострений) и несоблюдению медицинских рекомендаций.

В отношении прогноза приверженности медицинским рекомендациям также существенное значение имеет уровень приверженности медицинским рекомендациям в догоспитальный период – по сути, наличие навыка заботы о своем здоровье и признание его ценности. Инертность поведенческих стереотипов, укоренившиеся установки в отношении здоровья, профилактики, лечения, врачей и т.д. часто оказываются резистентными даже к влиянию психотравмирующего опыта болезни.

Предиктором приверженности медицинским рекомендациям является ориентированность на социальные нормы, конформность, коммуникативность, высокая оценка своей готовности (желания и способности) выполнять медицинские рекомендации перед выпиской.

Благоприятное прогностическое значение имеет высокая копинг-компетентность пациента: умение правильно оценивать существенные характеристики стрессовой ситуации и выбирать наиболее адекватную ситуации стратегию поведения. Подобное умение определяет высокую гибкость, адаптивность поведения пациента, способность без существенных эмоциональных потерь разрешать проблемные жизненные ситуации, конструктивно преодолевать трудности, в том числе связанные с болезнью и лечением.

Таким образом, уже на этапе госпитализации существует возможность прогнозирования дальнейшей динамики психической адаптации пациентов в эмоциональном и поведенческом аспектах. При этом психосоциальные факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний способны выступать в качестве предикторов осложнений и неблагоприятной клинической динамики в госпитальный и постгоспитальный период, а любые варианты нарушения психической адаптации в госпитальный и ранний постгоспитальный период позволяют предположить дальнейшую неблагоприятную динамику качества жизни пациента.

Литература

1. Алехин А.Н., Андреева Е.В., Трифонова Е.А., Гончарова Н.С., Моисеева О.М. Динамика и предикторы психической адаптации к болезни у пациентов с синдромом Эйзенменгера // Психология человека в условиях здоровья и болезни: материалы Третьей Международной конференции 5 июня 2013 г. / М-во обр. и науки РФ, ФГБОУ ВПО «Тамб. Гос. ун-т им. Г.Р. Державина»; отв. Ред. О.А. Степичева. Тамбов: Издательский дом ТГУ им. Г.Р. Державина, 2013. – С. 58-62.
2. Алехин А.Н., Андреева Е.В., Трифонова Е.А., Гончарова Н.С., Моисеева О.М. Динамика и предикторы психической адаптации к болезни у пациенток с легочной артериальной гипертензией // Актуальные вопросы пограничной психической патологии (биопсихосоциальный подход): Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – Курск: КГМУ, 2013. – С. 240-244.
3. Алёхин А.Н., Сорокин Л.А., Трифонова Е.А. Медико-психологический аспект адаптации пациентов, перенесших инфаркт миокарда: современное состояние проблемы // Вестник психотерапии : научно-практический журнал. – 2012. – № 42. – С. 26-45.
4. Алёхин А.Н., Трифонова Е.А., Лебедев Д.С., Михайлов Е.Н. Психологические проблемы в аритмологии (на модели фибрилляции предсердий) // Вестник аритмологии. – 2011. – № 63. – С. 45–54.
5. Алёхин А.Н., Трифонова Е.А., Чернорай А.В. Динамика психической адаптации к заболеванию пациентов с ишемической болезнью сердца, перенесших жизнеопасные состояния // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2013. – №4.
6. Антошина Н.Н. Клинико-психологические и социально-трудовые особенности больных, перенесших АКШ, в амбулаторном периоде реабилитации: автореф. ... дисс. канд. мед. наук. – М., 2002.
7. Глушенко Т.Э. Непсихотические психические расстройства у больных ишемической болезнью сердца, перенесших операцию аортокоронарного шунтирования (клинический,

- социально-психологический, реабилитационный аспекты и качество жизни): автореф. ... дис. канд. мед. наук. – Томск, 2007.
8. Иванов С.В. Психические расстройства, связанные с хирургическими вмешательствами на открытом сердце // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2005. – Т. 7. - №3. – С. 53-57.
 9. Копылов Ф.Ю. Психосоматические аспекты сердечно-сосудистых заболеваний (гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, фибрилляции предсердий) // автореф. ... дис. док. мед. наук. – М., 2009.
 10. Коржова Е.Ю. Человек болейший: личность и социальная адаптация. Психодиагностическое исследование больных с приобретёнными пороками сердца: Монография. Науч. ред. Бурлачук Л.Ф., Вассерман Л.И. - Санкт-Петербург: ААН, 1994.
 11. Лебедева У.В. Динамика психоэмоционального статуса и качества жизни пациентов с жизнеопасными нарушениями ритма сердца // автореф. ... дис. док. мед. наук. – СПб, 2006.
 12. Самушия М.А. Патологические реакции и развития личности в пред- и послеоперационном периодах аортокоронарного шунтирования: автореф. ... канд. мед. наук. – М., 2006.
 13. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю., Иванов С.В. Психокardiология. – М.: МИА, 2005.
 14. Трифонова Е.А., Чернорай А.В., Чумакова И.О. Отношение к болезни в формировании прогноза психической адаптации у кардиологических пациентов, переживших витальную угрозу // Психологическая наука и образование. – 2013. – №4.
 15. Трифонова Е.А., Чумакова И.О., Дмитриева А.А. Прогноз нарушения психической адаптации у пациентов с аритмиями сердца в отдаленном послеоперационном периоде // Актуальные вопросы пограничной психической патологии (био-психосоциальный подход): Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – Курск: КГМУ, 2013. – С. 295-298.
 16. Чумакова И.О., Трифонова Е.А. Психологическая адаптация пациентов с фибрилляцией предсердий в отдаленный послеоперационный период // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. – 2012. – №9 (91) – С. 169-176.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Психическая адаптация: клиничко-психологический аспект.....	3
Концепт адаптации в науках о человеке.....	3
Стресс и психическая адаптация: основные концептуальные подходы.....	5
Проблема психической адаптации в кардиопсихологии.....	10
Нарушения психической адаптации при сердечно-сосудистых заболеваниях.....	11
Критерии нарушения психической адаптации: клиничко- психологический и клиничко-психопатологический подходы.....	11
Нарушения психической адаптации с преобладанием сомато-вегетативных проявлений.....	14
Нарушения психической адаптации с преобладанием тревожных проявлений.....	21
Нарушения психической адаптации с преобладанием депрессивных проявлений.....	26
Сердечно-сосудистые заболевания с позиции психосоматики: нарушения адаптации и кардиологический риск.....	29
История изучения психосоматических аспектов сердечно-сосудистых заболеваний.....	29
Эмоциональные факторы провокации коронарных событий.....	31
Личностные факторы кардиологического риска.....	32
Клиничко-психопатологические факторы кардиологического риска.....	35
Психосоциальные ситуационные факторы кардиологического риска.....	37
Когнитивно-поведенческие факторы кардиологического риска.....	39
Закономерности адаптации личности к условиям сердечно-сосудистого заболевания.....	41
Критерии психической адаптации к болезни.....	41
Динамика психической адаптации к болезни.....	53
Психическая адаптация к условиям кардиогенной витальной угрозы.....	56
Психическая адаптация пациентов и её нарушения при кардиохирургических вмешательствах.....	62
Проблема приверженности медицинским рекомендациям в кардиопсихологии.....	67
Прогноз психической адаптации при сердечно-сосудистых заболеваниях.....	74

Психическая адаптация пациентов во временной перспективе: психологический прогноз.....	74
Прогностические факторы психической адаптации и её нарушения у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями...	76
Оглавление.....	83

Подписано в печать 06.11.2013 г.
Печать цифровая. Бумага офсетная.
Формат 60x84 1/16. Объем 5,5 п.л.
Заказ № 0611/13. Тираж 100 экз.
Отпечатано в типографии «ПСП-принт»
192007, Санкт-Петербург, Боровая ул., 51