

## Отношение к болезни у пациентов, перенесших неотложные кардиологические состояния

А.Н. Алёхин, Е.А. Трифонова, А.В. Чернорай

Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург, Россия

Алёхин А.Н. — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой клинической психологии Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена; Трифонова Е.А. — кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена, научный сотрудник Лаборатории клинической психологии и психодиагностики Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева; Чернорай А.В. — аспирант, заведующая лабораторией «Психология здоровья» Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена.

**Контактная информация:** Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, наб. реки Мойки, д. 48, корпус 11, Санкт-Петербург, Россия, 191186. E-mail: termez59@mail.ru (Алёхин Анатолий Николаевич).

### Резюме

**Цель исследования** — выявление особенностей отношения к болезни и переживаний в связи с перенесенным неотложным кардиологическим состоянием у пациентов, проходящих начальный этап стационарной реабилитации. **Материалы и методы.** Обследовано 70 пациентов (23 женщины, 47 мужчин) в возрасте от 35 до 67 лет (средний возраст —  $54,5 \pm 6,4$  года), госпитализированных в связи с инфарктом миокарда (ИМ; 55,7 %), нестабильной стенокардией (18,6 %) либо плановым кардиохирургическим вмешательством (25,7 %). Использовались следующие методы и методики: анализ медицинских карт, беседа и психодиагностическая методика для определения типа отношения к болезни «ТОБОЛ» (Вассерман Л.И. и соавт., 2005). **Результаты.** У больных преобладает эргопатический тип отношения к болезни (48,6 %), проявляющийся настойчивым стремлением преодолеть болезнь для сохранения прежнего уровня социальной активности. У 22,9 % выявлялось отрицание факта болезни, у 51,4 % — отрицание ее возможных последствий. Женщины и пациенты, перенесшие рецидив, а также экстренную (в противоположность плановой) госпитализацию, более фрустрированы болезнью. Мужчины и пациенты, впервые (однократно) перенесшие ИМ, более склонны к отрицанию факта болезни и ее последствий. Отрицание наличия болезни типично лишь для пациентов, перенесших наиболее острые жизнеугрожающие состояния — ИМ (в противоположность прединфарктным состояниям), что свидетельствует о защитном характере анозогнозии. **Вывод.** Активное сопротивление болезни и отрицание являются ведущими психологическими тенденциями реагирования у пациентов, перенесших неотложные кардиологические состояния, на начальном этапе реабилитации. При неэффективности данных стратегий высока вероятность психосоциальной дезадаптации. Данные особенности необходимо учитывать в лечебном и реабилитационном процессе.

**Ключевые слова:** отношение к болезни, витальная угроза, психическая адаптация, анозогнозия, психотравма, инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия, механизмы психологической защиты.

## Attitude to disease in patients following cardiac emergencies

A.N. Alekhin, E.A. Trifonova, A.V. Chernoray

Herzen State Pedagogical University of Russia, St Petersburg, Russia

**Corresponding author:** Herzen State Pedagogical University of Russia, 48, building 11, Moyka embankment, St Petersburg, Russia, 191186. E-mail: termez59@mail.ru (Anatoliy N. Alekhin, MD, PhD, Professor, the Chief of the Department of Clinical Psychology at Herzen State Pedagogical University of Russia).

**Abstract**

**Objective.** To assess attitudes toward disease in patients following cardiac emergencies at early stages of rehabilitation. **Design and methods.** The study sample consisted of 70 patients (23 females, 47 males) aged 35–67 years ( $54,5 \pm 6,4$  years old) hospitalized with myocardial infarction (MI; 55,7 %), unstable angina (18,6 %) or for planned cardiac surgery (25,7 %). The following methods were used: interview, medical records analysis, «Method for psychological diagnostics of attitude towards disease» (Wasserman L.I. et al., 2005). **Results.** Most patients (48,6 %) have «ergopathic» attitude toward disease characterized by aspiration to overcome disease in order to maintain the level of social activity they had had before the hospitalization. Denial of illness itself was found in 22,9 % cases, denial of possible illness consequences — in 51,4 %. Females, patients with recurrent cardiac attack and those, who had emergent (versus planned) hospitalization were more frustrated by the disease. Males and patients, who survived MI for the first time, were more prone to deny the fact of the disease as well as its possible consequences. Denial of the fact of illness was typical only of patients with the most life-threatening states — MI (compared to unstable angina). This may be regarded as an evidence of defensive/protective character of illness denial. **Conclusion.** Resistance, active overcoming and denial are predominant psychological tendencies in reaction to illness in patients following cardiac emergencies at early stages of rehabilitation. In case of ineffectiveness of these psychological strategies there is an increased risk of psychosocial disturbances. These characteristics of attitude toward illness in cardiac patients should be taken into account in the treatment and rehabilitation process.

**Key words:** attitude toward disease, vital threat, psychological adjustment, illness denial, psychotrauma, myocardial infarction, unstable angina, psychological defense mechanisms.

*Статья поступила в редакцию: 14.08.12. и принята к печати: 17.08.12.*

**Введение**

В настоящее время психологическая помощь больным, перенесшим неотложные кардиологические состояния, рассматривается как одно из перспективных направлений повышения эффективности лечебно-реабилитационного процесса, что обусловлено научно подтвержденной ролью личностных реакций на заболевание в прогнозе восстановления и качества жизни [1]. Острая психотравмирующая ситуация болезни, сопряженная с переживанием витальной угрозы, является мощным стрессогенным фактором, требующим экстренной мобилизации ресурсов (биологической, психофизиологической, психической) адаптации, а в дальнейшем — перестройки всей системы личностных отношений. Свидетельством трудностей таких перестроек являются данные о значительном риске нозогенных (гипер- и гипонозогенных) и посттравматических стрессовых расстройств у пациентов в подостром и отдаленном периодах коронарных катастроф [2–5].

Согласно ряду клинико-психопатологических исследований, нарушения адаптации в подостром периоде инфаркта миокарда (ИМ) и нестабильной стенокардии (НС) развиваются почти у 80 % пациентов, причем в 20 % случаев эмоциональные нарушения приобретают стойкий характер [6]. Вероятность гипернозогических реакций наиболее высока у женщин, при отягощенном анамнезе, значительной симптомности приступа, наличии «социальных угроз» (вероятных социальных по-

следствий болезни). Гипонозогии же, напротив, более вероятны у пациентов, впервые перенесших неотложное, относительно малосимптомное кардиологическое состояние [7].

Самостоятельным направлением в изучении отношения к болезни при сердечной патологии являются медико-социальные исследования информированности пациентов о заболевании и приверженности врачебным рекомендациям. В этой сфере делается акцент на исполнении пациентом правил лечения и предупреждения рецидивов, что определяется как наиболее значимая составляющая кардиофилактики и кардиореабилитации. В исследованиях данного направления показано, что знания пациентов о факторах риска, проявлениях, сути и методах купирования неотложных кардиологических состояний фрагментарны, а приверженность медицинским рекомендациям прогрессивно снижается по завершении стационарного лечения [8, 9].

В целом две основные линии в исследовании — клинико-психопатологическая и медико-социологическая — отражают существенные аспекты реагирования и переживаний пациентов, перенесших неотложные кардиологические состояния. Вместе с тем общим недостатком данных подходов является их ориентированность на формальные внешние критерии адаптации к болезни: любые варианты ненормативного (неидеального, неразумного, «неудобного» для проведения лечения) реагирования пациента рассматриваются как расстройство адаптации. Такой подход затруд-

няет понимание психологического содержания и индивидуальной логики поведения пациента в попытках совладания с болезнью. А вместе с тем в научной литературе есть свидетельства недостаточной обоснованности использования лишь внешних критериев адаптации. В частности, в серии исследований было установлено, что отрицание болезни у пациентов, перенесших ИМ или НС, несмотря на очевидные «побочные эффекты» (более низкую приверженность лечению), связано с более благоприятным медицинским прогнозом и должно рассматриваться в системе психологической защиты от острых эмоциональных реакций и общей психической дестабилизации [10].

Таким образом, психологический анализ переживаний и поведения пациентов, перенесших ИМ или НС, представляется необходимым условием для реконструкции субъективного опыта болезни и, соответственно, расширения возможностей для обсуждения с пациентом (в рамках психологического консультирования) его индивидуальной стратегии приспособления к новым жизненным условиям.

Все вышеизложенное определило **цель настоящего исследования**: выявление особенностей отношения к болезни и переживаний в связи с перенесенным неотложным кардиологическим состоянием у пациентов, проходящих начальный этап стационарной реабилитации (для обоснования направлений психологического сопровождения лечебно-восстановительного процесса).

### Материалы и методы

Исследование проводилось на базе кардиологического отделения для лечения больных острым инфарктом миокарда Городской больницы Святой преподобномученицы Елизаветы, а также отделения реабилитации Городской больницы № 23.

При консультативном участии врачей-кардиологов было обследовано 70 пациентов (23 женщины, 47 мужчин) в возрасте от 35 до 67 лет (средний возраст —  $54,5 \pm 6,4$  года), госпитализированных в связи с неотложными кардиологическими состояниями (ИМ — 39 чел./55,7 %, НС — 13 чел./18,6 %) либо плановым хирургическим вмешательством после ранее перенесенных коронарных катастроф (18 чел./25,7 %).

Среди обследованных преобладали пациенты, впервые (однократно) перенесшие неотложное кардиологическое состояние (51 чел./72,9 %).

Психологическое обследование пациентов осуществлялось в течение первых десяти дней пребывания в отделении (после перевода из отделения кардиореанимации).

Критериями включения в группу являлись:

- подписанное информированное согласие;
- верифицированный диагноз: ишемическая болезнь сердца (ИМ, НС);
- отсутствие выраженных неврологических и органических расстройств;
- начальный этап реабилитационного процесса;
- отсутствие сопутствующих соматических заболеваний в стадии декомпенсации.

Среди обследованных преобладали лица, имеющие на момент развития заболевания профессиональную занятость (60 чел./85,7 %), состоящие в браке (49 чел./70,0 %), с высшим образованием (38 чел./54,3 %).

В рамках медико-психологического исследования использовались следующие **методы и методики**:

- анализ медицинских карт;
- беседа, направленная на уточнение медицинских сведений, обстоятельств жизни и болезни пациента;
- психодиагностическая методика для определения типа отношения к болезни «ТОБОЛ» [11];
- методы математико-статистического анализа данных: применялись описательные статистики (среднее, частоты), для выявления связей между качественными переменными использовались точный критерий Фишера и критерий Хи-квадрат Пирсона, для оценки значимости различий между клиническими и социальными подгруппами — непараметрический критерий U Манна-Уитни.

### Результаты

В обследованной группе выявлено отчетливое преобладание (48,6 %) эргопатического типа отношения к болезни (чистого или в сочетании с другими типами), проявляющегося стремлением преодолеть («переломить») болезнь для сохранения прежнего уровня социальной активности. У 21,4 % был диагностирован анозогностический тип, отражающий недооценку тяжести перенесенного состояния и возможных последствий заболевания, сверхоптимистичное видение ситуации вплоть до полного отрицания факта болезни. Гармоничный (адекватный) тип отношения к болезни был установлен лишь у 8 пациентов (11,4 %). В остальных случаях определялись эмоционально-насыщенные гипернозогностические варианты реагирования на болезнь с преобладанием навязчивых опасений, раздражительной слабости и пессимистической оценкой перспективы.

Результаты частотного анализа выборов утверждений по каждой из тем методики «ТОБОЛ» представлены в таблице.

Таблица

**ТИПИЧНЫЕ ВЫБОРЫ УТВЕРЖДЕНИЙ ПО МЕТОДИКЕ «ТОБОЛ» У ПАЦИЕНТОВ,  
ПЕРЕНЕСШИХ НЕОТЛОЖНЫЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ**

Темы и выбранные утверждения	Частота наиболее типичных выборов
<b>Самочувствие</b>	
Мое самочувствие вполне удовлетворительно	41,4 %
Дурное самочувствие я стараюсь перебороть	30,0 %
Я стараюсь терпеливо переносить боль и физические страдания	24,3 %
<b>Настроение</b>	
Я не позволяю себе из-за болезни предаваться унынию и грусти	42,9 %
Как правило, настроение у меня очень хорошее	40,0 %
У меня настроение портится от ожидания возможных неприятностей, беспокойства за близких, неуверенности в будущем	30,0 %
<b>Сон</b>	
Проснувшись, я сразу заставляю себя встать	40,0 %
Я просыпаюсь с мыслью о том, что сегодня надо будет сделать	30,0 %
Если меня что-то расстроит, я долго не могу уснуть	27,1 %
<b>Аппетит</b>	
У меня хороший аппетит	31,4 %
Я люблю сытно поесть	28,6 %
Я ем с удовольствием и не люблю ограничивать себя в еде	22,9 %
<b>Отношение к болезни</b>	
Я всеми силами стараюсь не поддаваться болезни	37,1 %
Стараюсь не думать о своей болезни и жить беззаботной жизнью	28,6 %
Стараюсь перебороть болезнь, работать как прежде и даже еще больше	24,3 %
<b>Отношение к лечению</b>	
Затруднение с ответом (отсутствие выбора)	34,3 %
Я был бы готов на самое мучительное и даже опасное лечение, только бы избавиться от болезни	31,4 %
Меня пугают трудности и опасности, связанные с предстоящим лечением	20,0 %
Я избегаю говорить о лечении с другими людьми	20,0 %
<b>Отношение к врачам и медперсоналу</b>	
Главным во всяком медицинском работнике я считаю внимание к больному	75,7 %
С большим уважением отношусь к медицинской профессии	51,4 %
Я не раз убеждался, что врачи и медперсонал невнимательны и недобросовестно исполняют свои обязанности	8,6 %
<b>Отношение к родным и близким</b>	
Я стараюсь родным и близким не показывать виду, что я болен, чтобы не омрачать им настроения	58,6 %
Я стараюсь поменьше доставлять тягот и забот моим близким из-за моей болезни	52,9 %
Меня одолевают мысли, что из-за моей болезни моих близких ждут трудности и невзгоды	17,1 %

Темы и выбранные утверждения	Частота наиболее типичных выборов
<b>Отношение к работе</b>	
Не считаю, что болезнь может помешать моей работе	25,7 %
Считаю, что заболел из-за того, что работа причинила вред моему здоровью	21,4 %
Я считаю, что, несмотря на болезнь, надо продолжать работу	20,0 %
<b>Отношение к окружающим</b>	
Мое здоровье не мешает мне общаться с окружающими, сколько мне хочется	58,6 %
Я стараюсь, чтобы окружающие не замечали моей болезни	34,3 %
Моя болезнь не мешает мне иметь друзей	32,9 %
<b>Отношение к одиночеству</b>	
Желание побыть одному зависит у меня от обстоятельств и настроения	48,6 %
Затруднение с ответом (отсутствие выбора)	28,6 %
Избегаю одиночества, чтобы не думать о своей болезни	25,7 %
<b>Отношение к будущему</b>	
Аккуратным лечением и соблюдением режима я надеюсь добиться улучшения здоровья в будущем	47,1 %
Я всегда надеюсь на счастливое будущее, даже в самых отчаянных положениях	38,6 %
Мое здоровье пока не дает никаких оснований беспокоиться за будущее	24,3 %

**Примечание:** в инструкции пациенту предлагается выбрать одно или два утверждения из перечня по каждой из тем.

Анализ наиболее часто выбираемых утверждений позволяет заключить, что для «типичного» пациента, перенесшего ИМ или НС, характерна позиция активного преодоления как собственно болезни, так и тревоги в связи с перенесенным состоянием («Я всеми силами стараюсь не поддаваться болезни», «Стараюсь перебороть болезнь...», «Я не позволяю себе из-за болезни предаваться унынию и грусти», «Проснувшись, я сразу заставляю себя встать»). Пациенты настроены на «борьбу» с недугом, используют для этого разнообразные стратегии, вплоть до иррационального игнорирования происшедшего, испытывают фрустрированность от любых свидетельств болезни, включая взволнованность ближайшего окружения, отсутствие быстрого эффекта лечения (характерно, что большинство больных затруднились в выборе утверждений по теме «Лечение»). Борьба с болезнью заключается в попытках забыть о ней, переломить, преуменьшить ее проявления, сохранив при этом хотя бы внешнюю сторону благополучия. При этом страх перед будущим проецируется преимущественно на окружающих, оформляясь в беспокойство о возможных сложностях для родственников в уходе и поддержке («Меня одолевают мысли, что из-за моей болезни моих близких ждут трудности...», «Я стараюсь поменьше доставлять

тягот и забот моим близким...»). В целом отчетливо прослеживается поиск пациентами внешних опор, поддерживающих образ «прежнего Я», воспроизведение прежних способов межличностного взаимодействия («будто ничего не произошло»), декларирование хорошего самочувствия, попытки самостоятельного решения проблем с недомоганиями и опасениями. Усилия по разрешению кризисной ситуации в связи с болезнью реализуются главным образом во внутриличностном плане через актуализацию ресурсов по восстановлению психологического «гомеостаза».

В свете очевидного преобладания гипонозогнозических тенденций в типичном отношении к болезни на основании выборов утверждений методики ТОБОЛ были выделены варианты реагирования с верифицированным отрицанием факта болезни как такового и ее последствий.

1. *Отрицание факта болезни* определялось через выбор хотя бы одного из утверждений, касающихся отличного самочувствия в настоящее время, отсутствия болезни и необходимости лечения: «Я почти всегда чувствую себя бодрым и полным сил», «Я здоров, и болезни меня не беспокоят», «Я ни в каком лечении не нуждаюсь», «Я здоров и в помощи врачей не нуждаюсь». Среди обследованных к этой группе были отнесены 16 чел. (22,9 %).

2. *Отрицание возможных последствий болезни* определялось через выбор хотя бы одного из следующих утверждений: «Считаю, что опасность моей болезни врачи преувеличивают», «Избегаю всякого лечения — надеюсь, организм сам переборет болезнь, если о ней поменьше думать», «Не считаю, что болезнь может помешать моей работе», «Мое здоровье пока не дает никаких оснований беспокоиться за будущее», «Не считаю, что болезнь может существенно отразиться на моем будущем». К группе отрицающих последствия были отнесены 36 пациентов (51,4 %).

#### **Клинические факторы в формировании отношения к болезни**

При сравнении клинических подгрупп по характеру отношения к болезни было установлено следующее.

Отрицание факта болезни и ее возможных последствий более характерно для пациентов, впервые (или однократно) перенесших неотложное кардиологическое состояние: (23,5 % в противоположность 0 %,  $p < 0,05$ ).

Эргопатический тип отношения к болезни чаще выявляется у пациентов, перенесших плановое кардиохирургическое лечение (по сравнению с экстренно госпитализированными) (72,2 % в противоположность 40,4 %,  $p < 0,05$ ). Для экстренно же госпитализированных пациентов более типичен диффузный тип отношения к болезни, проявляющийся разнообразными эмоционально-негативными переживаниями и напряженной фрустрированностью актуальной ситуации (23,1 % в противоположность 0 %,  $p < 0,05$ ).

Среди экстренно госпитализированных отрицание факта болезни более характерно для пациентов, перенесших ИМ, по сравнению с пациентами, перенесшими несколько менее опасное состояние — НС (34,2 % в противоположность 0 %,  $p < 0,01$ ). При этом, однако, пациентам с НС более свойственно стремление скрывать серьезность своего состояния от близких (утверждение «Я стараюсь родным не показывать вида, что я болен» выбрали 92,9 % больных с НС по сравнению с 50,0 % пациентов с ИМ,  $p < 0,01$ ). Пациенты с НС чаще признаются в страхе перед болезнью (выбор утверждения «Моя болезнь меня пугает» в 35,7 % в противоположность 7,9 % при ИМ,  $p < 0,05$ ), чаще бывают убеждены в том, что приступ можно было предотвратить (выбор утверждения «Считаю, что моя болезнь запущена из-за невнимания и неумения врачей» в 28,6 % случаев в противоположность 0 %,  $p = 0,001$ ). Характерно и согласуется с данными об анозогностических тенденциях у больных ИМ то,

что они значительно чаще затруднялись с выбором утверждений из блока «Отношение к лечению» (так и не выбрали подходящее утверждение 39,5 % пациентов с ИМ по сравнению с 7,1 % пациентов с НС,  $p < 0,05$ ).

#### **Социально-демографические факторы в формировании отношения к болезни**

##### **Пол**

Анозогностические реакции существенно более характерны для мужчин (23,4 % в противоположность 4,3 % у женщин,  $p < 0,01$ ). Данное различие определяется в первую очередь более свойственным мужчинам отрицанием как такового наличия болезни (31,9 % в противоположность 4,3 %,  $p = 0,01$ ).

##### **Возраст**

Представленность различных типов отношения к болезни не различалась в возрастных группах, в то же время у более молодых пациентов (возраст 55 лет и менее) чаще отмечалось отрицание возможных последствий заболевания (64,9 % в противоположность 36,4 % в старшей группе,  $p < 0,05$ ).

Анализ содержания утверждений, наиболее часто выбираемых пациентами разных возрастных групп, позволил установить, что в старшем возрасте ( $> 55$ ) пациенты чаще стремятся скрыть признаки болезни и плохого самочувствия от окружающих (выбор утверждения «Дурное самочувствие я стараюсь перебороть» в 42,4 против 18,9 % у молодых,  $p < 0,05$ ; «Я стараюсь, чтобы окружающие не замечали моей болезни» в 45,5 против 24,3 % у молодых,  $p < 0,05$ ), испытывают большие трудности в описании своих переживаний (отсутствие выбора в блоке «Настроение» в 15,2 против 0 % у молодых,  $p < 0,05$ ), чаще стремятся к уединению из-за повышенной раздражительности (выбор «Часто, оставшись наедине, я скорее успокаиваюсь, люди стали меня сильно раздражать» 21,2 против 2,7 %,  $p < 0,05$ ).

##### **Образование**

Зависимости отношения к болезни от уровня образования выявлено не было.

##### **Семейное положение**

У пациентов, состоящих в браке, чаще выявляется гармоничный тип отношения к болезни (16,3 % в противоположность 0 % у не состоящих в браке,  $p < 0,05$ ) и реже — диффузный тип (10,2 % в противоположность 33,3 %,  $p < 0,05$ ), при этом различий в степени выраженности анозогностических тенденций не выявлено.

##### **Обсуждение**

Настоящее исследование было направлено на выявление особенностей переживания ситуации

болезни у пациентов, перенесших неотложные кардиологические состояния и находящихся на начальном этапе стационарной реабилитации.

Актуальность исследования определяется, с одной стороны, высокой распространенностью и «омоложением» сердечно-сосудистых заболеваний в России [12], значительным риском расстройств адаптации на госпитальном и постгоспитальном этапах [2–4], типичностью проблем приверженности лечению и рекомендациям по профилактике рецидивов у пациентов, перенесших неотложные кардиологические состояния [8]; с другой стороны — недостаточной изученностью собственно психологического содержания переживаний пациентов на раннем реабилитационном этапе, их индивидуальных стратегий адаптации к кризисной ситуации болезни, противоречивостью сведений о роли различных вариантов реагирования на болезнь в отношении медицинского и психосоциального прогноза [10].

В настоящем исследовании было установлено, что ведущими тенденциями в личностном реагировании пациентов, перенесших неотложные кардиологические состояния, являются активное сопротивление, стремление к преодолению плохого самочувствия, подавлению тревоги, поиску опор во внешних атрибутах благополучия.

Более половины пациентов не признают возможность негативных последствий болезни, а каждый пятый пациент, несмотря на весьма содержательный опыт и наличие убедительных внешних свидетельств болезни, открыто отрицает ее наличие. Наиболее типичны реакции отрицания для мужчин, пациенты с впервые (либо единственный раз) перенесенным ИМ. Отрицание возможных последствий заболевания более характерно для молодых пациентов и связано с более оптимистичным видением перспективы.

Полученные результаты весьма близки к данным других исследователей [2–4, 7, 10], но уточняют и дополняют их.

Прежде всего, были выявлены дезорганизующие психологические эффекты фактора внезапности жизнеопасного состояния: у экстренно госпитализированных пациентов отмечался более высокий риск негативных аффективных реакций в сравнении с пациентами, также имевшими серьезный, но ожидаемый психотравмирующий опыт (опыт кардиохирургического вмешательства).

Существенно, что именно аффективно окрашенные компоненты внутренней картины болезни выступают на первый план при повторных госпитализациях. Данная зависимость может свидетельствовать о сломе защитных механизмов отрицания

(в том числе отрицания тревоги), играющих важную роль в поддержании психологического «гомеостаза» на начальных этапах болезни (при первых госпитализациях).

Значимость отрицания именно как охранительного механизма подтверждают и данные, согласно которым отрицание факта болезни характерно лишь для пациентов с наиболее серьезной патологией — перенесших ИМ (в противоположность НС). Факт болезни не оспаривался ни одним пациентом, перенесшим прединфарктное состояние (НС). Более того, эти пациенты были фрустрированы упущенными возможностями предотвращения обострения — сожаления, совершенно нетипичными для больных, перенесших ИМ. Тревога пациентов с НС сочетается с актуализацией менее жестких механизмов защиты, проявляющихся в стремлении скрывать болезнь от окружающих («не показывать вида, что болен»). Фактически выявленная в исследовании динамика отрицания заключается в том, что по мере усиления витальной угрозы стремление скрывать болезнь от окружающих сменяется попытками скрывать ее от самого себя. При сломе этой защиты в ситуации рецидивов развиваются аффективно насыщенные реакции, отражающие дезорганизацию прежних систем поддержания психологического равновесия.

Можно также предположить, что именно большая обеспокоенность состоянием здоровья и чувствительность к признакам недомогания стали причинами более раннего обращения за медицинской помощью пациентов с НС (в противоположность склонным к анозогнозии пациентам с ИМ).

Полученные результаты расширяют представления о психологических механизмах адаптации к ситуации жизнеугрожающего заболевания и могут учитываться при разработке программ психологического сопровождения лечения и реабилитации больных, перенесших неотложные кардиологические состояния.

*Исследование выполнено при поддержке гранта Президента РФ МК-2076.2012.6*

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

#### Литература

1. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л. Психокardiология // Психические расстройства в общей медицине. — 2007. — № 4. — С. 4–9. / Smulevich A.B., Syrkin A.L. Psychocardiology // Mental Disorders in General Practice [Psikhicheskiye Rasstroistva v Obschey Meditsine]. — 2007. — № 4. — С. 4–9 [Russian].
2. Габбасова Э.Р. Роль кардиологических факторов в развитии расстройств адаптации и нозогенных личностных реакций у больных, перенесших инфаркт миокарда : автореф.

... канд. мед. наук. [Оренбург. гос. мед. акад.]. — Оренбург, 2009. — 24 с. / Gabbasova E.R. The role of cardiological factors in the development of adjustment disorders and nozogenic personality reaction in patients with myocardial infarction: author's abstract of thesis. ... m.d. [Orenburg State Medical Academy]. — Orenburg, 2009. — 24 p. [Russian].

3. Корнетов Н.А., Лебедева Е.В. Депрессивные расстройства у пациентов, перенесших инфаркт миокарда // Психиатрия и психофармакология. — 2003. — № 5. — С. 10–15. / Kornetov N.A., Lebedeva E.V. Depressive disorders in patients with myocardial infarction // Psychiatry and Psychopharmacology [Psikhiatriya i Psikhofarmakologiya]. — 2003. — № 5. — P. 10–15. [Russian].

4. Корниенко В.Н. Клинико-терапевтическая динамика нозогенных реакций при инфаркте миокарда // Военно-медицинский журн. — 2008. — № 5. — С. 55–56. / Kornienko V.N. Clinical and treatment dynamics of nozogenic reactions in myocardial infarction // Military Medicine Journal [Voenno-meditsinskiy Zhurnal]. — 2008. — № 5. — p. 55–56 [Russian].

5. Gander M.L., von Känel R. Myocardial infarction and post-traumatic stress disorder: frequency, outcome, and atherosclerotic mechanisms // Eur. J. Cardiovasc Prev. Rehabil. — 2006. — Vol. 13, № 2. — P. 165–172.

6. Васюк Ю.А., Лебедев А.В. Депрессия, тревога и инфаркт миокарда: все только начинается // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. — 2007. — Часть I. — № 3. — С. 41–51; Часть II. — № 4. — С. 39–45. / Vasyuk Yu., A. Lebedev A.V. Depression, anxiety and myocardial infarction: everything is just beginning // Rational Pharmacotherapy in Cardiology [Ratsionalnaya Farmakoterapiya v Kardiologii]. — 2007. — Pt. I. — № 3. — p. 41–51; Part II. — № 4. — p. 39–45 [Russian].

7. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробизhev М.Ю. и др. Ишемическая болезнь сердца и внутренняя картина болезни (к проблеме патогенеза нозогенных реакций) — кардиологические аспекты. / В кн. : Психокardiология. — М. : Мед. информ. аг-во, 2005. — С. 266–284. / Smulevich A.B., Syrkin A.L., Drobizhev M.Yu. et al. Coronary heart disease and internal image of illness (to the problem of the pathogenesis of nosogenic reactions) — cardiological aspects. / In: Psychocardiology. — M.: Medical informational agency, 2005. — p. 266–284 [Russian].

8. Нестеров Ю.И., Макаров С.А., Крестова О.С. Оценка эффективности вторичной профилактики инфаркта миокарда в первичном звене здравоохранения // Кардиоваск. тер. и профилактика. — 2010. — № 5. — С. 12–17. / Nesterov Yu.I., Makarov S.A., Krestova O.S. Secondary prevention of myocardial infarction: effectiveness assessment in primary healthcare settings // Cardiovascular Therapy and Prevention [Kardiovaskulyarnaya Terapiya i Profilaktika]. — 2010. — № 5. — p. 12–17 [Russian].

9. Gerber Y., Koren-Morag N., Myers V. et al. Long-term predictors of smoking cessation in a cohort of myocardial infarction survivors: a longitudinal study / Israel Study Group on First Acute Myocardial Infarction // Eur. J. Cardiovasc Prev. Rehabil. — 2011. — Vol. 18, № 3. — P. 533–541.

10. Levine J., Warrenburg S., Kerns R. et al. The role of denial in recovery from coronary heart disease // Psychosom Med. — 1987. — Vol. 49, № 2. — P. 109–117.

11. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. и др. Психологическая диагностика отношения к болезни: Пособие для врачей. — СПб.: изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. — 32 с. / Wasserman L.I., Iovlev B.V., Karpova E.B. et al. Psychological assessment of attitude toward disease: Manual for physicians. St Petersburg: The V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute, 2005. — 32 p. [Russian].

12. Обзорная сводка о состоянии здоровья в Российской Федерации 2005. Всемирная организация здравоохранения, 2006. — [Электронный ресурс]. — Режим доступа: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/103594/E88405R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/103594/E88405R.pdf) / Highlights on health in the Russian Federation. 2005 (2006) World Health Organization: available at [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/103593/E88405.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/103593/E88405.pdf)