

## Роль отношения к болезни кардиологических пациентов, переживающих витальную угрозу, в формировании прогноза их психической адаптации в постгоспитальный период

**Трифонова Е.А.,**

*кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры клинической психологии и психологической помощи, Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психодиагностики, Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия, trifonovahelen@yandex.ru*

**Чернорай А.В.,**

*ассистент кафедры клинической психологии и психологической помощи, Российский государственный педагогический университет, Санкт-Петербург, Россия, annache07@mail.ru*

**Чумакова И.О.,**

*аспирант кафедры клинической психологии и психологической помощи, Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург, Россия, iretta88@gmail.com*

### Для цитаты:

*Трифонова Е.А., Чернорай А.В., Чумакова И.О. Роль отношения к болезни кардиологических пациентов, переживающих витальную угрозу, в формировании прогноза их психической адаптации в постгоспитальный период [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2014. Т. 6. № 4. URL: [http://psyedu.ru/journal/2014/4/Trifonova\\_Chernorai\\_Chumakova.phtml](http://psyedu.ru/journal/2014/4/Trifonova_Chernorai_Chumakova.phtml) (дата обращения: дд.мм.гггг)*

### For citation:

Trifonova E.A., Chernorai A.V., Chumakova I.O. The role of attitude to the disease in cardiac patients undergoing vital threat in the formation of the prediction of their mental adaptation to post-hospital period [Elektronnyi resurs] *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie PSYEDU.ru* [Psychological Science and Education PSYEDU.ru], 2014, vol. 6, no. 4. Available at: [http://psyedu.ru/journal/2014/4/Trifonova\\_Chernorai\\_Chumakova.phtml](http://psyedu.ru/journal/2014/4/Trifonova_Chernorai_Chumakova.phtml) (Accessed dd.mm.yyyy). (In Russ., Abstr. in Engl.)

В проведенном авторами исследовании оценивалась роль отношения к болезни у кардиологических пациентов, переживающих витальную угрозу, в формировании прогноза их психической адаптации в отдаленном постгоспитальном периоде. Лонгитюдно (на госпитальном этапе и спустя один год после выписки) обследованы две группы: пациенты, перенесшие неотложные кардиологические состояния (47 человек: 36 мужчин, 11 женщин, возраст от 34 до 66 лет), и пациенты с предсердными аритмиями сердца, проходящие малоинвазивное хирургическое лечение (41 человек: 22 мужчины, 19

женщин, возраст от 41 до 69 лет). На госпитальном этапе использовались интервью и тест-опросники, на постгоспитальном этапе проводилось телефонное интервью. Установлено, что пациенты, перенесшие опасные для жизни кардиологические состояния, менее обеспокоены болезнью, чем пациенты, ожидающие относительно безопасное малоинвазивное вмешательство. В прогнозе эмоционального статуса пациентов существенную роль играют выраженность тревоги и нарушения межличностных отношений в госпитальный период. Предиктором приверженности медицинским рекомендациям у мужчин выступает большая обеспокоенность болезнью, у женщин – большая эмоциональная стабильность.

**Ключевые слова:** психическая адаптация, витальная угроза, прогноз, инфаркт миокарда, аритмия сердца, отношение к болезни, внутренняя картина болезни, личность.

В настоящее время общепризнана роль психологических характеристик больных с сердечно-сосудистой патологией в формировании качества их жизни и медицинского прогноза [1]. Это особенно важно, учитывая тот факт, что сердечно-сосудистые заболевания остаются основной причиной смертности в России (более 50 % всех смертей) [6].

В ряде исследований показано, что после перенесенного обострения заболеваний сердца, кардиогенных жизнеопасных состояний, сопряженных с витальной угрозой, кардиохирургических вмешательств возможно неблагоприятное изменение системы отношений личности, затрудняющее психическую адаптацию в новых условиях жизнедеятельности, включая различные формы неприверженности медицинским рекомендациям, ограничение социальной активности, тревожные и депрессивные расстройства [1; 2; 7]. Вместе с тем недостаточно изученным остается вопрос о том, в чем состоят психологические особенности пациентов с благоприятным и неблагоприятным прогнозом психической адаптации в постгоспитальном периоде. Знание психологических предикторов нарушений психической адаптации позволило бы разработать рекомендации по взаимодействию врача и пациента на разных этапах стационарного лечения (при госпитализации, в период восстановления, перед выпиской) и своевременной целенаправленной психологической коррекции.

Целью проведенного нами исследования было определить роль отношения к болезни, формирующегося в условиях соматогенной (кардиогенной) витальной угрозы, в прогнозе психической адаптации пациентов на отдаленном постгоспитальном этапе.

Основная гипотеза исследования состояла в том, что на основании характеристик отношения к болезни в госпитальный период у кардиологических пациентов, переживающих ситуацию витальной угрозы, можно прогнозировать качество психической адаптации в отдаленный постгоспитальный период.

Методологическая основа исследования определялась основными положениями концепции психической адаптации [3].

Психическая адаптация рассматривалась как системный процесс, заключающийся в перестройке системы личностных отношений для достижения соответствия между потребностями личности и новыми условиями жизнедеятельности (определяемыми в том числе болезнью).

В связи с задачей оценки психической адаптации именно к условиям заболевания ее параметрами выступали:

- эмоциональный статус (наличие / отсутствие признаков эмоциональных нарушений различной модальности);

- поведение в связи с болезнью (степень приверженности медицинским рекомендациям относительно лечения и образа жизни).

Данные аспекты рассматривались независимо, поскольку определялись с разных позиций: эмоциональный аспект – преимущественно с внутренней, субъективной (эмоциональный комфорт/дискомфорт), а поведенческий аспект – преимущественно с внешней, объективной (степень соответствия поведения определенному образцу).

Исследование проводилось на базе отделения рентген-хирургии аритмий и электрокардиостимуляции № 1 и кардиологического отделения № 2 ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова», а также реабилитационного отделения больницы № 23 г. Санкт-Петербурга.

В соответствии с целью исследования были сформированы две клинические группы.

Группа 1 – пациенты, перенесшие неотложные кардиологические состояния: инфаркт миокарда или острый коронарный синдром (предынфарктное состояние). Пациенты (47 человек: 36 мужчин, 11 женщин в возрасте от 34 до 66 лет, средний возраст  $54,4 \pm 1,0$  года) обследовались в течение первой недели после перевода из отделения кардиореанимации в отделение реабилитации. Аспект витальной угрозы для данной группы определяется комплексом объективных обстоятельств: перенесенным состоянием острой угрозы для жизни и сохранением высокого риска повторных неотложных кардиологических состояний и внезапной сердечной смерти (в зависимости от клинических характеристик риск достигает 20 %). Среди обследованных 18 пациентов (38,3 %) имели в анамнезе неотложные кардиологические состояния, т. е. госпитализировались повторно.

Группа 2 – пациенты с резистентными к фармакотерапии, но не жизнеопасными аритмиями сердца (фибрилляция предсердий), проходящие малоинвазивное хирургическое (интервенционное) лечение методом радиочастотной катетерной аблации. Пациенты (41 человек: 22 мужчины, 19 женщин в возрасте от 41 до 69 лет, средний возраст  $55,8 \pm 1,2$  года) обследовались в период подготовки к проведению интервенционного лечения (за 1–2 дня). Аспект витальной угрозы для данной группы определяется, главным образом, субъективным ожиданием хирургического вмешательства на сердце, несмотря на объективно низкий риск осложнений (ок. 3 %) и летального исхода (ок. 0,1 %). Среди обследованных 10 пациентов (24,4 %) проходили интервенционное лечение повторно в связи с неудачами предыдущих вмешательств. У большинства пациентов (31 человек: 75,6 %) течение болезни – пароксизмальное (приступообразное).

Исследование реализовывалось с использованием как сравнительного, так и лонгитюдного метода, в два этапа.

**1-й этап:** госпитальный. Пациенты проходили медико-психологическое обследование в период стационарного лечения (пациенты, перенесшие инфаркт миокарда / острый коронарный синдром – в течение первой недели стационарной кардиореабилитации; пациенты с аритмиями сердца – за 1–2 дня до проведения вмешательства).

Основные методы и методики первого 1-го этапа:

- анализ медицинских карт;
- полуструктурированное интервью, направленное на оценку эмоционального статуса и отношения к болезни, лечению и перенесенному неотложному кардиологическому состоянию;

- «Опросник для изучения типов отношения к болезни» (ТОБОЛ) [5];
- «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» [12];
- «Интегративный тест тревожности» [4];
- «Шкала самооценки депрессии» Зунга [13].

По результатам применения методик для оценки эмоционального статуса определялась доля пациентов с повышенным риском тревожных и депрессивных расстройств.

**2-й этап:** отдаленный постгоспитальный период. Обследование реализовывалось в форме телефонного опроса спустя в среднем 1 год после выписки. Опрос проводился в форме полуструктурированного интервью, направленного на оценку выраженности признаков нарушения психической адаптации к условиям заболевания:

- в эмоциональном аспекте (эмоциональная лабильность, напряженность, сниженный эмоциональный фон, раздражительность, фрустрированность, выраженная неудовлетворенность актуальной жизненной ситуацией);
- в поведенческом аспекте (невыполнение медицинских рекомендаций относительно лечения, самоконтроля физического состояния, образа жизни и регулярных врачебных консультаций).

По результатам интервью была дана обобщенная оценка наличия/отсутствия нарушений психической адаптации в эмоциональном и поведенческом аспектах. Как нарушения квалифицировалось наличие минимум трех жалоб эмоционального круга (эмоциональный аспект) и выполнение менее, чем на 70 % медицинских рекомендаций (поведенческий аспект).

Из исследования исключались пациенты, перенесшие в постгоспитальный период коронарные катастрофы, а также значимые, остро психотравмирующие события.

При анализе данных применялась стандартная описательная статистика, для оценки нормальности распределения признаков использовался критерий Холмогорова–Смирнова, при сравнительном исследовании использовались параметрические (t-критерий Стьюдента) и непараметрические (U-критерий Манна–Уитни) критерии для количественных переменных, а также критерии Хи-квадрат и точный критерий Фишера – для качественных.

### **Результаты исследования**

#### *Эмоциональный статус и отношение к болезни у кардиологических пациентов, переживающих витальную угрозу*

При оценке выраженности проявлений тревожного и депрессивного спектра не было выявлено достоверных различий между клиническими группами. Вместе с тем на уровне тенденции отмечалась большая эмоциональная уязвимость пациентов с нежизнеопасными аритмиями сердца, проходящими малоинвазивное хирургическое лечение. Повышенные показатели по шкалам тревоги были характерны для 13 пациентов (27,7 %), перенесших неотложные кардиологические состояния, и для 18 пациентов (43,9 %) с нарушениями ритма сердца. Аналогичные данные по шкалам депрессии: 5 человек (10,6 %) и 7 человек

(17,1 %) соответственно. Явления тревожного ( $p < 0,01$ ) и депрессивного ( $p < 0,05$ ) спектра были более характерны для женщин.

Результаты сравнительного анализа ведущих тенденций личностного реагирования на заболевание и отношения к нему у пациентов двух групп представлены в табл. 1.

Таблица 1

**Отношение к болезни у обследованных кардиологических пациентов в госпитальный период  
 (по методике ТОБОЛ;  $M \pm m$ )**

Тип отношения к болезни	Пациенты, перенесшие инфаркт миокарда / острый коронарный синдром (n=47)	Пациенты с предсердными аритмиями, проходящие интервенционное лечение (n=41)	P (достоверность различий)
Гармоничный	20,98±2,81	15,02±2,55	>0,05
Эргопатический	24,40±2,37	20,61±2,76	>0,05
Анозогнозический	15,36±2,33	7,56±0,84	=0,01
Тревожный	8,17±1,32	12,93±0,65	<0,05
Ипохондрический	9,70±0,81	14,56±0,44	<0,01
Неврастенический	7,47±0,95	11,90±1,18	<0,01
Меланхолический	2,83±0,69	7,17±0,13	<0,01
Апатический	2,91±0,46	5,46±0,74	<0,01
Сенситивный	16,79±1,13	18,29±0,22	>0,05
Эгоцентрический	7,87±0,78	11,61±0,26	<0,05
Паранойяльный	5,26±0,84	9,12±0,09	<0,01
Дисфорический	3,87±0,81	7,00±0,95	<0,05

Как следует из табл. 1, ведущей тенденцией личностного реагирования в обеих группах является стремление преодолеть связанные с болезнью ограничения и сохранить прежний уровень социальной активности (эргопатический тип).

Однако пациенты с нежизнеопасными аритмиями сердца обнаруживают значительно большую фрустрированность заболеванием. Им свойственна большая выраженность тревожных, ипохондрических, неврастенических, депрессивных, апатических тенденций, а также нарушение межличностных взаимоотношений в связи с болезнью, сопряженное с эгоцентрическими, паранойяльными, дисфорическими тенденциями. Таким образом, различия переживаний между клиническими подгруппами носят неспецифический характер и проявляются в целом большей выраженностью негативного эмоционального реагирования разной модальности (тревога, подавленность, раздражение) у пациентов с аритмиями. Аналогичные различия наблюдались при сравнении клинических групп отдельно в подгруппах мужчин и женщин.

Основное различие в отношении к болезни между мужчинами и женщинами заключалось в большей склонности недооценивать тяжесть заболевания и отрицать его возможные последствия у мужчин (средние показатели по шкале анозогнозии  $15,6 \pm 2,05$  против  $9,8 \pm 1,79$ ;  $p < 0,001$ ).

В целом, как следует из табл. 1, анозогнозии парадоксальным образом были в большей мере характерны для пациентов, недавно перенесших жизнеугрожающие состояния с высоким риском летального исхода. По данным частотного анализа, 31,9 % пациентов, перенесших инфаркт миокарда / острый коронарный синдром, недавно пребывавших в отделении кардиореанимации, выбирали утверждения методики ТОБОЛ, свидетельствующие о непризнании серьезности сложившейся ситуации («Я здоров, и болезни меня не беспокоят», «Я здоров и в помощи врачей не нуждаюсь», «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»). Аналогичный показатель в группе пациентов с аритмиями составил 17,1 % ( $p = 0,1$ ).

Отчетливых зависимостей эмоционального статуса и отношения к болезни от количества госпитализаций в анамнезе выявлено не было. Зависимость от возраста наблюдалась только среди аритмологических пациентов, у которых в старшей возрастной группе наблюдался больший риск состояний эмоциональной подавленности ( $p < 0,05$ ).

#### *Прогностические факторы нарушения психической адаптации у кардиологических пациентов, перенесших витальную угрозу*

*Качество психической адаптации в отдаленный постгоспитальный период.* По результатам катamnестической оценки (спустя 1 год после выписки) эмоциональные нарушения в виде тревожности, эмоциональной напряженности, лабильности, снижения эмоционального фона, нарушений сна наблюдались у 16 (34,0 %) пациентов, перенесших неотложные кардиологические состояния, и у 21 (51,2 %) пациента, перенесшего интервенционное лечение. Более подвержены эмоциональным нарушениям женщины (73,3 % против 25,9 % мужчин;  $p < 0,001$ ).

Преимущественно привержены медицинским рекомендациям 25 (53,2 %) пациентов, перенесших неотложные кардиологические состояния, и 34 (82,9 %) пациента, перенесших интервенционное лечение (Хи-квадрат=8,76;  $p < 0,01$ ).

Представляет интерес отсутствие зависимости между эмоциональным и поведенческим аспектами психической адаптации к болезни: не было выявлено связей между выраженностью эмоциональных нарушений и риском невыполнения медицинских рекомендаций.

*Прогноз эмоционального статуса.* При оценке прогностического значения тревоги и депрессии в госпитальный период в отношении эмоционального статуса в отдаленный постгоспитальный период было установлено, что наиболее надежным предиктором нарушения психической адаптации в эмоциональном аспекте выступает тревога. Среди пациентов с эмоциональными нарушениями в отдаленный постгоспитальный период 55,6 % имели исходно повышенные показатели тревоги (в противоположность 21,2 % пациентов без эмоциональных нарушений; Хи-квадрат=10,63;  $p = 0,001$ ). Выраженность депрессивных проявлений оказалась менее значимым предиктором эмоциональных нарушений,

возможно, вследствие изначально меньшей представленности явлений депрессивного спектра.

Данные об особенностях отношения к болезни у пациентов с благоприятным и неблагоприятным прогнозом в плане эмоционального статуса представлены в табл. 2.

Таблица 2

**Отношение к болезни у кардиологических пациентов, перенесших витальную угрозу, с разным эмоциональным статусом в отдаленный постгоспитальный период (по методике ТОБОЛ;  $M \pm m$ )**

Тип отношения к болезни	Пациенты с эмоциональными нарушениями в отдаленный постгоспитальный период (n=51)	Пациенты без эмоциональных нарушений в отдаленный постгоспитальный период (n=37)	P (достоверность различий)
Гармоничный	20,75±2,42	14,70±3,10	>0,05
Эргопатический	23,69±2,43	21,19±2,71	>0,05
Анозогнозический	13,69±2,02	9,03±2,41	>0,05
Тревожный	9,22±1,32	12,00±1,77	>0,05
Ипохондрический	11,98±1,20	11,95±1,12	>0,05
Неврастенический	9,06±0,98	10,19±1,28	>0,05
Меланхолический	3,88±0,74	6,19±1,23	>0,05
Апатический	3,80±0,54	4,51±0,75	>0,05
Сенситивный	16,24±1,07	19,22±1,27	>0,05
Эгоцентрический	9,84±1,05	9,30±1,02	>0,05
Паранойяльный	5,86±0,82	8,70±1,20	=0,05
Дисфорический	4,29±0,79	6,76±1,02	=0,05

Как следует из табл. 2, относительной прогностической силой обладают параметры, характеризующие степень нарушения межличностных взаимоотношений пациента в связи с болезнью с преобладанием чувства враждебности, недоверия, конфликтности.

Соответствующий сравнительный анализ в подгруппах позволил выявить специфические зависимости.

В группе перенесших инфаркт миокарда / острый коронарный синдром риск эмоциональных нарушений был выше у пациентов с более выраженными сенситивными (средние ранги 30,1 против 20,9;  $p < 0,05$ ) и эгоцентрическими (средние ранги 29,4 против 21,2;  $p < 0,05$ ) тенденциями.

В группе аритмологических больных более уязвимыми были пациенты с менее выраженными эгоцентрическими тенденциями (средние ранги 16,8 против 25,4;  $p < 0,05$ ).

Зависимости риска эмоциональных нарушений от возраста и количества госпитализаций в анамнезе выявлено не было.

*Прогноз приверженности медицинским рекомендациям.* Выраженной прогностической зависимости поведенческого аспекта адаптации к болезни (приверженности лечению) от исходных характеристик эмоционального статуса и отношения к болезни выявлено не было. Вместе с тем отмечалась определенная специфика предикторов среди мужчин и женщин.

Среди мужчин чаще соблюдали медицинские рекомендации те пациенты, кто изначально испытывал большую обеспокоенность и фрустрированность в связи с болезнью. У комплаентных пациентов отмечалась большая выраженность тревожных (средние ранги 32,7 против 23,8;  $p < 0,05$ ) и депрессивных (средние ранги 32,6 против 24,0;  $p < 0,05$ ) тенденций в структуре внутренней картины болезни.

Среди женщин более приверженными медицинским рекомендациям после выписки были пациентки с изначально меньшим уровнем тревоги (среди приверженных медицинским рекомендациям изначально повышенный уровень тревоги наблюдался у 42,9 % в противоположность 87,5 % в группе не приверженных медицинским рекомендациям;  $p < 0,05$ ), а также меньшей выраженностью эгоцентрически-демонстративных тенденций (средние ранги 13,4 против 21,3;  $p < 0,05$ ).

Приверженность лечению не зависела от возраста и количества госпитализаций в анамнезе.

### **Заключение и выводы**

В нашем исследовании была продемонстрирована возможность прогнозирования качества психической адаптации кардиологических пациентов, перенесших стрессогенный опыт, связанный с витальной угрозой. К наиболее значимым результатам можно отнести следующие.

1. В исследовании была продемонстрирована большая подверженность эмоциональным нарушениям пациентов, фактически не сталкивавшихся с реальным риском летального исхода, – больных с нежизнеопасными аритмиями сердца, проходящими малоинвазивное хирургическое лечение.

Выявлена парадоксальная тенденция к преуменьшению серьезности болезни и большая эмоциональная стабильность у пациентов, перенесших коронарную катастрофу, имевших (около недели назад) предельный опыт борьбы за жизнь, находящихся и после этого в ситуации высокого риска кардиологических осложнений (ок. 20 %), рецидива, внезапной сердечной смерти.

Выявленное различие между группами требует поиска адекватных психологических объяснений. Можно предположить наличие реакции «эмоционального рикошета», облегчения у пациентов, оставшихся в живых после сердечного приступа, защитного отрицания как закономерной фазы принятия критической информации. Следует также отметить, что в большинстве случаев в стадии компенсации ишемическая болезнь сердца протекает менее симптомно и физически менее обременительно, нежели нарушение ритма сердца, тем более при пароксизмальном течении. Кроме того, хирургическое вмешательство на сердце, хотя и относительно безопасное, малоинвазивное, обладает психотравмирующей семантикой и может определять повышенную тревожность пациентов с нежизнеопасными аритмиями.



Полученные результаты согласуются с данными других авторов о наличии тенденции к парадоксальной анозогнозии по крайней мере у 20 % пациентов, перенесших инфаркт миокарда [9], и о предрасположении к тревожным состояниям у пациентов с нарушениями ритма сердца (вне зависимости от форм и жизнеопасности) [2].

Таким образом, несмотря на воспроизводимость результатов и возможность логического объяснения выявленных различий остается факт: объективный аспект витальной угрозы (по крайней мере, в ситуации кардиологического заболевания) играет ограниченную роль в формировании субъективной репрезентации риска и, соответственно, реакций тревоги / страха.

Психологические механизмы восприятия витальной угрозы при коронарных катастрофах и ее динамике в процессе адаптации к болезни требуют дальнейшего изучения. Вместе с тем, имеются данные о благоприятном прогнозе у пациентов с анозогнозиями, перенесших коронарную катастрофу, по крайней мере в краткосрочной перспективе: в ряде работ показана лучшая выживаемость таких больных, их большая эмоциональная стабильность [10]. В то же время имеются указания на склонность анозогнозических пациентов отсрочивать обращение за медицинской помощью и меньшую приверженность лечению [8; 11].

В нашем исследовании не было выявлено зависимости между тенденцией к недооценке тяжести болезни и неприверженностью медицинским рекомендациям в отдаленный постгоспитальный период. При этом пациенты имели определенные эмоциональные «выгоды» в период госпитализации, испытывая меньшую тревогу и подавленность.

2. В исследовании продемонстрирована возможность уже на госпитальном этапе предварительно выделять группы риска в отношении нарушений психической адаптации в отдаленный постгоспитальный период. Универсальным предиктором эмоциональных нарушений оказалась выраженность тревоги в период госпитализации. Можно предположить, что речь идет, с одной стороны, о личностной тревожности, проявляющейся в реакции тревоги в стрессовой ситуации, а с другой – о вновь возникшей стойкой тревоге как реакции на психотравму болезни / хирургического вмешательства.

Существенным представляется то, что неблагоприятным фактором в отношении развития эмоциональных нарушений в постгоспитальный период является реализация тревоги именно в сфере межличностных отношений с переживанием недоверия, склонностью к конфликтам, нетерпеливостью, болезненной чувствительностью к оценкам и мнению окружающих. Таким образом, группу «эмоционального риска» представляют пациенты, изначально демонстрирующие трудности в межличностных взаимодействиях и в мобилизации социальной поддержки (по сравнению даже с теми пациентами, у которых преобладает внутрличностная конфликтность в связи с болезнью).

3. Важным представляется неодинаковый прогноз приверженности медицинским рекомендациям у мужчин и женщин. Если среди мужчин тревога выступала как фактор, мобилирующий к соблюдению предписаний врача, то среди женщин тревога играла дезорганизующую роль, определяла меньшую комплаентность. Учитывая изначально большую подверженность женщин тревожным нарушениям и склонность мужчин к анозогнозии (а следовательно, отрицанию тревоги), можно предположить, что для обеспечения приверженности медицинским рекомендациям необходимо достижение оптимального уровня эмоционального напряжения и обеспокоенности – отражающих осознание угрозы и одновременно возможность контролировать ситуацию.

Трифоновна Е.А., Чернорай А.В., Чумакова И.О. Роль отношения к болезни кардиологических пациентов, переживающих витальную угрозу, в формировании прогноза их психической адаптации в постгоспитальный период  
Психологическая наука и образование psyedu.ru  
2014. Том 6. № 4. С. 157–168

Trifonova E.A., Chernorai A.V., Chumakova I.O. The role of attitude to the disease in cardiac patients undergoing vital threat in the formation of the prediction of their mental adaptation to post-hospital period  
Psychological Science and Education psyedu.ru  
2014, vol. 6, no. 4, pp. 157–168

Исследование выполнено при финансовой поддержке гранта Президента РФ МК-2076.2012.6.

## Литература

1. Алёхин А.Н., Сорокин Л.А., Трифонова Е.А. Медико-психологический аспект адаптации пациентов, перенесших инфаркт миокарда: современное состояние проблемы // Вестник психотерапии. 2012. № 42. С. 26–45.
2. Алёхин А.Н. и др. Психологические проблемы в аритмологии (на модели фибрилляции предсердий)/ Алёхин А.Н., Трифонова Е.А., Лебедев Д.С., Михайлов Е.Н. // Вестник аритмологии. 2011. № 63. С. 45–54.
3. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л.: Наука, 1988. 270 с.
4. Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ): Методические рекомендации. СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2003. 16 с.
5. Вассерман Л.И. и др. Психологическая диагностика отношения к болезни: Пособие для врачей/ Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. 32 р.
6. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс] // URL: <http://www.who.int/> (дата обращения: 1.10.2012).
7. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л. Психокardiология // Психические расстройства в общей медицине. 2007. № 4. С. 4–9.
8. Covino J.M., Stern T.W., Stern T.A. Denial of cardiac illness: consequences and management // Primary Care Companion for CNS Disorders. 2011. Vol. 13 (5). pii: PCC.11f01166. doi: 10.4088/PCC.11f01166.
9. Goldbeck R. Denial in physical illness // Journal of Psychosomatic Research. 1997. Vol. 43 (6). P. 575–593.
10. Levine J., Warrenburg S., Kerns R. et al. The role of denial in recovery from coronary heart disease // Psychosomatic Medicine. 1987. Vol. 49 (2). P. 109–117.
11. Perkins-Porras L. et al. Causal beliefs, cardiac denial and pre-hospital delays following the onset of acute coronary syndromes/ Perkins-Porras L., Whitehead D.L., Strike P.C., Steptoe A. // Journal of Behavioral Medicine. 2008. Vol. 31 (6). P. 498–505.
12. Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale // Acta Psychiatrica Scandinavica. 1983. Vol. 67 (6). P. 361–370.
13. Zung W. A self-rating depression scale // Archives of General Psychiatry. 1965. Vol. 12. P. 63–70.

# The Role of Attitude to the Disease in Cardiac Patients Undergoing Vital Threat in the Formation of the Prediction of their Mental Adaptation to Post-hospital Period

**Trifonova E.A.,**

*PhD (Psychology), Assistant Professor, Chair of Clinical Psychology and Psychological Assistance, A.I. Gertsen Russian State Pedagogical University, Research Associate, Laboratory of Clinical Psychology and Psychodiagnostics, V.M. Bekhterev Research Institute, St. Petersburg, Russia, trifonovahelen@yandex.ru*

**Chernorai A.V.,**

*Assistant, Chair of Clinical Psychology and Psychological Assistance, Russian State Pedagogical University, St. Petersburg, Russia, annache07@mail.ru*

**Chumakova I.O.,**

*PhD Student, Chair of Clinical Psychology and Psychological Assistance, A.I. Gertsen Russian State Pedagogical University, St. Petersburg, Russia, iretta88@gmail.com*  
*The study was supported by the grant of the President of the Russian Federation MK-2076.2012.6.*

---

In the current study, the authors evaluated the role of relationship to disease in cardiac patients undergoing vital threat in the formation of the prediction of their mental adaptation in the distant post-hospital period. Longitudinal study (in-hospital and one year after discharge) included two groups: patients with urgent cardiac status (N=47, 36 men, 11 women, age 34 to 66 years) and patients with atrial arrhythmias, passing minimally invasive surgery (N=41, 22 men, 19 women, age 41 to 69 years). In-hospital stage used interviews and tests, questionnaires, and post-hospital stage was conducted using a telephone interview. We found that patients with a history of life-threatening cardiac condition, are less concerned about the disease than patients expecting to be relatively safe after minimally invasive surgery. In the forecast of the emotional status of patients, the severity of anxiety and disturbance of interpersonal relationships in the hospital period play an important role. Predictor of adherence to medical recommendations for men is a high disease concern, and in women – greater emotional stability.

**Keywords:** mental adaptation, vital threat, forecast, myocardial infarction, cardiac arrhythmias, related to the disease, internal picture of the disease, personality.

---

## References

1. Alekhin A.N., Sorokin L.A., Trifonova E.A. Mediko-psikhologicheskii aspekt adaptatsii patsientov, perenessikh infarkt miokarda: sovremennoe sostoyanie problemy [Medical and psychological aspect of adaptation in patients who survived myocardial infarction: current status of the issue]. *Vestnik psikhoterapii [Bulletin of Psychotherapy]*, 2012, no. 42, pp. 26–45.

Трифонова Е.А., Чернорай А.В., Чумакова И.О. Роль отношения к болезни кардиологических пациентов, переживающих витальную угрозу, в формировании прогноза их психической адаптации в постгоспитальный период  
Психологическая наука и образование psyedu.ru  
2014. Том 6. № 4. С. 157–168

Trifonova E.A., Chernorai A.V., Chumakova I.O. The role of attitude to the disease in cardiac patients undergoing vital threat in the formation of the prediction of their mental adaptation to post-hospital period  
Psychological Science and Education psyedu.ru  
2014, vol. 6, no. 4, pp. 157–168

2. Alekhin A.N., Trifonova E.A., Lebedev D.C., Mikhailov E.N. Psikhologicheskie problemy v aritmologii (na modeli fibrillyatsii predserdii) [Psychological problems in arrhythmology (on a model of atrial fibrillation)]. *Vestnik aritmologii* [*Bulletin of Arrhythmology*], 2011, no. 63, pp. 45–54.
3. Berezin F. B. Psikhicheskaya i psikhofiziologicheskaya adaptatsiya cheloveka [Psychological and psychophysiological adaptation in humans]. Leningrad: Nauka, 1988. 270 p.
4. Bizyuk A.P., Vasserman L.I., Iovlev B.V. Primenenie integrativnogo testa trevozhnosti (ITT): Metodicheskie rekomendatsii [Application of the Integrative Anxiety Test (IAT)]. St.Petersburg: Bekhterev Psychoneurological Research Institute, 2003. 16 p.
5. Vasserman L.I., Iovlev B.V., Karpova E.B., Vuks A.Ya. Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni: Posobie dlya vrachei [Psychological assessment of attitude toward disease]. St.Petersburg.: Bekhterev Psychoneurological Research Institute, 2005, 32 p.
6. Vsemirnaya organizatsiya zdavookhraneniya [Elektronnyi resurs] [World Health Organization]. Available at: <http://www.who.int/> (Accessed 1.10.2012)
7. Smulevich A.B., Syrkin A.L. Psikhokardiologiya [Psychocardiology]. Psikhicheskie rasstroistva v obshchei meditsine [Mental disorders in general practice], 2007, no. 4, pp. 4–9.
8. Covino J.M., Stern T.W., Stern T.A. Denial of cardiac illness: consequences and management. *Prim Care Companion CNS Disord.*, 2011. Vol. 13(5), pii: PCC.11f01166. doi: 10.4088/PCC.11f01166.
9. Goldbeck R. Denial in physical illness. *J Psychosom Res.*, 1997. Vol. 43(6), pp. 575–593.
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), pp. 109–117.
11. Perkins-Porras L., Whitehead D.L., Strike P.C., Steptoe A. Causal beliefs, cardiac denial and pre-hospital delays following the onset of acute coronary syndromes. *J Behav Med.*, 2008. Vol. 31(6), pp. 498–505.
12. Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.*, 1983. Vol. 67(6), pp. 361–370.
13. Zung W. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry*, 1965. Vol. 12, pp. 63–70.