

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЁСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Дубинина Е.А.

Дубинина Елена Александровна

кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры клинической психологии и психологической помощи; федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена», Набережная реки Мойки, 48, Санкт-Петербург, 191186, Россия. Тел.: 8 (812) 571-25-69;

научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психодиагностики; федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева», ул. Бехтерева, 3, Санкт-Петербург, 192019, Россия. Тел.: 8 (812) 670-02-20.

E-mail: trifonovahelen@yandex.ru

Аннотация

Реабилитация пациентов, перенёсших инфаркт миокарда, представляет собой комплекс мероприятий, позволяющий больным сохранить или восстановить свой социальный статус и вести активный образ жизни. Включение психокоррекционных мероприятий в кардиореабилитацию в настоящее время признается важной предпосылкой её эффективности.

В статье обобщаются результаты современных исследований адаптации личности к ситуации жизнеугрожающего кардиологического заболевания, а также систематизируются «мишени» психологического вмешательства в рамках кардиореабилитации. Показано, что как на госпитальном этапе, так и в катамнезе пациенты, перенёсшие инфаркт миокарда, имеют существенно повышенный риск развития тревожных, депрессивных состояний и иных вариантов нарушения психической адаптации. Преобладают «крайние» варианты реагирования на заболевание: с повышенной эмоциональной вовлеченностью либо, напротив, с тенденцией к отрицанию болезни и её последствий. На постгоспитальном этапе также большое значение имеют трудности профессиональной реадaptации и восстановления социального функционирования, проблема снижения мотивации к выполнению медицинских рекомендаций, риск развития посттравматического стрессового расстройства. Показано, что на всех этапах течения заболевания в формировании медицинского и психосоциального прогноза играют роль такие психосоциальные факторы риска как стресс, тревожные и депрессивные состояния и расстройства, враждебность, личностный тип Д, пессимистичность, низкий уровень социальной поддержки и социальная изоляция, при этом наиболее устойчивыми предикторами являются психопатологические состояния и недостаток социальной поддержки. Данные характеристики следует рассматривать как основные «мишени» психологического вмешательства при психокардиореабилитации.

В статье также анализируются результаты мета-аналитических исследований, обобщающих накопленный опыт применения методов психологического вмешательства в кардиологии. Показано, что в настоящее время существуют убедительные свидетельства влияния психологических вмешательств лишь на динамику тревожных и депрессивных состояний при кардиологической патологии. Значение психологических вмешательств в формировании медицинского прогноза (риска повторных инфарктов миокарда, смерти, необходимости реваскуляризации) у кардиологических пациентов остается дискуссионным вопросом. Вопрос обоснованности и эффективности различных методов психокоррекции и психотерапии в кардиологии требует углубленного изучения. Необходимо развитие дифференцированного подхода к психологическому сопровождению кардиореабилитации с учетом клинических, психологических и социальных характеристик пациентов, углубление знаний о психосоматических взаимосвязях на каждом этапе адаптации к болезни, расширение спектра методов психологического вмешательства, повышение качества научных исследований в данной области.

Ключевые слова: инфаркт миокарда; кардиореабилитация; психологическая адаптация; психологическое вмешательство; психологическая реабилитация; психотерапия.

УДК 159.9:616.127-005.8-036.868

Библиографическая ссылка

Дубинина Е.А. Психологические аспекты реабилитации пациентов, перенёсших инфаркт миокарда // Медицинская психология в России. – 2018. – Т. 10, № 2. – С. 3. doi: 10.24411/2219-8245-2018-12030

Поступила в редакцию: 25.01.2018 Прошла рецензирование: 14.03.2018 Опубликовано: 23.03.2018

Согласно определению ВОЗ, кардиореабилитация представляет собой комплекс мероприятий, позволяющий больным с хроническими или перенесенными острыми сердечно-сосудистыми заболеваниями сохранить или восстановить свой социальный статус и вести активный образ жизни [9]. Включение психокоррекционных мероприятий в кардиореабилитацию в настоящее время признается важной предпосылкой её эффективности, что обусловлено высокой распространенностью нарушений психической адаптации у пациентов на разных этапах восстановления и существенным влиянием этих нарушений на медицинский и психосоциальный прогноз.

В наибольшей степени проблемы психологического сопровождения кардиореабилитации разработаны в отношении пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), прежде всего, перенёсших неотложные кардиологические состояния (острый коронарный синдром, инфаркт миокарда (ИМ)). Направленность психологической коррекции при реабилитации пациентов, перенёсших ИМ, в значительной мере зависит от этапа реабилитационного процесса (этапа адаптации личности к ситуации болезни), однако необходимо отметить, что, несмотря на определенную специфичность, «мишени» психологической коррекции, то есть психологические факторы риска неблагоприятной клинической динамики и неблагоприятного психосоциального прогноза, в целом носят универсальный характер. К этим универсальным факторам риска относятся [2; 8; 17; 18; 40]:

- стресс (острый и хронический),
- тревожные и депрессивные состояния и расстройства,
- враждебность,
- личность типа D,
- пессимистичность,
- низкий уровень социальной поддержки, социальная изоляция.

Значимость психосоциальных характеристик в формировании риска развития ИМ свидетельствует о том, что среди пациентов, перенёсших ИМ, выше вероятность встретить лиц, характеризующихся комплексом неблагоприятных эмоционально-личностных характеристик, недавно или актуально переживающих стрессовые/психотравмирующие обстоятельства (помимо факта болезни), испытывающих дефицит поддерживающих социальных взаимоотношений. По сути, психосоциальные факторы риска, сформировавшие предрасположенность к ИМ, в дальнейшем, сохраняя свою актуальность, продолжают влиять на процесс адаптации личности к болезни, что существенно для определения направленности и тактики психокоррекции.

Психологические аспекты адаптации пациента, перенёсшего инфаркт миокарда

Переживание жизнеопасного кардиологического состояния, экстренная госпитализация и сопряженные с этим обстоятельства, безусловно, являются значимым стрессом для пациентов. В раннем постинфарктном периоде на фоне взаимного подкрепления соматогенных и психогенных факторов существенно возрастает риск

нарушений психической адаптации с доминированием тревожных, депрессивных либо смешанных тревожно-депрессивных проявлений [2]. Эти нарушения чаще встречаются у женщин, в старших возрастных группах, а также у пациентов с низким социально-экономическим статусом.

По данным систематического обзора, включившего 24 публикации с оценкой выраженности депрессивных проявлений у пациентов, госпитализированных в связи с ИМ, было установлено, что большая депрессия диагностируется в среднем у 19,8%, (N = 10785, 8 исследований), повышенные показатели по шкале депрессии Бека — у 31,1% (N = 2273, 6 исследований), повышенные показатели по Госпитальной шкале тревоги и депрессии — у 15,5% (N = 843, 4 исследования) [41]. Тревожные расстройства обнаруживаются у 30—40% [42]. В процессе стационарного лечения выраженность тревожных и депрессивных проявлений, как правило, снижается, однако и при благоприятной динамике у 50—70% пациентов нарушения психической адаптации сохраняются в катанезе как минимум в течение года после выписки.

В клиничко-психологическом аспекте тревожные и депрессивные проявления оформляются в гипернозогностические варианты отношения к болезни. Наиболее высока вероятность такого реагирования на заболевание у женщин и в тех случаях, когда ИМ является первым проявлением ИБС, сопровождается выраженным болевым синдромом, при повторных госпитализациях, при наступлении инвалидности в среднем возрасте (до 65 лет), осложненном течении ИМ [4; 11]. В то же время, и отрицание болезни не является редкостью: та или иная степень выраженности гипонозогностических тенденций отмечается в 20—48% случаев и, по-видимому, связана с актуализацией механизмов психологической защиты в остро-стрессовой ситуации [1; 12]. Независимо от характера эмоционального реагирования на заболевания, большинство пациентов недостаточно информированы о сути болезни и факторах сердечно-сосудистого риска [15; 29]. Так, по данным А.Д. Куимова с соавт. [15], только треть пациентов осведомлена о необходимости вызова скорой медицинской помощи при приступе загрудинных болей, продолжающихся более 20 минут; а о принципах здорового питания и рекомендуемой физической нагрузки информирована только половина пациентов.

В отсутствие специального обучения в школах для пациентов, перенёвших ИМ, низкий уровень осведомленности о заболевании, как правило, сохраняется. Более того, по мере деактуализации угрозы для жизни степень приверженности медицинским рекомендациям в постгоспитальный период неуклонно снижается. В частности, спустя 1—2 года после ИМ продолжают курить 41% куривших ранее пациентов, спустя 5 лет — 56%, а спустя 10—13 лет — 65% [34]. Спустя три года после перенесенного ИМ только чуть более 40% пациентов принимают назначенные препараты [33]. Важно, что установки, касающиеся приверженности лечению, оформляются уже на госпитальном этапе: степень готовности к выполнению тех или иных медицинских рекомендаций перед выпиской связана с последующим реальным поведением пациента, по крайней мере, в среднесрочной перспективе [5].

Несмотря на деактуализацию угрозы для жизни, опыт перенесенного ИМ продолжает сказываться на качестве жизни пациентов, хотя в целом его динамика в постинфарктный период имеет положительный характер [10; 23; 24]. На начальном этапе реабилитации качество жизни снижено, главным образом за счет физических ограничений, в то время как в отдаленный период на первый план выходят сложности социального функционирования, в том числе связанные с перестройкой семейно-ролевых отношений и возвращением к профессиональной деятельности, либо с изменением её характера [3; 30; 44].

В клиничко-психопатологическом аспекте симптомы тревоги и депрессии выявляются соответственно у 80 и 70% пациентов, состоящих на диспансерном учете после перенесенного ИМ, депрессивные расстройства диагностируются у 22,5%, расстройства адаптации — у 27,5% [6]. В течение двух лет после перенесенного ИМ вероятность развития тревожного расстройства у пациентов в 5 раз выше,

депрессивного расстройства — в 7 раз выше, чем у лиц, не имевших опыта ИМ [49]. Острый стресс, связанный с коронарной катастрофой, у 15% пациентов приводит к развитию посттравматического стрессового расстройства [25; 50; 51].

Таким образом, в отдаленном постинфарктном периоде сохраняется высокий риск нарушений адаптации личности к ситуации болезни, что проявляется, с одной стороны, эмоционально-волевыми расстройствами, а с другой стороны — прогрессирующим снижением приверженности лечению. Важно, что и психические расстройства у пациентов, перенёсших ИМ, и недостаточный комплаенс выступают в качестве факторов риска неблагоприятного медицинского прогноза, повторных ИМ, летальных исходов, а также в целом низкого качества жизни больных.

Какова в связи с этим роль психологических вмешательств в системе кардиореабилитации? Как представляется, она складывается, в первую очередь, из четкого понимания значения различных психосоциальных характеристик для медицинского прогноза (в том числе прогноза психического здоровья) и использования адекватных и эффективных методов психологического вмешательства.

Роль психосоциальных характеристик в формировании прогноза у пациентов, перенёсших инфаркт миокарда

Исследования свидетельствуют о закономерном сходстве психосоциальных факторов риска и неблагоприятного медицинского и психосоциального прогноза при ИМ. При этом наибольшей воспроизводимостью обладают данные, отражающие влияние на качество жизни и медицинский прогноз психопатологических (депрессия, тревога, ПТСР) и социально-психологических (социальная изоляция, социальная поддержка) характеристик.

В частности, доказано, что и тревога, и депрессия в госпитальный период значимо ухудшают медицинский и психосоциальный прогноз у пациентов, перенёсших ИМ, в 1,3—2,7 раза повышая вероятность повторных неотложных кардиологических состояний, летальных исходов, приводя к снижению качества жизни и приверженности лечению [16; 21; 22; 42; 43]. Пациенты с депрессивными проявлениями и клинически значимыми депрессивными расстройствами даже при отсутствии физических ограничений чаще завершают профессиональную активность после перенесенного ИМ, что может способствовать нарушению социальной адаптации [36].

Как свидетельствуют результаты многочисленных исследований, социальная изоляция (ограниченный круг или низкая частота социальных контактов) и недостаточность социальной поддержки (субъективно оцениваемой) ассоциированы с двух-трехкратно повышенным риском постинфарктных осложнений и смерти в постинфарктный период, с низким качеством жизни и более выраженной депрессивной симптоматикой [17; 35].

Результаты изучения личностных характеристик как предикторов соматического и психосоциального статуса в постинфарктный период не столь однозначны. В отдельных исследованиях показано, что пациенты с личностным типом Д, характеризующимся сочетанием негативной аффективности и склонности подавлять эмоции в социально значимых ситуациях, имеют более высокий риск постинфарктных осложнений, повторного ИМ и смерти вне зависимости от других известных факторов риска [52]. Однако последние исследования не подтверждают данной зависимости [28].

Похожие противоречия обнаруживаются и в исследованиях роли враждебности как возможного фактора риска неблагоприятного медицинского и психосоциального прогноза в постинфарктный период [18; 26; 27; 48].

Данные о влиянии на прогноз других личностных факторов фрагментарны. Так, показано, что оптимизм связан с более низким риском летальных исходов в отдаленном анамнезе после перенесенного ИМ [38], а также с более высоким уровнем

приверженности лечению, более высокой самооценкой здоровья и меньшей выраженностью депрессивных симптомов спустя год после перенесенного эпизода острого коронарного синдрома [37]. Аналогично, имеются свидетельства о роли пессимизма как фактора риска смерти от сердечно-сосудистых заболеваний [40].

Данные о значении личностной реакции на заболевание в формировании медицинского прогноза и качества психологической адаптации весьма противоречивы. В отдельных исследованиях выявлено, что склонность к отрицанию болезни в госпитальный период у пациентов, перенёвших ИМ, связана с отказом от участия в программах реабилитации и более поздними обращениями за медицинской помощью при сердечных симптомах [19]. В то же время, есть свидетельства того, что пациенты, склонные к отрицанию болезни, имеют более благоприятную динамику соматического и психического состояния после перенесенных неотложных кардиологических состояний [20].

Таким образом, прогнозирование качества психологической адаптации и риска осложнений у пациентов, перенёвших ИМ, на основании личностных особенностей и отношения к болезни в настоящее время весьма проблематично. Более того, большинство психологических и социальных характеристик теряют свое прогностическое значение в отдаленном катамнезе, а среди значимых остаются отмеченные выше депрессия и уровень социальной поддержки [53].

Последние исследования также свидетельствуют о том, что прогноз у пациентов, перенёвших ИМ, в большей мере зависит от преморбидных особенностей (включая преморбидный психопатологический статус, уровень стресса в повседневной жизни и т.д.), нежели от реакции на неотложное кардиологическое состояние [13; 31; 39]. Иными словами, в постгоспитальный период пациент возвращается к привычному стилю психологического реагирования, и в этом смысле пациент болеет так же, как он привык жить.

На основании анализа психосоциальных характеристик, формирующих медицинский и психосоциальный прогноз в постинфарктный период, можно заключить следующее:

- Существует определенное сходство между психосоциальными факторами риска развития ИМ и неблагоприятного прогноза в постинфарктный период.
- Тревожные и депрессивные расстройства, а также дефицит социальной поддержки выступают в качестве наиболее значимых предикторов неблагоприятного прогноза в постинфарктный период, при этом роль личностных характеристик и личностной реакции на заболевание в формировании прогноза неоднозначна, что, по-видимому, свидетельствует о возможности различных способов и вариантов адаптации личности к ситуации болезни с разной психологической динамикой в постгоспитальный период.

На что, в связи с этим, может и должно быть направлено психологическое вмешательство в контексте кардиореабилитации?

Безусловно, главные «кандидаты» — это тревожные, депрессивные состояния, а также недостаточность социальной поддержки и социальных связей. С определенной осторожностью в качестве потенциальных «мишеней» психокоррекционных воздействий можно определить враждебность, личность типа Д, пессимизм.

Парадоксально, но главная психологическая характеристика, определяющая весь путь психологической адаптации пациента к болезни — отношение к болезни (внутренняя картина болезни, восприятие болезни, переживание болезни), — остается наиболее проблематичной и неопределенной с точки зрения направленности психологического вмешательства. Отчасти это, по-видимому, обусловлено разнообразием подходов к его определению и оценке. Кроме того, очевидно, что тревожные и депрессивные расстройства у пациентов, перенёвших ИМ, в значительной

мере носят нозогенный характер, следовательно, разнообразные варианты гипернозогнозий можно отнести к обоснованным «мишеням» психокоррекции в рамках реабилитационного процесса. Но, тем не менее, весьма симптоматично, что отношение к болезни — психологическая, а не психопатологическая категория — всё-таки не указано в числе психосоциальных характеристик, определяющих кардиоваскулярный прогноз, в положении, отражающем официальную позицию и рекомендации секции кардиореабилитации Европейского кардиологического общества (2015 год) [45]. В данном положении систематизированы факторы кардиоваскулярного риска с указанием возможности влияния на них в процессе кардиореабилитации. К психосоциальным факторам кардиоваскулярного риска группой специалистов отнесены:

- низкий социально-экономический статус;
- низкий уровень социальной поддержки;
- профессиональный стресс;
- гнев и враждебность;
- личностный тип Д;
- депрессия;
- тревога/тревожность.

Авторы выделяют в качестве наиболее значимых факторов риска депрессию и недостаточность социальной поддержки, в качестве умеренно значимых — низкий социально-экономический статус, личностный тип Д и тревогу/тревожность.

Рассматривая возможность влияния на факторы риска кардиореабилитационных мероприятий, исследователи отмечают, что убедительное эмпирическое подтверждение получает возможность коррекции лишь тревоги и депрессии. Возможности коррекции других значимых характеристик либо ограничены, либо требуют дальнейшего изучения. Этот вопрос напрямую связан с проблемой обоснованности и эффективности психологических вмешательств в системе кардиореабилитации.

Проблема эффективности психологических вмешательств в системе кардиореабилитации

Изучение возможностей психотерапии и психокоррекции в кардиореабилитации имеет давнюю и весьма содержательную традицию [7; 9]. В классических отечественных рекомендациях по реабилитации пациентов, перенёсших ИМ, особое внимание уделяется информированию о заболевании, рациональной психотерапии, методам развития навыков саморегуляции и релаксации. Во многом эти рекомендации основаны на богатом клиническом и психологическом опыте авторов, однако в последние десятилетия в связи с развитием доказательной медицины резко возросли требования к обоснованности и эффективности любых (в том числе психологических) вмешательств по отношению к пациенту. В кардиореабилитации на первый план выходит вопрос о том, к каким результатам приводит психологическое вмешательство с точки зрения соматического и психического статуса пациента, медицинского и психосоциального прогноза.

За последние годы был опубликован целый ряд систематических обзорных и мета-аналитических исследований эффективности разнообразных клинико-психологических вмешательств в кардиологии. Выводы авторов этих исследований в целом не противоречат друг другу. Так, в обзоре К. Rees с соавт. 2004 года [46] были обобщены результаты 36 рандомизированных контролируемых исследований (суммарно — 12841 пациент) с оценкой эффективности разнообразных психологических вмешательств (в основном, управление стрессом, различные варианты релаксации и саморегуляции, индивидуальное и групповое консультирование по вопросам заболевания, лечения, здорового образа жизни, изолированно или в сочетании или в рамках комплексных

программ) при ИБС, преимущественно у пациентов, перенёсших неотложные состояния и хирургические вмешательства. На основании анализа проведенных исследований авторы приходят к следующим выводам:

- В настоящее время нет убедительных доказательств влияния психологических вмешательств на смертность (общую или связанную с сердечно-сосудистыми заболеваниями), а также на необходимость хирургической реваскуляризации миокарда.
- Вместе с тем психологические вмешательства приводят к умеренному снижению тревожной и депрессивной симптоматики у пациентов с ИБС.

К очень близким выводам приходят авторы и одного из наиболее свежих систематических обзоров — за 2017 год [47]. Проанализировав результаты 35 рандомизированных контролируемых исследований (суммарно — 10703 пациента: 65,7% — после ИМ, 27,4% — после реваскуляризации миокарда) с катamnестической оценкой не менее 6 мес., они заключают, что к настоящему времени:

- нет убедительных доказательств влияния психологических вмешательств на общую смертность, риск нефатального инфаркта миокарда, вероятность хирургической реваскуляризации миокарда;
- есть определенные свидетельства влияния психологических вмешательств на смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, выраженность тревожной, депрессивной симптоматики и дистресса.

Выводы сформулированы в критической манере, однако, как представляется, результаты мета-анализа свидетельствуют, в большей мере, в пользу психологических вмешательств в кардиореабилитации.

Прежде всего, оба исследования подтверждают положительное влияние психотерапии и психокоррекции на тревожные, депрессивные и иные эмоционально-негативные состояния у кардиологических пациентов, что существенно, поскольку облегчает страдания больного независимо от того, приводит ли данная психологическая динамика к улучшению медицинского прогноза или нет.

Кроме того, в последнем мета-аналитическом исследовании подчеркивается возможность улучшения медицинского прогноза на фоне психологического вмешательства, что является крайне важным результатом.

Авторам не удалось получить свидетельств предпочтительности какого-либо конкретного подхода или конкретного метода в психологической помощи пациентам в связи с разнообразием использованных вмешательств и выборок. Однако можно предположить, что невысокая эффективность психологических вмешательств в кардиореабилитации объясняется недостаточным использованием дифференцированного подхода, стремлением исследователей к разработке универсальной схемы психологической реабилитации. На это, в частности, указывают результаты мета-аналитического исследования W. Linden и соавторов, посвященного оценке влияния психологических вмешательств на смертность у кардиологических пациентов [32]. По результатам анализа 23 рандомизированных исследований (общий объем выборки — 9856 пациентов) было установлено, что, с точки зрения улучшения медицинского прогноза, используемые сегодня методы психологической помощи эффективны лишь в отношении мужчин. У женщин на фоне психологического вмешательства не отмечается снижение уровня кардиологической смертности. Авторы объясняют это тем, что акцент на информировании, развитии навыков саморегуляции и эффективного преодоления стресса близок пациентам-мужчинам, но не в полной мере охватывает психологические потребности женщин. Можно предположить, что еще большая дифференцированность (учет возраста, социального положения, личностных особенностей, других психосоциальных характеристик) привела бы к существенному повышению результативности психолого-реабилитационных мероприятий.

В целом проблема эффективности психологических вмешательств в рамках кардиореабилитации заставляет более глубоко осмыслить целый ряд методологических и методических вопросов. Требуют определенной ревизии и представления о психосоматических аспектах ИМ, и используемые методы психокоррекции и психотерапии, и, собственно, сами исследования эффективности. Остаются открытыми вопросы, касающиеся различного значения психосоциальных факторов на разных этапах кардиореабилитации, вопросы эффективности психологических вмешательств за рамками поведенческого (и когнитивно-поведенческого) подхода, вопросы дифференцированного подхода с учетом клинических, социальных и психологических характеристик пациентов. Необходимы дополнительные усилия для согласования результатов исследований в сфере психологии пациентов с ИБС и психореабилитационной практики. Так, например, несмотря на признанную значимость социальной поддержки в формировании медицинского и психосоциального прогноза у пациентов с ИБС, исследования, направленные на оценку вмешательств в социально-психологической плоскости, единичны. Наконец, сохраняет свою актуальность вопрос о качестве исследований по оценке эффективности психологических вмешательств. Планирование и реализация таких исследований с учетом вышеперечисленных «пробелов» в знаниях — как представляется, наиболее важная перспектива развития психокардиореабилитации на современном этапе.

Литература

1. Алехин А.Н., Трифонова Е.А., Чернорай А.В. Отношение к болезни у пациентов, перенёсших неотложные кардиологические состояния // Артериальная гипертензия. – 2012. – Т. 18, № 4. – С. 317–324.
2. Васюк Ю.А., Лебедев А.В. Депрессия, тревога и инфаркт миокарда: все только начинается // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2007. – Ч. I, № 3. – С. 41–51; Часть II, № 4. – С. 39–45.
3. Динамика психологического статуса и качества жизни больных инфарктом миокарда в зависимости от тяжести течения постинфарктного периода / А.Б. Хадзегова, Т.А. Айвазян, В.П. Померанцев [и др.] // Кардиология. – 1997. – Т. 37, № 1 – С. 37–40.
4. Добровольский А.В. Клинические особенности ишемической болезни сердца и внутренняя картина болезни // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2000. – Т. 100, № 1. – С. 23–27.
5. Дубинина Е.А., Сорокин Л.А., Шевцова Д.А. Психологические предикторы приверженности медицинским рекомендациям в постгоспитальный период у женщин с острыми формами ишемической болезни сердца // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2014. – № 3(26) [Электронный ресурс]. URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 14.01.2017).
6. Корнетов Н.А., Лебедева Е.В. Депрессивные расстройства у пациентов, перенёсших инфаркт миокарда // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2003. – Т. 5, № 5. – С. 195–198.
7. Николаева Л.Ф., Аронов Д.М. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца: руководство для врачей. – М.: Медицина, 1988. – 288 с.
8. Оганов Р.Г., Погосова Г.В. Стресс: что мы знаем сегодня об этом факторе риска? // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2007. – Т. 3, № 3. – С. 60–67.
9. Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы: реабилитация и вторичная профилактика. Российские клинические рекомендации / Д.М. Аронов, М.Г. Бубнова, О.Л. Барбараш [и др.]. – М., 2014. – 98 с.
10. Петрова М.М., Айвазян Т.А., Фандюхин С.А. Качество жизни мужчин, перенёсших инфаркт миокарда // Кардиология. – 2000. – Т. 40, № 2. – С. 65–66.

11. Рудницкий А.Б., Корниенко В.Н. Клинико-терапевтическая динамика нозогенных реакций при инфаркте миокарда // Военно-медицинский журнал. – 2008. – Т. 329, № 5. – С. 55–56.
12. Чернорай А.В. Отношение к болезни и лечению пациентов с обострением сердечно-сосудистого заболевания на этапе реабилитации // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. – 2012. – № 153-1. – С. 237–242.
13. Чернорай А.В. Клинико-психологические особенности адаптации при острой форме ишемической болезни сердца: автореф. дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 2014. – 26 с.
14. Шхвацабая И.К., Аронов Д.М., Зайцев В.П. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца. – М.: Медицина, 1978. – 320 с.
15. Эффективность обучения в школе для больных, перенёсших инфаркт миокарда, на стационарном этапе реабилитации / А.Д. Куимов, О.А. Филиппова, Т.В. Петрова [и др.] // Сибирский медицинский журнал. – Т. 26, № 1-1. – С. 98–102.
16. Association of anxiety and depression with all-cause mortality in individuals with coronary heart disease / L.L. Watkins, G.G. Koch, A. Sherwood [et al.] // Journal of the American Heart Association. – 2013. – Vol. 2, № 2. – e000068.
17. Barth J., Schneider S., von Känel R. Lack of social support in the etiology and the prognosis of coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis // Psychosom Med. – 2010. – Vol. 72, № 3. – P. 229–238.
18. Chida Y., Steptoe A. The association of anger and hostility with future coronary heart disease: a meta-analytic review of prospective evidence // J Am Coll Cardiol. – 2009. – Vol. 53, № 11. – P. 936–946.
19. Denial in patients with a first-time myocardial infarction: relations to pre-hospital delay and attendance to a cardiac rehabilitation programme / U. Stenström, A.K. Nilsson, C. Stridh [et al.] // Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. – 2005. – Vol. 12, № 6. – P. 568–571.
20. Denial predicts favorable outcome in unstable angina pectoris / J.L. Levenson, R. Kay, J. Monteferrante [et al.] // Psychosom Med. – 1984. – Vol. 46, № 1. – P. 25–32.
21. Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: systematic review and recommendations: a scientific statement from the american heart association / J.H. Lichtman, E.S. Froelicher, J.A. Blumenthal [et al.] // Circulation. – 2014. – Vol. 129, № 12. – P. 1350–1369.
22. Direction of Association Between Depressive Symptoms and Lifestyle Behaviors in Patients with Coronary Heart Disease: The Heart and Soul Study / N.L. Sin, A.D. Kumar, A.K. Gehi [et al.] // Annals of behavioral medicine. – 2016. – Vol. 50, № 4. – P. 523–532.
23. Drory Y., Kravetz S., Hirschberger G.; Israeli Study Group on First Acute Myocardial Infarction. Long-term mental health of men after a first acute myocardial infarction // Arch Phys Med Rehabil. – 2002. – Vol. 83, № 3. – P. 352–359.
24. Drory Y., Kravetz S., Hirschberger G.; Israeli Study Group on First Acute Myocardial Infarction. Long-term mental health of women after a first acute myocardial infarction // Arch Phys Med Rehabil. – 2003. – Vol. 84, № 10. – P. 1492–1498.
25. 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.
26. Hostility is an independent predictor of recurrent coronary heart disease events in men but not women: results from a population based study / D.C. Haas, W.F. Chaplin, D. Shimbo [et al.] // Heart. – 2005. – Vol. 91, № 12. – P. 1609–1610.
27. Hostility predicts recurrent events among postmenopausal women with coronary heart disease / L.A. Chaput, S.H. Adams, J.A. Simon [et al.] // Am J Epidemiol. – 2002. – Vol. 156, № 12. – P. 1092–1099.

28. Is type D personality an independent risk factor for recurrent myocardial infarction or all-cause mortality in post-acute myocardial infarction patients? / E. Condén, A. Rosenblad, P. Wagner [et al.] // *Eur J Prev Cardiol.* – 2017. – Vol. 24, № 5. – P. 522–533.
29. Knowledge and learning preferences of patients with myocardial infarction / P. Michalski, A. Kosobucka, Ł. Pietrzykowski [et al.] // *Medical Research Journal.* – 2016. – Vol. 1, № 4. – P. 120–124.
30. Kristofferzon M.L., Löfmark R., Carlsson M. Coping, social support and quality of life over time after myocardial infarction // *J Adv Nurs.* – 2005. – Vol. 52, № 2. – P. 113–124.
31. Langvik E., Hjemdal O. Symptoms of depression and anxiety before and after myocardial infarction: The HUNT 2 and HUNT 3 study // *Psychol Health Med.* – 2015. – Vol. 20, № 5. – P. 560–569.
32. Linden W., Phillips M.J., Leclerc J. Psychological treatment of cardiac patients: a meta-analysis // *Eur Heart J.* – 2007. – Vol. 28, № 24. – P. 2972–2984.
33. Long-term medication adherence after myocardial infarction: experience of a community / N.D. Shah, S.M. Dunlay, H.H. Ting [et al.] // *The American journal of medicine.* – 2009. – Vol. 122, № 10. – P. 961.e7–961.13.
34. Long-term predictors of smoking cessation in a cohort of myocardial infarction survivors: a longitudinal study / Y. Gerber, N. Koren-Morag, V. Myers [et al.] // *European Journal of Preventive Cardiology.* – 2011. – Vol. 18, № 3. – P. 533–541.
35. Mookadam F., Arthur H.M. Social support and its relationship to morbidity and mortality after acute myocardial infarction: systematic overview // *Arch Intern Med.* – 2004. – Vol. 164, № 14. – P. 1514–1518.
36. O'Neil A., Sanderson K., Oldenburg B. Depression as a predictor of work resumption following myocardial infarction (MI): a review of recent research evidence // *Health and Quality of Life Outcomes.* – 2010. – Vol. 8. – P. 95.
37. Optimism and Recovery After Acute Coronary Syndrome: A Clinical Cohort Study / A. Ronaldson, G.J. Molloy, A. Wikman [et al.] // *Psychosomatic Medicine.* – 2015. – Vol. 77, № 3. – P. 311–318.
38. Optimism During Hospitalization for First Acute Myocardial Infarction and Long-Term Mortality Risk: A Prospective Cohort Study / N. Weiss-Faratici, I. Lurie, Y. Benyamini [et al.] // *Mayo Clin Proc.* – 2017. – Vol. 92, № 1. – P. 49–56.
39. Perceived stress in myocardial infarction: long-term mortality and health status outcomes / S.V. Arnold, K.G. Smolderen, D.M. Buchanan [et al.] // *Journal of the American College of Cardiology.* – 2012. – Vol. 60, № 18. – P. 1756–1763.
40. Pessimism and risk of death from coronary heart disease among middle-aged and older Finns: an eleven-year follow-up study / M. Pänkäläinen, T. Kerola, O. Kampman [et al.] // *BMC Public Health.* – 2016. – Vol. 16. – P. 1124.
41. Prevalence of Depression in Survivors of Acute Myocardial Infarction: Review of the Evidence / B.D. Thombs, E.B. Bass, D.E. Ford [et al.] // *Journal of General Internal Medicine.* – 2006. – Vol. 21, № 1. – P. 30–38.
42. Prognostic association of anxiety post myocardial infarction with mortality and new cardiac events: a meta-analysis / A.M. Roest, E.J. Martens, J. Denollet [et al.] // *Psychosom Med.* – 2010. – Vol. 72, № 6. – P. 563–569.
43. Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis of 25 years of research / A. Meijer, H.J. Conradi, E.H. Bos [et al.] // *Gen Hosp Psychiatry.* – 2011. – Vol. 33, № 3. – P. 203–216.
44. Psychologic Distress in Postmyocardial Infarction Patients Who Have Returned to Work / C. Brisson, R. Leblanc, R. Bourbonnais [et al.] // *Psychosomatic Medicine.* – 2005. – Vol. 67, № 1. – P. 59–63.
45. Psychosocial aspects in cardiac rehabilitation: From theory to practice. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation of the European Society of Cardiology / N. Pogossova, H. Saner, S.S. Pedersen [et al.] // *Eur J Prev Cardiol.* – 2015. – Vol. 22, № 10. – P. 1290–1306.

46. Psychological interventions for coronary heart disease / K. Rees, P. Bennett, R. West [et al.] // The Cochrane database of systematic reviews. – 2004. – № 2. – P. CD002902.
47. Psychological interventions for coronary heart disease / S.H. Richards, L. Anderson, C.E. Jenkinson [et al.] // Cochrane Database Syst Rev. – 2017. – № 4. – P. CD002902.
48. Relation between myocardial infarction, depression, hostility, and death / M.W. Kaufmann, J.P. Fitzgibbons, E.J. Sussman [et al.] // Am Heart J. – 1999. – Vol. 138, № 3 (Suppl.). – P. 549–554.
49. Risk of anxiety and depressive disorders in patients with myocardial infarction: A nationwide population-based cohort study / H.P. Feng, W.C. Chien, W.T. Cheng [et al.] // Medicine. – 2016. – Vol. 95, № 34. – e4464.
50. Roberge M.A., Dupuis G., Marchand A. Post-traumatic stress disorder following myocardial infarction: prevalence and risk factors // The Canadian Journal of Cardiology. – 2010. – Vol. 26, № 5. – e170–e175.
51. Spindler H., Pedersen S.S. Posttraumatic stress disorder in the wake of heart disease: prevalence, risk factors, and future research directions // Psychosom Med. – 2005. – Vol. 67, № 5. – P. 715–723.
52. Type D personality predicts clinical events after myocardial infarction, above and beyond disease severity and depression / E.J. Martens, F. Mols, M.M. Burg [et al.] // J Clin Psychiatry. – 2010. – Vol. 71, № 6. – P. 778–783.
53. Welin C., Lappas G., Wilhelmsen L. Independent importance of psychosocial factors for prognosis after myocardial infarction // J Intern Med. – 2000. – Vol. 247, № 6. – P. 629–639.

Psychological aspects of rehabilitation of patients with myocardial infarction

Dubinina E.A.^{1, 2}

E-mail: trifonovahelen@yandex.ru

¹ Herzen State Pedagogical University

48 Moika Emb., Saint Petersburg, 191186, Russia

Phone: +7 (812) 571-25-69

² V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology

3 Bekhterev St., Saint Petersburg, Russia, 192019

Phone: +7 (812) 670-02-20

Abstract

The rehabilitation of patients with myocardial infarction is a complex of actions helping the patients to maintain or restore their social status and an active way of life. The integration of psychological interventions within cardiac rehabilitation is considered now to be an important precondition of its efficiency.

The author summarizes the results of current research on the psychological adjustment to the life-threatening disease and systematizes the "targets" of psychological interventions within cardiac rehabilitation. It is shown that early after myocardial infarction as well as in the post-hospital period the patients have a significantly increased risk of anxiety and depressive states and other types of poor psychological adjustment. Most prevalent are "extreme" types of psychological reaction to the disease: increased emotional involvement or, on the contrary, the tendency to deny the fact of disease and its consequences. In the post-hospital period difficulties of professional readaptation and restoration of impaired social functioning, decreased adherence to treatment and the risk of post-traumatic stress disorder are also of importance. It is shown that all through the course of the disease such psychosocial risk factors as stress, anxiety and depression, hostility, type D personality, pessimism, deficit of social support and social isolation play an important role influencing the cardiac and psychosocial prognosis, and the most powerful predictors are psychopathology and low levels of social support. These characteristics are could be considered as the key "targets" of psychological interventions within cardiac rehabilitation.

The article also includes the analysis of meta-research, summarizing the experience in psychological treatment of cardiac patients. There is convincing evidence that psychological interventions have an impact only on the dynamics of anxiety and depression. The possibility of the influence of psychological treatment on the cardiac prognosis (the risk of recurrent myocardial infarction, death, revascularization) remains discussible. There is the need for deep exploration of the relevance and efficiency of different methods of psychological correction and psychotherapy in cardiology. It is suggested that differentiated approaches in psychological rehabilitation of cardiac patients were developed, taking into account clinical, psychological and social characteristics of the patients. More knowledge is required about psychosomatic interrelationships at different stages of the adjustment to the disease. Also the quality of the research in this area should be improved.

Key words: myocardial infarction; cardiac rehabilitation; psychological adjustment; psychological intervention; psychological rehabilitation; psychotherapy.

For citation

Dubinina E.A. Psychological aspects of rehabilitation of patients with myocardial infarction. *Med. psihol. Ross.*, 2018, vol. 10, no. 2, p. 3. doi: 10.24411/2219-8245-2018-12030 [in Russian, abstract in English].