

## Человекоцентрированное интервью как инструмент клинической работы с больными инфарктом миокарда

Таратухин Е. О.<sup>1</sup>, Кудинова М. А.<sup>2</sup>, Шайдюк О. Ю.<sup>1</sup>, Головкина А. Л.<sup>2</sup>, Васляева С. Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова Минздрава России. Москва; <sup>2</sup>ГБУЗ Городская клиническая больница № 15 им. О. М. Филатова Департамента здравоохранения города Москвы. Москва, Россия

Проблема работы с факторами риска неинфекционной патологии является одной из главных в глобальных усилиях здравоохранения. Однако ключевым звеном такой работы остается взаимодействие врача и больного, требующее высокой степени понимания и проникновения. Полезным инструментом клинической работы может быть человекоцентрированное интервью.

**Цель.** Оценить эпистемологическую ценность человекоцентрированного интервью и определить его место при оказании кардиологической помощи больным острым инфарктом миокарда (ИМ).

**Материал и методы.** Исследование проведено в качественной методологии: глубинное полуструктурированное интервью. Последовательно включены 216 больных острым ИМ. После оценки критериев включения: мужчины трудоспособного возраста с первым ИМ, без тяжелой сопутствующей патологии и без анамнеза ишемической болезни сердца на момент госпитализации, и проведения процедур исследования в анализ включены 14 интервью, обработанных феноменологическим дескриптивным с элементами интерпретации методом.

**Результаты.** Выявлен ряд скрытых компонентов переживания события заболевания у данной категории пациентов: серьезное изменение в жизни, жизнь “до” и “после”; тревога, страх внезапной смерти и повторения события; чувство обескураженности; удивле-

ние; дезориентированность в симптоматике, непонимание; утрата независимости; утрата перспективы развития; стигматизация; изменение картины Я; чувства вины и обиды; соматические маркеры; особенности социального стресса.

**Заключение.** Человекоцентрированное интервью как способ диалога, включенный в работу врача с больным, позволяет открыть не высказываемые, но очень важные аспекты течения заболевания. В переживании больных первым ИМ, мужчин трудоспособного возраста, имеется целый спектр проблем, требующих адресной работы. Обращение к феноменальному полю больных может служить более высокого уровня звеном в работе с обусловленными образом жизни неинфекционными заболеваниями.

**Ключевые слова:** пациент-центрированная медицина, глубинное интервью, феноменологический анализ, факторы риска, персонализированная медицина.

Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2017; 16(1): 34–39  
<http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2017-1-34-39>

Поступила 30/01-2017

Принята к публикации 02/02-2017

### Person-centered interview as a tool for clinical work in myocardial infarction setting

Taratukhin E. O.<sup>1</sup>, Kudinova M. A.<sup>2</sup>, Shaydyuk O. Yu.<sup>1</sup>, Golovkina A. L.<sup>2</sup>, Vaslyaeva S. N.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>N. I. Pirogov Russian National Research Medical University (RNRMU). Moscow; <sup>2</sup>SBHI City Clinical Hospital № 15 n.a. Filatov O. M. Moscow, Russia

The issue of non-communicable diseases risk factors is one of the main in global targets of healthcare. However the key point in this direction is still a patient-clinician communication that demands high level of understanding and empathy. A useful tool for clinical work might be person-centered interview.

**Aim.** To evaluate epistemological role of person-centered interview and to define its place in cardiological care for acute myocardial infarction patients (MI).

**Material and methods.** The study is done in qualitative methodology: in-depth semistructured interview. Totally, 216 consequent MI patients screened. After inclusion criteria assessment (economically active males with first MI, none severe comorbidities and no anamnesis of coronary heart disease) and study procedures, 14 interviews included into analysis by phenomenological descriptive with the elements of interpretation, method.

**Results.** A range of non-expressed experiences revealed of the living through of the disease state in this group of patients: serious life change,

borderline of life “before” and “after”; anxiety and fear of sudden death and repeat of the event; discourage and confusion; puzzlement; disorientation in symptoms, misunderstanding; loss of perspective for better in life; stigmatization; self-image changes; feelings of guilt and resentment; somatic markers; specifics of social stress.

**Conclusion.** Person-centered interview as a method of dialogue, implemented to the work of clinician, makes it to reveal the non-expressed but very important sides of the disease course. In the experiencing of males with first MI, economically active, there is a range of issues requiring specific work. Addressing to the phenomenal of patients might be a higher level position in the work with life style determined non-communicable diseases.

**Key words:** patient-centred medicine, in-depth interview, phenomenological analysis, risk factors, personalized medicine.

Cardiovascular Therapy and Prevention, 2017; 16(1): 34–39  
<http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2017-1-34-39>

ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения, ИБС — ишемическая болезнь сердца, ИМ — инфаркт миокарда, ФР — факторы риска.

\*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

e-mail: cardio03@list.ru

[Таратухин Е. О.\* — к. м. н., магистр психологии, Master of Arts, доцент кафедры госпитальной терапии № 1 л/ф, Кудинова М. А. — к. м. н., зав. отделением для больных инфарктом миокарда, Шайдюк О. Ю. — к. м. н., доцент кафедры госпитальной терапии № 1 л/ф, Головкина А. Л. — кардиолог, врач отделения для больных инфарктом миокарда, Васляева С. Н. — к. м. н., кардиолог, врач отделения для больных инфарктом миокарда].

В современном здравоохранении остро стоит проблема неинфекционной патологии. Борьба с ней, профилактика заболеваний “образа жизни”, стали первоочередными в программе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) на уровне отдельных стран и целых регионов. Программа “Здоровье-2020” и другие подобные проекты ВОЗ призваны повлиять на системы здравоохранения государств в направлении модификации факторов риска (ФР) [1]. Глобальные усилия направлены на курение, неправильное питание, гиподинамию, потребление соли, повышенное артериальное давление и другие проблемы. Однако в структуре глобальных инициатив всегда будет оставаться ключевое звено отдельного человека, чьи ФР нужно модифицировать, и отдельного врача — носителя знания, позволяющего это делать. Отчасти потому ВОЗ, наряду с другими объединениями, например, Европейским обществом кардиологов, формулируют и другой аспект оказания медицинской помощи — пациент-центрированный [2, 3]. Персонализация и таргетность современной терапии позволяют подбирать лечение индивидуальное, точно действующее, чему пример — новый формат рандомизированных клинических исследований “n of 1” [4]. Но по-прежнему образ жизни как интегральный ФР, объединяющий поведенческий компонент курения, гиподинамии, потребления соли, алкоголя, атерогенной пищи и др., подразумевает, во-первых, ту или иную интенцию к соблюдению рекомендаций врачей и, во-вторых, соединение интенции с реализацией [5]. Вторая проблема далека от своего решения, о чем свидетельствует хотя бы тема конференции Европейского общества медицинской психологии (EHPS) в августе 2016г (Абердин, Шотландия) — “Изменение образа жизни: взаимодействие с системами здравоохранения”. Преодолению разрыва “посыл-действие” (“intention-behaviour gap”) посвящено множество работ психологов. Необходимость психологической работы в клинике несомненна. Тем не менее, главной клинической ситуацией было и остается взаимодействие больного и врача в моменте заболевания.

В медицинской психологии подробно, если не исчерпывающе, изучены особенности больных сердечно-сосудистыми заболеваниями и, в частности, инфарктом миокарда (ИМ) [6]. Давно показаны свойственные им типы реагирования на жизненную ситуацию, например, склонность к соревновательности, враждебности, агрессивности. Описаны типы личности А и Д, определяющие развитие артериальной гипертензии, атеросклероза и их осложнений. Но важно понимать, что общее представление, статистически достоверное, давая много информации о проблеме, мало дает информации о конкретном больном здесь и сейчас. Понимая, что у больного может быть тип личности Д, как быть уверенным в этом? Как можно уточнить, экс-

плицировать это? Что с этим, в конце концов, можно делать?

Ситуация заболевания предполагает диалог “врач-пациент”, в который редко включается кто-то еще. К сожалению, психолог практически никогда не участвует в такой работе, в т.ч. ввиду отсутствия запроса на психологическую помощь. Но у больного присутствует соматическое страдание — и именно оно есть запрос на помощь. А значит, врач становится и психологом тоже. Врачу нужно уметь проникнуть в переживание своего больного, чтобы понять не высказываемые его грани — те грани, которые описываются как “тип личности”, “черты”, “паттерны поведения” в общем, и которые уникальны для каждого конкретного человека.

ИМ среди неинфекционных заболеваний находится на лидирующих позициях по смертности, снижению качества жизни, уменьшению работоспособности [7]. Первичная и вторичная профилактика этого заболевания, реабилитация больных подразумевают модификацию образа жизни. В некотором смысле, ИМ — квинтэссенция неинфекционной патологии, борьба с которой ведется на глобальном уровне. Таким образом, клиническая работа с больными ИМ может стать значительно более эффективной, если врач сможет обращаться к переживанию больного, к его отношению на уровне более глубоком, нежели формальный диалог. Одним из психологических способов такого взаимодействия является человекоцентрированное интервью, разработанное Карлом Роджерсом и успешно применяемое в психотерапии [8].

Цель исследования: оценить эпистемологическую ценность человекоцентрированного интервью во врачебном взаимодействии кардиолога и больного острым ИМ. Цель была сформулирована в практическом контексте: для проверки инструмента взаимодействия “врач-пациент”, который бы позволил более индивидуализировано и более ясно понять врачу происходящие в сознании больного ИМ процессы, его переживания. Особенность работы в том, что она является не психологической, но клинической, и выполнена в свете практической работы “скоромошного” стационара для больных ИМ.

## Материал и методы

Критериями включения были первый острый ИМ в период госпитализации; мужской пол; возраст <59 лет и полная трудовая занятость; отсутствие анамнеза и картины ишемической болезни сердца (ИБС) >3 мес.; отсутствие данных о тяжелых неврологических, психических, соматических заболеваниях, включая злокачественные опухоли и хроническую сердечную недостаточность III-IV функционального класса по NYHA; согласие на участие в исследовании.

Больные получали стандартную фармакотерапию, включавшую β-адреноблокаторы, антитромбоцитарные

средства, статины, а также антагонисты ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, блокаторы кальциевых каналов, цитопротекторы по показаниям. Исследование выполнено в соответствии с этическими требованиями стандарта “Надлежащая клиническая практика” и сопутствующими документами.

Для унификации выборки в исследование включены только мужчины трудоспособного возраста, работающие. Это связано с наибольшей медикосоциальной уязвимостью такой группы больных, высоким практическим интересом к работе именно с данной категорией [9].

В скрининг включены 216 больных острым ИМ, госпитализированных в отделение кардиологии ГКБ № 15 им. О.М. Филатова г. Москвы в первой половине 2016г. Всем критериям включения соответствовало 18 больных. С ними проводилось глубинное полуструктурированное интервью врачом-кардиологом, имеющим специальную подготовку в области человекоцентрированного подхода и степень магистра психологии. Два интервью по техническим причинам не были записаны, в двух других не было основного критерия состоявшейся коммуникации: психологического контакта [10]. Для анализа были использованы 14 интервью продолжительностью 24–98 мин; возраст больных — 41–58 лет. Количество было признано достаточным уже к 10 интервью, согласно методологическим критериям качественных исследований [11]. Для дополнения данных и их детализации число было увеличено.

Беседы проводились в соответствии с требованиями к глубинному интервью, в котором главным аспектом являются переживания и отношение пациентов к своему состоянию. В то же время, имелся ряд вопросов, которые затрагивались, если пациент самостоятельно не обращался к ним. Обязательно затрагивались или уточнялись следующие аспекты: отношение к перспективе трудоспособности, отношение к причинам возникновения индексного события (ИМ), отношение к классическим ФР и их модификации — курение, диета, алкоголь, стрессы, в целом образ жизни, отношение к лечению и медицинской помощи, положение индексного события в жизненной перспективе, взгляд в будущее. Интервью проводилось на фоне достигнутого психологического контакта, в комфортном помещении, в спокойных условиях, в одно время дня, после завершения основных мероприятий лечения, на 3–7 сут. госпитализации. Интервью были транскрибированы. Транскрипции входили в анализ наравне с интонационными особенностями речи и невербальной семиотикой. В качестве метода исследования использовался феноменологический дескриптивный анализ с элементами интерпретации [12].

## Результаты

По результатам анализа проведенных интервью выделяется ряд имеющих высокую значимость аспектов. Всеми участниками событие ИМ воспринимается, как разграничительная линия, порог “до” и “после”. Есть жизнь “раньше” и “теперь” (“раньше я был...”, “теперь уже так не буду...”, “это удар ниже пояса”). При этом переживание себя в настоящем окрашено по-разному:

- спокойно, если выполнена так называемая “программа” жизни: выращены дети, если уже есть внуки;

- тревожно, если подобная “программа” еще не выполнена: дети не выросли, либо есть амбиции в работе, бизнесе (от которых приходится отказываться);

- с элементом витальной тоски или философствования: “как жизнь быстро прошла”, “ну ничего, завтра солнышко взойдет...”, “если Вас устраивает зарплата — меня нет”, “мне сказали: помни — с этим живут!”).

Переживание своего состояния у всех больных в той или иной степени связано с тревогой и страхом внезапной смерти. В этом отношении, они ищут информацию, и часто требуют однозначных формулировок своего состояния: насколько высок риск умереть, в т.ч. внезапно. Не менее важна информация о разрешенном и запрещенном — начиная от степени физической активности до вообще жизненной стратегии: надо ли теперь прекратить добиваться чего-то, как содержать семью, можно ли продолжать что-то делать на даче, можно ли путешествовать, гулять с ребенком и т.д.

Неизвестность и испуг, а также обескураженность — чувства, так или иначе присутствующие у всех больных. Их приложение и степень зависят от жизненного контекста и от особенностей личности. Обескураженность связана с тем, что до события не было и мысли о возможности чего-то подобного, отсутствовало осознание, что болезнь может “относиться ко мне”.

Многие больные, когда произошел ИМ, не имели явных, классических ФР. Многие не курили или давно бросили, большинство практически не употребляли алкоголь. В этом отношении, их переживание заболевания содержит долю обиды, злости (“блин, обидно”, “доработался”, “всегда был здоров, делал ЭКГ...”). Представление о том, что нечто “вредно” (курение, алкоголь и т.п.) присутствовало в жизни до события, однако не осознавалось как относящееся к самому себе.

Среди тех, однако, кто продолжает курить, не всегда курение осознается как связанное с событием. Это относится и к другим “классическим” ФР. По просьбе оценить вклад своего образа жизни и внешних факторов в развитие ИМ, никто из больных не называет личный вклад более половины; значительная часть “вины” за произошедшее возлагается на внешние обстоятельства: “жизнь-то сейчас какая!”. Один из больных связывает случившееся событие с тем, что в молодости не сдавал кровь как донор, сейчас об этом жалеет.

Обида и злость относятся отчасти к здравоохранению: “последние два года сами знаете что — к кардиологу не попадешь”; “нет никакой пропаганды — если бы знать, сколько мужиков бы спасли; [в коллективе] за двадцать лет столько умерло на глазах”; “такой совок!”. В то же время, важной ролью наделяется “хороший врач”. Так или иначе, идею о том, что было бы желательно наблюдаться у хорошего врача, высказывали все больные.

Характеристиками такого специалиста были формальные (“профессорша”, “зав. отделением”, опыт — плохой врач малоопытный) и “интуитивные” (такой врач имеет *“подход лично к тебе”*).

Соматическая картина самого заболевания тесно связана с текущей жизнью. Болевой синдром не был лидирующим в клинической картине, и относился на счет другой патологии. Один больной, в течение 2 нед. испытывавший эпизоды боли, резкой слабости и бессилия, боль в левой руке относил к миалгии (*“плечо продуло”*), а другие симптомы — к возрасту (*“что-то постарел резко...”*). Другой больной, когда началась ломящая боль в груди, принялся делать физические упражнения, поскольку объяснил ее тем, что долго сидел за рулем неподвижно. Сообщение от врачей об ИМ стало неожиданностью для всех участников.

Важно чувство удивления в связи с ИМ. Практически никто из больных не обращался за медицинской помощью сразу же, как только возникли первые симптомы. Время до обращения варьировало от 2 ч до нед.; у одного больного ИМ был выявлен на ЭКГ в поликлинике, куда он обратился по другому поводу. “Удивление” сопровождается оттенками смысла: молодой возраст и отсутствие “такого уж”, т.е. совершенно неправильного, образа жизни. Больные не могли допустить и мысли о том, что плохое самочувствие у них может быть связано с сердцем. Они относятся к этому событию как к пришедшей старости. Занятия спортом были в прошлом или продолжаются — некоторые больные активно занимались спортом в молодости, продолжали делать упражнения по сей день.

Неожиданность события влияет на текущее положение, когда больной дезориентирован в новой симптоматике и склонен считать сердечной любую боль в левой половине туловища или руке. Переживание включает страх внезапной смерти, и заставляет постоянно прислушиваться к своим ощущениям. Один больной все время носит с собой препараты, которые использовала скорая помощь в момент его госпитализации. Страх в значительной мере связан со стентированием: что-то *“неправильно установлено”* или может *“барахлить”* или вовсе закрыться. Объем поражения сердца, со слов врачей, всегда играет роль в прогнозе, но не сразу понятен. Страх присутствует практически у каждого больного. Это толкает их на поиск и даже требование информации из разных источников — консультирование выписок и ангиограмм у “знакомых кардиологов”, “в Германии” и т.п., что отражает также недоверие к системе здравоохранения. Следует отметить, что напрямую недоверие к конкретному отделению или врачам высказано не было ни разу. Напротив, есть оттенки восхищения, удивления тем, как развита медицина, и благодарности хирургам, которые успешно выполнили процедуру реваскуляризации: *“облегчение сразу наступило”*, *“я благодарен, что такие есть технологии”*.

Переживание заболевания тесно связано с предвосхищением резких перемен в деятельности. Работающие на руководящих должностях и связанных с умственным трудом акцентируют внимание на стрессах и большой ответственности: *“я старший, на мне больше всего — отвечать перед ребятами”*. У больных, чья работа только физическая или сменная и связана с большими нагрузками на тело, переживание однозначно окрашено негативно, и, в основном, это представление о черте максимума достигнутого в жизни. Далее жизнь уже не пойдет в гору, но будет, как сейчас или хуже. Происходит также поиск других видов деятельности, включая хобби — такое, чтобы *“щадить сердце”*. Отказ от любимых занятий переживается с негативной аффектацией: невозможность ходить в походы, плавать на лодке и т.п. Суждение об этом однозначно: *“не совсем полноценный человек”*, *“лишайся работы”*, *“теперь — инвалид”*. Если у больного к факту изменений на работе отношение спокойное, то все-таки выражен “общий” элемент зависимости от помощи других, несамостоятельности: *“раньше мог сам баллон 50 кг поднять, теперь просить придется”*, *“как с рюкзаком ходить?”*, *“мотор на лодке не смогу теперь установить”* (наиболее часто — проблема поднятия тяжестей). Утрата независимости — одно из важнейших переживаний.

При этом суждения сами по себе не связаны с прямыми оценками врачей и интерпретацией ими жизненной перспективы больных. Социальная стигматизация заболевания ярко выражена: большинство идей об изменениях в жизни возникает у больных без посылки к ним от лечащего врача. Особенно важен период нахождения в блоке интенсивной терапии, где больной фактически предоставлен сам себе вечером и ночью. Это время сопровождается поиском информации в Интернете и скрупулезным обдумыванием внезапно обрушившихся изменений в жизни. Идеи возникают “потокотом”, и при особенности личности вовлекаться в поток переживания, становятся источником выраженной тревоги.

Ключевой аспект изменений и “новой жизни” — перелом картины Я со “здоровый и молодой” на “больной и старый”. Он происходит в одночасье, практически у всех больных, даже если не сопровождается беспокоемством за будущее семьи. Изменения кажутся неразрешимыми (*“как с этим существовать”*); они неожиданны (*“для меня слова гипертония, инфаркт — как в космосе были”*); списываются на внешние обстоятельства (*“тревога моя — не из пальца”*).

“Картина мира” в отношении к причинам и последствиям события может быть противоположной: от сугубо рациональной до философско-фаталистической. В первом случае, больной требует объяснений: слово “информация” звучит многократно: информация о стентах, о нагрузках, об образе жизни, можно ли поехать в деревню и т.д., относится к внешним факторам. Во втором случае,

звучат рефлексивные идеи об “организме”, который “знает”, что для него правильно, о судьбе и о том, что “так получилось”. Но в обоих случаях налицо элемент беспомощности и переживания того, что есть неподвластные вещи.

Переживание причин случившегося события не включает явно обвинения кого-либо. Отчасти больные говорят о себе — перегрузках, “повышенных нервах”, отчасти — о тяжелом социальном и экономическом положении в стране. Сообщают о стрессах, связанных с бизнесом, ситуации на дорогах, неадекватным поведением окружающих. Большим вкладом наделяются физические перегрузки, что, видимо, имеет культурную обусловленность: представление о “разрыве сердца” как результате чрезмерной работы.

В ходе интервью внимание обращалось на стандартные рекомендации по изменению образа жизни. В целом, все больные “слышали” о важности диеты, отказа от курения и подобных рекомендациях. Но до события это не было важно: “о холестерине не думал никогда, теперь актуально”, “сама жизнь подсказывает образ”, “питание — все что вкусно. Поедешь в ресторан...”, “на работе питание не по рациону”. Необходимость изменений, перехода на другую диету, в основном, не вызывает противоречия и предвосхищаемых трудностей — “надо, так надо”.

То же относится к курению. В период госпитализации от курения отказываются все больные. Они экстраполируют эту интенцию и на будущее: на вопрос “курите ли?” отвечают “нет”, однако затем выясняется, что всего несколько дней, в стационаре, произошел отказ от курения. Интенция однозначно расширяется и на период после выписки — на всю жизнь. Об этом говорили все больные, за исключением одного, который указал, что бросать после 40 лет стажа нет смысла. Прием лекарственных препаратов не вызывает серьезных негативных переживаний. Однако при расширении необходимости приема препаратов на всю жизнь проявляется негативизм с пожеланием “снизить значение таблеток”.

Понятие и фактор стресса следует, по результатам интервью, отметить специально. Все больные имели этот фактор в период, предшествовавший развитию ИМ, в отличие от других классических ФР. Под понятием стресса в диалоге с больными понималось принятое культурное значение психоэмоционального напряжения, длительного или эпизодического.

Стресс был связан с работой или семейными отношениями (“на работе был разговор, психанули”; “сына из института выгнали”; “бесит, когда делают не по-моему [о детях]. Пусть сначала как я скажу, сделают, а потом как хотят”). Хронический стресс был характерен для тяжелой работы с большим количеством физических неудобств и общей неопределенности (“встать в 3 ночи”, “тендер выиграем-не выиг-

раем”). Больные в диалоге описывали свои профессиональные обязанности (менеджер, водитель, владелец бизнеса и др.) относительно провокации ИМ. Несмотря на их различие, общим фактором была необходимость взаимодействия с людьми, зачастую конфликтного или требующего подавлять отрицательные эмоции. Конфликтность зачастую связана с бессилием и зависимым положением — желанием и невозможностью изменить ситуацию; практически у каждого больного была повышенная социальная ответственность, активная жизненная позиция, “правильность” взглядов на то, как нужно жить. Характерна также вязкость, тенденция к “накручиванию” и “пережевыванию” ситуаций. При этом в представлении самих больных достижение другого взгляда на мир связано с умением “отпустить” ситуацию, не относиться к ней с эмоциями. Но это не получается, и лишь теперь, после ИМ такая необходимость стала основной и обязательной к выполнению. Ее воплощение сопровождается незнанием того, как к этому можно подойти.

Во время стресса возникают различные соматические маркеры: сердцебиение, жжение в груди, пульсация в висках. Практически у всех больных возникал запрос на умение совладать с ситуацией стресса. Они продемонстрировали определенный опыт релаксации, переоценки, который включал музыку, употребление алкоголя, выезд “на природу”, однако оценка такого опыта была неудовлетворительная: “видно, не помогло”. Следует подчеркнуть, что дальше “релаксации” попытки работы с переживаниями не заходили.

Изменение “жизненных приоритетов” — существенный компонент переживания события ИМ. Так или иначе, он имеется у всех больных. Различие состоит или в уже происходящем и продуктивном изменении, или необходимости этого изменения. Во втором случае, имеется запрос на механизмы такого изменения. Однако это не запрос к психологу: опыта работы с психологом не имел ни один участник. Ситуация неопределенности в своем состоянии, неуверенности в качестве здравоохранения и сложности социальной и экономической жизни — ключевые, обуславливающие элементы переживания события ИМ. Они, в свою очередь, ведут к неконструктивному поведению, состоянию замешательства, что является прямым запросом на помощь кардиолога.

## Обсуждение

Можно выделить темы, составляющие основную часть переживания пациентами события ИМ в период госпитализации:

1. Серьезное изменение в жизни, жизнь “до” и “после”.
2. Тревога, страх внезапной смерти и повторения события, в т.ч. по отношению к близким, семье; необходимость информации о рисках.

3. Чувство обескураженности, “это не могло случиться со мной”, включая отсутствие явных ФР:

a. оценка личного вклада (или вины) в то, что произошло;

b. отсутствие отрицания события.

4. Удивление — неожиданность события, невероятность.

5. Отношение к здравоохранению и оказанию помощи.

6. Дезориентированность в симптоматике, непонимание:

a. стенты в сосудах как некий внедренный фактор;

b. объем поражения сердца.

7. Утрата независимости, включая ответственность перед близкими.

8. Утрата перспективы развития — жизнь будет не лучше, чем сейчас, или хуже; движение вверх, вперед уже не получится; достигнут предел.

9. Стигматизация — отношение к заболеванию с большой долей культурных смыслов; поиск информации в Интернете.

10. Изменение картины Я — был молодой и здоровый, стал старым и больной.

11. Отношение к “картине мира” — рациональное и иррациональное объяснение, философствование.

12. Чувства вины и обиды.

13. Необходимость определенного образа жизни — покорное согласие.

14. Соматические маркеры: боли и “непонятные” ощущения в области сердца, стеснение дыхания, жжение в груди и др.

15. Социальный стресс — ключевая часть жизненного мира; его причины: подавление эмоций, конфликты, необходимость подчиняться, ответственность за других.

В перечисленных позициях открываются проблемы, решение которых может быть обеспечено кратковременной психологической помощью в рамках посттравматического стрессового расстройства или острой нозогенной реакции. Тем не менее, запрос на психологическую помощь редко формулируется больными, а зачастую само упоминание психолога или психотерапевта вызывает негативизм. Выявить необходимость, а затем убедить в ней больного, а в простых случаях самому оказать такую помощь, может лечащий врач, имеющий и контакт с больным, и запрос — соматическое заболевание как таковое. Подобная система отношений актуальна для периода реабилитации или профилактики коронарных событий не меньше, чем для острого периода. Она может быть недостающим элементом в глобальных усилиях по борьбе с неинфекционной патологией.

## Заключение

В настоящем исследовании произведена попытка соединения двух полей деятельности с болезнью — психологического и клинического — в одно: так, как это должно быть в реальной врачебной работе [13]. С практической точки зрения, полученные результаты позволяют сделать следующие выводы.

Особый способ диалога, включенный в работу врача с больным, позволяет открыть не высказываемые, но очень важные аспекты течения заболевания.

В переживании больных первым ИМ, мужчин трудоспособного возраста, имеется целый спектр проблем, требующих адресной работы.

Обращение к феноменальному полю больных может служить более высокого уровня звеном в работе с обусловленным образом жизни неинфекционными заболеваниями.

## Литература

1. Health 2020: the European Policy for Health and Wellbeing. URL: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>
2. People-Centred Healthcare: a Policy Framework. URL: [http://www.wpro.who.int/health\\_services/people\\_at\\_the\\_centre\\_of\\_care/documents/ENG-PCIPolicyFramework.pdf](http://www.wpro.who.int/health_services/people_at_the_centre_of_care/documents/ENG-PCIPolicyFramework.pdf)
3. Piepoli M, Hoes AW, Agewall S, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J, 2016; 37(29): 2315-81. URL: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/37/29/2315/1748952/2016-European-Guidelines-on-cardiovascular-disease>
4. Shaffer J, Falzon L, Cheung K, et al. N-of-1 randomized trials for psychological and health behavior outcomes: a systematic review protocol. Systematic Reviews 2015; 4: 87-94.
5. Sheeran P. The Intention-Behavior Gap. Soc and Pers Psych Compass, 2016; 10(9): 503-18.
6. Nikolaev EL, Lazareva EYu. Personality adaptation and cardiovascular diseases. Bulletin of Psychiatry and Psychology of Chuvashia 2015; 11(2): 82-96. Russian (Николаев Е.Л., Лазарева Е.Ю. Адаптация личности и сердечно-сосудистые заболевания. Вестник психиатрии и психологии Чувашии 2015; 11(2): 82-96).
7. Healthcare in Russia. Statistical Bulletin 2015. Federal Service for State Statistics, Moscow, 2015. Russian (Здравоохранение в России. Статистический сборник 2015. Федеральная служба государственной статистики, Москва 2015; 174 с).
8. Orlov AB, Orlova NA. The Psychological Status of a Psychotherapist. J of Higher School of Economics 2014; 11(2): 136-49. Russian (Орлов А.Б., Орлова Н.А. Психологический статус психотерапевта. Журнал Высшей Школы Экономики 2014; 11(2): 136-49).
9. Heesook S, Friedmann E, Sue TA, et al. Biopsychosocial predictors of coping strategies of patients postmyocardial infarction. Int J of Nursing Practice 2016; 22(5): 493-502.
10. Kolpachnikov VV. Psychotechnical system of client-centered psychotherapy. Counsel Psychol and Psychother, 2014; 3: 80-92. Russian (Колпачников ВВ. Психотехническая система клиентоцентрированной психотерапии. Консульт Психология и Психотер 2014; 3: 80-92).
11. Cho J, Trent A. Evaluating Qualitative Research. The Oxford Handbook of Qualitative Research Leavy P. (ed.). Oxford University Press 2014; 677-95.
12. Thorne SE. Applied interpretive approaches. The Oxford Handbook of Qualitative Research Leavy P. (ed.). Oxford University Press 2014; 99-115.
13. Taratukhin E. Patient's personality: an interdisciplinary approach to cardiovascular pathology. Russ J Cardiol 2014; 9(113): 22-5. Russian (Личность больного: междисциплинарный подход в работе с кардиологической патологией. Российский кардиологический журнал 2014; 9: 22-5).