

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ КАК ФАКТОР ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

М.В. Яковлева¹, Е.И. Лубинская², Е.А. Демченко²

¹ Санкт-Петербургский государственный университет, г. Санкт-Петербурга,

² Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр, г. Санкт-Петербурга

Исследовалась приверженность лечению, проявляющаяся в невыполнении медицинских рекомендаций больными хроническими, в том числе сердечно-сосудистыми, заболеваниями. На фоне эффективности и перспективности хирургических методов лечения ишемической болезни сердца показатели здоровья и качество жизни пациентов зачастую не повышаются из-за их неприверженности лечению.

Описаны результаты исследования, выполненного с целью сравнительного анализа внутренней картины болезни страдающих ишемической болезнью сердца 85 пациентов мужского пола, характеризующихся различной степенью приверженности восстановительному лечению после выполненной им операции коронарного шунтирования.

Исследование проводилось в выборках прооперированных пациентов: приверженных лечению (численностью 43 человека) и неприверженных лечению (42 пациента).

Представлены результаты клинико-психологического и психометрического исследования двух групп пациентов.

Подтверждено, что для оценки приверженности лечению пациентов после операции необходимо учитывать некоторые поведенческие факторы (соблюдение предписанной диеты, отказ от вредных привычек, физическая активность). В обеих группах больных было выявлено преобладание типов отношения к болезни, при которых существенно не нарушается психическая и социальная адаптация (гармоничный, эргопатический и анозогностический). При этом приверженные лечению пациенты отличаются большей выраженностью проявлений гармоничного типа ($p \leq 0,01$), а для неприверженных пациентов характерны более высокие значения по апатическому ($p \leq 0,01$) и меланхолическому типам ($p \leq 0,05$).

Полученные данные позволят в дальнейшем выявлять лиц с высоким риском несоблюдения врачебных рекомендаций и определять мишени психокоррекционной и психологической работы с больными ишемической болезнью сердца, в том числе в период после операции коронарного шунтирования. В целом, результаты выполненного исследования имеют практическую ценность и могут быть использованы клиническими психологами, врачами-кардиологами и врачами-реабилитологами.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, коронарное шунтирование, приверженность лечению, внутренняя картина болезни, тип отношения к болезни.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), являются ведущей причиной (48 % случаев) смерти от неинфекционных заболеваний лиц в возрасте 30–70 лет, (Мировая статистика, 2013). В свою очередь, ведущее место в структуре сердечно-сосудистой смертности занимает ишемическая болезнь сердца (ИБС), которая в России достигает 53,1 % всех причин смертности от ССЗ (Естественное движение..., 2012; Российский статистический..., 2011; Шальнова, 2011).

Хирургические методы лечения в кардио-

логии, в основе которых лежит реваскуляризация миокарда, признаны наиболее перспективными в плане улучшения качества жизни и прогноза больных с тяжелой и/или резистентной к медикаментозной терапии формой ИБС (Бокерия, 2010). За последние 10 лет число операций реваскуляризации, в частности операций коронарного шунтирования (КШ), увеличилось в 5,2 раза (Воробьев, 2005; Ботнар, 2009).

Однако потенциальные возможности КШ улучшения качества жизни и прогноза больных недостаточно реализуются в послеоперационном периоде (Аронов, 2013), поскольку

на фоне объективного улучшения состояния у большинства (85,6 %) прооперированных больных, лишь 40–48,6 % из них возвращаются к трудовой деятельности без снижения трудоспособности и квалификации. В связи с этим возникает необходимость повышения качества медицинской и психологической помощи пациентам в период реабилитации (McCrone, 2001; Кремнев, 2003; Карташов, 2004; Филимонов, 2009; Бокерия, 2012).

Лечение любых хронических заболеваний, в том числе ИБС, на современном этапе предусматривает сочетание регламентируемых врачом рекомендациями медикаментозной терапии (прием лекарственных препаратов) и немедикаментозного лечения (изменение образа жизни больного, отказ от табакокурения, соблюдение диеты, коррекция веса, повышение уровня двигательной активности и т. д.). Несоблюдение пациентами этих предписаний считается одной из самых серьезных проблем современной клинической практики (Демченко, 2006; Hess, 2013).

По данным ВОЗ, медицинские рекомендации не выполняет около половины больных хроническими заболеваниями, что приводит к значительному числу повторных госпитализаций. Существенная доля расходов при стационарном лечении также обусловлена низкой приверженностью лечению (Лапин, 1999; Фирсова, 2009). Приверженность лечению определяется ВОЗ как соответствие поведения пациента рекомендациям врача, включая прием лекарств, соблюдение диеты и/или изменение образа жизни (World Health Organisation, 2003). В соответствии с принятыми в отечественной практике Разработаны различные способы оценки приверженности лечению. В работах российских исследователей принципами оценки приверженности лечению она считается неудовлетворительной в случае приема пациентом менее 80 % либо более 120 % предписанных ему на длительный период медикаментов (Демченко, 2006). Только половина страдающих хроническими заболеваниями пациентов придерживается лечебных рекомендаций, несмотря на то что высокая приверженность лечению достоверно положительно влияет на выживаемость пациентов (Simpson, 2006). Одним из факторов, влияющих на такого рода поведение больных, является субъективные аспекты течения заболевания.

Изучение субъективной стороны заболевания, прежде всего внутренней картины болезни (ВКБ; англ. *internal image of disorder*,

autogenic image of disorder), является одним из актуальных направлений клинико-психологических исследований (Белялов, 2002; Александер, 2006; Вассерман и др., 2011).

Под ВКБ в современной клинической психологии понимается многомерный феномен отражения в психике больного своей болезни, целостный образ заболевания; комплекс переживаний и ощущений больного, эмоциональных и интеллектуальных реакций на болезнь, лечение и взаимодействие с окружающей средой (см., напр., Николаева, Тхостов, 2009).

В формировании установки больного на начало и продолжение лечения ВКБ играет главную роль. В случаях ее искажения терапевтическое сотрудничество нарушается. При недооценке тяжести болезни пациенты преуменьшают или полностью отрицают факт заболевания и пользу лечения, поэтому чрезвычайно сложно обеспечить соблюдение ими медицинских рекомендаций на необходимом уровне в течение всего периода лечения. При неосознанном преувеличении тяжести болезни больные охотно соглашаются на предложенное лечение, но в дальнейшем терапевтическое сотрудничество часто нарушается из-за недостаточного, по мнению таких пациентов, успеха терапии (Данилов, 2008).

Формирование терапевтического сотрудничества неразрывно связано с личностными особенностями больного. Доминирующие черты личности первоначально определяют тип ВКБ и характер установки на лечение, а в дальнейшем влияют на соблюдение медицинских рекомендаций (Данилов, 2008).

Таким образом, отношение человека к своей болезни и понимание ее причин влияет на особенности поведения больного в отношении лечения, выполнения предписаний врача, на мотивацию к выздоровлению.

В настоящее время в отношении кардиологических пациентов «четко показана связь между приверженностью терапии и ее успешностью», однако «...существует огромная пропасть между теоретическим пониманием важности этой проблемы и реальными мероприятиями в практическом здравоохранении, направленными на повышение приверженности к лечению» (Конради, 2007).

В связи с вышесказанным проблема отношения к болезни и к выполнению рекомендаций врача особенно актуальна в кардиохирургической клинике, так как их невыполнение сопряжено с риском для жизни (витальной угрозой).

Это обстоятельство определило **цель** настоящего исследования – изучение и сравнительный анализ ВКБ пациентов, страдающих ИБС, с различной степенью приверженности восстановительному лечению в период после прямой реваскуляризации миокарда (операции коронарного шунтирования).

Материал и методы

Выборку исследования составили 85 пациентов мужского пола в возрасте от 41 до 79 лет (в среднем $60,37 \pm 8,4$ года), получившие кардиохирургическое лечение и проходившие послеоперационное восстановительное лечение в Северо-Западном федеральном медицинском исследовательском центре (г. Санкт-Петербург). Критериями включения в исследование являлись подтвержденный диагноз ИБС и выполненная операция КШ. Пациенты обследовались в течение 1 года после операции КШ.

Изучение *медико-биологических* (отраженных в медицинской документации) и *социально-психологических характеристик* показало, что в выборке преобладали пациенты с длительностью заболевания от 1 до 3 лет (39,1 % всех случаев наблюдения) и со стажем болезни свыше 6 лет (31,95 %), причем у 69 % пациентов в анамнезе отмечалось наличие инфаркта миокарда (в том числе у 20 % – повторного), а у 23 % заболеванию ИБС сопутствовало наличие сахарного диабета I или II типа. Кроме того, в числе сопутствующих заболеваний у пациентов отмечались болезни желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, язвенная болезнь желудка, двенадцатиперстной кишки и т. д.), легочной системы (хронический бронхит, хроническая обструктивная болезнь легких и т. д.) и другие. Важно отметить, что ни у одного из обследованных пациентов в анамнезе не было психических расстройств. Большинство пациентов (90,1 % выборки) на момент обследования состояли в браке, более половины (57,3 %) имели высшее образование, а 88,8 % пациентов перед операцией КШ имели постоянное место работы. В то же время после хирургического вмешательства продолжили трудовую деятельность, не меняя род своих занятий, только 71,8 % из них. Каждый четвертый пациент обследованной выборки полностью прекратил трудовую деятельность, причем только некоторые из них отказались от работы по объективным медицинским или социальным показаниям (выход на пенсию, инвалидизация), остальные

же – из-за субъективной убежденности в своей дальнейшей нетрудоспособности.

В соответствии с целью исследования выборка пациентов была разделена на две подгруппы по критерию «степень приверженности лечению». Учитывались анамнестические данные, а также результаты экспертной оценки степени приверженности лечению врачом.

Группа приверженных лечению представлена 43 пациентами, регулярно выполняющими рекомендации по медикаментозной терапии и немедикаментозному лечению ($n_1=43$). Группу с низкой приверженностью лечению и неприверженных лечению пациентов составили 42 больных, регулярно не выполняющих врачебные рекомендации по медикаментозному и немедикаментозному лечению, коррекции факторов риска ($n_2=42$). Неприверженность чаще всего проявлялась в самовольной замене лекарственных препаратов и/или изменении их дозировки вплоть до полного отказа от приема назначенных медикаментов. Кроме того, отмечались факты систематического несоблюдения врачебных рекомендаций по пищевому поведению, соблюдению необходимого режима двигательной активности, по отказу от табакокурения и т. д.

Настоящее исследование реализовывалось с применением **клинико-психологического** и **психометрического методов**. Клинико-психологический метод осуществлялся путем сбора анамнеза, изучения историй болезни, проведения структурированного клинического интервью для пациентов, а также с помощью специально разработанной для врачей анкеты экспертной оценки степени приверженности пациентов лечению (Лубинская, 2013). Исследовались также некоторые аспекты актуального образа жизни (уровень физической активности, соблюдение диеты, факта и характера табакокурения в до- и послеоперационный период). Психометрический метод представлен тестовым исследованием с помощью методики диагностики типов отношения к болезни «ТОБОЛ» (Психологическая диагностика..., 2005). Технологией обработки результатов методики ТОБОЛ предусматривается не только возможность определения того или иного типа отношения к болезни либо их сочетания, но и оценка отношения к болезни в соответствии с тремя блоками типов, различающимися в зависимости от отсутствия либо наличия психической дезадаптации и интра- или интерпсихической направленности

Клиническая (медицинская) психология

реагирования на болезнь (Психологическая диагностика..., 2005, с. 17).

Анализ полученных данных проводился с использованием стандартных методов математической статистики, включенных в статистические пакеты SPSS 20.0 и Excel for Microsoft XP.

Результаты исследования

Исследование клинических характеристик приверженности лечению

Большая часть пациентов исследованной группы старалась максимально точно (в течение 85 % и более отчетного периода) соблюдать предписанную врачом фармакотерапию (63 % обследованных). Подгруппу относительно приверженных медикаментозной терапии (выявленную по специально сформированным критериям, установленным в соответствии с экспертной оценкой и материалами интервью) составили 30,8 % пациентов выборки и лишь 6,2 % больных характеризовались как неприверженные фармакотерапии.

Большинство обследованных пациентов

(61 % выборки) вели активный образ жизни. В течение года после операции по реваскуляризации миокарда 57,5 % пациентов соблюдали предписанную им диету. Наиболее благоприятные результаты были получены при изучении фактора табакокурения: в послеоперационном периоде 80 % перенесших операцию КШ мужчин не курили.

Считаем целесообразным повторить, что решение о включении пациента в группу с той или иной степенью приверженности терапии принималось по совокупности полученных данных об образе жизни после реваскуляризации миокарда и поведении больных в отношении предписанной терапии.

Исследование особенностей внутренней картины болезни

По результатам заполнения пациентами методики ТООБЛ были определены частотные характеристики встречаемости различных типов отношения к болезни, а также усредненные шкальные оценки всех типов в целом по выборке (табл. 1).

Таблица 1

Частота встречаемости типов отношения к болезни в группах приверженных и неприверженных лечению пациентов

Тип отношения к болезни		Группы пациентов				Всего	
		Приверженные лечению		Неприверженные лечению		Всего	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
«Чистые» типы отношения к болезни	Гармоничный (Г)	6	13,9	2	4,8	8	9,41
	Эргопатический (Р)	14	32,6	17	40,5	31	36,47
	Анозогнозический (З)	10	23,3	5	11,9	15	17,65
	Тревожный (Т)	1	2,3	1	2,4	2	2,35
	Ипохондрический (И)	0	0	1	2,4	1	1,18
	Неврастенический (Н)	0	0	3	7,1	3	3,53
	Меланхолический (М)	0	0	0	0	0	0
	Апатический (А)	1	2,3	0	0	1	1,18
	Сенситивный (С)	2	4,7	1	2,4	3	3,53
	Эгоцентрический (Э)	1	2,3	0	0	1	1,18
	Паранойальный (П)	0	0	0	0	0	0
	Дисфорический (Д)	0	0	0	0	0	0
«Смешанные» типы отношения к болезни	Р, З	5	11,6	4	9,5	9	10,59
	Р, С	0	0	3	7,1	3	3,53
	Т, С	2	4,7	0	0	2	2,35
	И, С	0	0	1	2,4	1	1,18
	Р, Т, С	0	0	1	2,4	1	1,18
	Р, З, С	0	0	1	2,4	1	1,18
	С, А, И	0	0	1	2,4	1	1,18
	И, С, Д	0	0	1	2,4	1	1,18
Диффузный тип	1	2,33	0	0	1	1,18	
Всего	43	100	42	100	85	100	

$$X^2 = 21,46 \text{ } p > 0,1$$

Примечание. Достоверных различий по признаку «тип отношения к болезни» (по критерию X^2 Пирсона) по частоте встречаемости типов не выявлено.

Преобладающими типами отношения к болезни у приверженных лечению пациентов являлись так называемые «адаптивные типы отношения к болезни» (эргопатический, анозогнозический, гармоничный, а также смешанный эргопатический-анозогнозический). У пациентов второй группы практически не встречается гармоничный тип отношения к болезни, а дополнительно к другим отмеченным выше типам присоединились неврастенический и смешанный эргопатический-сенситивный.

Следует отметить, что относительно часто (у 11,6 % приверженных лечению пациентов и у 9,5 % неприверженных) регистрируемый смешанный эргопатически-анозогнозический тип отношения к болезни свидетельствует о нежелании таких пациентов принимать на себя роль «больного».

Другим важным фактом является проявление сенситивного типа отношения к болезни, «чистого» либо сочетающегося с тревожным (у приверженных лечению) и в сочетании с эргопатическим и ипохондрическим (у неприверженных). В целом для неприверженных лечению пациентов характерно то, что почти у каждого пятого из них (у 21,4 % выборки) сенситивный компонент встречается во всех смешанных типах отношения к болезни, за исключением описанного выше эргопатически-анозогнозического варианта.

Частота встречаемости относящихся к разным блокам типов отношения к болезни пациентов двух сравниваемых групп представлена в табл. 2.

Из данных, приведенных в табл. 2, следу-

ет, что для значительного числа как приверженных, так и неприверженных лечению пациентов (69,8 и 57,2 % численности соответствующей группы) характерны «адаптивные» типы отношения к болезни (гармоничный, эргопатический, анозогнозический).

Однако у приверженных лечению пациентов по сравнению с пациентами другой группы чаще встречались типы отношения к болезни с интерпсихическим характером направленности личностного реагирования на болезнь. В то же время у пациентов второй группы чаще, чем у приверженных лечению, встречались типы отношения к болезни с интрапсихической направленностью реагирования.

Отсутствие статистически достоверных различий в частотных характеристиках встречаемости того или иного типа отношения к болезни потребовало проведения сравнения среднегрупповых шкальных оценок по каждому из 12 типов отношения к болезни у пациентов обследуемых групп (табл. 3).

Установлено, что у приверженных лечению пациентов отмечаются достоверно более высокие, чем у больных сравниваемой группы, значения по шкале гармоничного типа отношения к болезни ($p \leq 0,01$) и достоверно более низкие значения по шкале апатического типа ($p \leq 0,01$). В свою очередь, неприверженные лечению больные характеризуются более высокими значениями по шкале меланхолического типа ($p \leq 0,05$), и на уровне статистической тенденции ($p \leq 0,1$) более высокие значения по шкале сенситивного типа отношения к болезни.

Таблица 2

Частота встречаемости групп типов отношения к болезни по блокам в группах приверженных и неприверженных лечению пациентов

Блоки типов отношения к болезни	Группы пациентов				Всего	
	Приверженные лечению		Неприверженные лечению		Абс.	%
	Абс.	%	Абс.	%		
I блок – адаптивные типы (типы Г, Р, З)	30	69,77	24	57,15	54	63,53
II блок – типы с интрапсихической направленностью (типы Т, И, Н, М, А)	2	4,65	5	11,90	7	8,24
III блок типы с интерпсихической направленностью (типы С, Э, П, Д)	3	6,98	1	2,38	4	4,71
Смешанные и диффузные типы	8	18,60	12	28,57	20	23,53
Всего	43	100	42	100	85	100

$$X^2 = 3,747; p > 0,1$$

Примечание. Достоверных различий по частоте встречаемости типов из блоков типов отношения к болезни (по критерию X^2 Пирсона) не выявлено.

Среднегрупповые балльные значения выраженности типов отношения к болезни в группах приверженных и неприверженных лечению пациентов

Типы отношения к болезни (шкалы ТОБОЛ)	Группы пациентов		Достоверность различия
	Приверженные лечению	Неприверженные лечению	
	А	В	
	М±σ	М±σ	
Гармоничный (Г)	23,13±16,70	11,72±18,02	АВ***
Эргопатический (Р)	26,29±14,85	30,34±14,60	
Анозогнозический (З)	20,00±16,91	17,28±17,26	
Тревожный (Т)	4,84±7,63	3,53±4,12	
Ипохондрический (И)	8,34±5,61	8,25±5,63	
Неврастенический (Н)	5,21±5,04	6,75±7,30	
Меланхолический (М)	0,90±2,05	3,13±4,86	АВ**
Апатический (А)	1,68±3,45	4,50±4,91	АВ***
Сенситивный (С)	15,11±8,81	18,69±6,98	АВ*
Эгоцентрический (Э)	6,71±3,58	6,63±3,12	
Паранойяльный (П)	6,00±5,31	5,41±5,15	
Дисфорический (Д)	2,68±4,44	3,38±5,90	

Примечание. В графе «Достоверные различия» символом *, ** и *** обозначены различия по группам на уровне статистической тенденции ($p \leq 0,1$), статистической значимости $p \leq 0,05$ и $p \leq 0,01$ соответственно.

Обсуждение результатов и выводы

Среди вероятных факторов, влияющих на приверженность больного терапии, выделяются характеристики пола, возраста, уровня образования, тяжести заболевания (см., напр., Yates, 1994; Friedman, 1997). Однако на сегодняшний день не выявлено однозначных предикторов, позволяющих прогнозировать приверженность больных лечению (Лубинская, 2013).

Учитываемые в нашем исследовании различные аспекты образа жизни пациентов как факторов риска рецидива заболевания (мера соблюдения диеты, режим физической активности, отказ от вредных привычек, регулярные осмотры у лечащего врача и т. п.) позволили получить определенные сведения в отношении приверженности/ неприверженности пациентов к соблюдению необходимого режима терапии. и полученных нами на этом этапе исследования данных следует отметить проблему несоблюдения рекомендаций по диете. Практически половина выборки пациентов признает, что вовсе не соблюдает никакую диету, хотя они хорошо информированы о том, что неправильное питание является риском развития осложнений ИБС. При этом многие больные регулярно и с готовностью принимают прописанные им лекарственные препараты, но не считают нужным ограничивать себя в пищевых привычках (объясняя свою позицию следующим образом: «Я же таблетки пью, значит, все будет нормально»).

Вышеизложенное свидетельствует об острой необходимости разрешения проблемы неприверженности пациентов рекомендованной им диете и повышении субъективной значимости для них правильной диеты.

Исследование методикой ТОБОЛ внутренней картины болезни пациентов после операции КШ выявило относительную однородность выборки в целом по частоте встречаемости типов отношения к болезни: результаты в двух сопоставляемых группах различались несущественно. При этом выявленное в обеих группах (у 70 % приверженных и 57 % неприверженных лечению пациентов) преобладание типов отношения к болезни, образующих «адаптивный» блок (гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы), показывает, что психическая и социальная адаптация у принявших участие в исследовании больных существенно не нарушается. Мотивацией к активному продолжению лечения у таких пациентов может являться стремление вернуться к полноценному образу жизни, стремление сохранить свою трудоспособность, нежелание «уходить в болезнь», что в целом может способствовать соблюдению пациентами предписанного терапевтического режима.

Однако стоит отметить, что таким пациентам с адаптивными, но негармоничными типами отношения к болезни могут быть присущи и крайние черты, характерные для эргопатического и анозогнозического вариантов,

формирующие и объясняющие наблюдающиеся вследствие этого стратегии полного «ухода в работу» и (или) отказа признать у себя наличие заболевания как у приверженных, так и у неприверженных лечению пациентов. Сознание болезни не встраивается у таких пациентов в их представление о себе; болезнь мешает им вести привычный образ жизни и зачастую просто игнорируется. Кроме того, эргопатизация отношения к болезни может привести как к повышению мотивации к лечению, так и к усугублению неприверженности терапии за счет сконцентрированности пациента на трудовой деятельности и отказа видеть в себе «больного человека».

Данные, полученные ранее, также указывают на распространенность «адаптивных» типов отношения к болезни среди подобного контингента больных, достигающую 80 % численности обследованного контингента (Зеленская, 2011б). Также хорошо согласуются с ранее полученными И.А. Зеленской с соавт. (2011а) данные о частоте встречаемости у приверженных и неприверженных лечению «адаптивных» и смешанных с ними типов отношения к болезни, а также о различиях в составе второй по частоте группе типов (их блоков): относительном преобладании в первой обследованной группе кардиохирургических пациентов типов с интерпсихической направленностью и во второй – с интрапсихической направленностью.

Несмотря на тот факт, что проверка значимости различий групп приверженных и неприверженных лечению пациентов по частоте встречаемости типов отношения к болезни (как отдельных, так и объединенных в блоки) не позволяет говорить о достоверности различий, исследование ВКБ является, на наш взгляд, перспективным. Особенно это имеет значение в плане изучения приверженности лечению: качественные различия в полученных по результатам проведения методики ТОБОЛ данных позволяют дать многогранную оценку субъективной картины заболевания пациентов, способствуя тем самым и эффективности работы врача и психолога с конкретным пациентом, и эмпирическому исследованию пациентов кардиологического профиля в целом.

Анализ шкальных оценок по 12 типам отношения к болезни позволил обосновать статистическими данными установленные и описанные выше качественные характеристики различий в обследованных группах, особенно в отношении более выраженного проявления

гармонического отношения к болезни у приверженных лечению пациентов. Характерная для них Для приверженных пациентов характерны более высокие значения по шкале, соответствующей гармоничному типу отношения к болезни, (оценка своего состояния без склонности преувеличивать либо недооценивать его тяжесть может лежать в основе стремления во всем активно содействовать успеху лечения.

Несколько более высокие показатели апатического ($p \leq 0,01$) и меланхолического ($p \leq 0,05$) типов отношения к болезни у неприверженных лечению пациентов объясняют наблюдающиеся у таких пациентов безразличие к результатам лечения и к исходу болезни и пассивное соблюдение предписанной терапии под влиянием настойчивого побуждения со стороны (при апатическом варианте), а также отсутствие веры в свое выздоровление, сомнения в успехе лечения независимо от собственного самочувствия и объективных клинических данных (при меланхолическом варианте). Невысокая приверженность к терапии у таких больных может быть связана и с отсутствием веры в эффект лечения, и со склонностью к пессимистическим оценкам.

Полученные при обследовании прооперированных с помощью метода коронарного шунтирования больных с ИБС данные позволили сделать следующие **выводы**:

1. Для объективной оценки степени приверженности лечению пациентов после операции КШ кроме соблюдения правил приема лекарственных препаратов необходимо учитывать еще ряд факторов, среди которых прежде всего соблюдение предписанной диеты, отказ от табакокурения и высокая физическая активность.

В структуре ВКБ пациентов после операции КШ преобладают типы отношения к болезни, при которых существенно не нарушается психическая и социальная адаптация.

3. Наиболее распространенный у всех пациентов эргопатический тип отношения к болезни объясняет выбор стратегий отказа в принятии на себя «роли» больного с «уходом в работу», стремлением справиться с болезнью, не отрываясь от повседневной жизни, что проявляется различиями в приверженности лечению.

4. Статистически достоверные различия в значениях шкальных оценок, выявленных по методике ТОБОЛ, связаны с характером проявлений приверженности лечению: высокие

значения гармоничного типа среди приверженных пациентов и высокие значения апатического и меланхолического типов отношения к болезни среди неприверженных пациентов.

Исследование проводится при поддержке РГНФ (Рег. № 14-06-00-163а).

Литература

1. Александер, Ф. Психосоматическая медицина: принципы и применения / Ф. Александер. – М.: Ин-т общегуманитар. исследований, 2006. – 336 с.
2. Аронов, Д.М. Методические вопросы организации и выполнения реабилитационных программ физических тренировок на поликлиническом этапе у больных с разными формами ишемической болезни сердца / Д.М. Аронов // *CardioСоматика*. – 2013. – № 1. – С. 23–28.
3. Белялов, Ф.И. Психосоматические аспекты ишемической болезни сердца / Ф.И. Белялов // *Кардиология*. – 2002. – Т. 42. № 8. – С. 63–67.
4. Бокерия, Л.А. Многофакторная программа лечения как условие успешной терапии после хирургического вмешательства по поводу ишемической болезни сердца / Л.А. Бокерия, Н.Г. Бенделлини, С.Ф. Никонов // *Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Сердечно-сосудистые заболевания*. – 2012. – Т. 13. № 1. – С. 65–75.
5. Бокерия, Л.А. Хирургическое лечение больных с сосудистой патологией в Российской Федерации / Л.А. Бокерия, Р.Г. Гудкова, И.Н. Ступаков // *Здравоохранение*. – 2010. – № 6. – С. 15–23.
6. Ботнар, Ю.М. Клинико-экономические и организационные основы оказания кардиохирургической помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями в РФ: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Ю.М. Ботнар – М.: Изд-во НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, 2009. – 48 с.
7. Вассерман, Л.И. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике. Научно-практическое руководство / Л.И. Вассерман, Е.А. Трифонова, О.Ю. Щелкова; науч. ред. Л.И. Вассерман. – СПб.: Речь, 2011. – 271 с.
8. Воробьев, П.А. Моделирование в клинико-экономическом анализе / П.А. Воробьев // *Главврач*. – 2005. – № 11. – С. 38–45.
9. Демченко, Е.А. Оптимизация консервативного лечения стенокардии: роль динамического наблюдения и обучения больных: дис. ... д-ра мед. наук / Е.А. Демченко. – СПб., 2006. – 311 с.
10. Данилов, Д.С. Комплаенс в медицине и методы его оптимизации (клинические, психологические и психотерапевтические аспекты) / Д.С. Данилов // *Психиатрия и психофармакотерапия*. – 2008. – Т. 10. № 1. – С. 13–20. – <http://www.consilium-medicum.com/article/17058> (дата обращения: 10.05.2012).
11. Естественное движение населения Российской Федерации в 2012 году: бюллетень / Федеральная служба государственной статистики. – М.: Статистический бюллетень. – http://www.gks.ru/bgd/regl/b12_106/Main.htm (дата обращения: 25.01.2015).
12. Зеленская, И.А. Психологические особенности больных ИБС после аортокоронарного шунтирования в процессе реабилитации / И.А. Зеленская, Е.А. Демченко, Е.И. Лубинская // *Психология XXI века. Материалы Международной науч.-практич. конф. молодых ученых «Психология XXI века» 21–23 апреля 2011 г.* / под науч. ред. О.Ю. Щелковой. – СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2011а. – С. 174–176.
13. Зеленская, И.А. Психологические особенности пациентов, перенесших операцию коронарного шунтирования, в зависимости от их приверженности к участию в реабилитационной программе / И.А. Зеленская, Е.И. Лубинская, А.А. Великанов, Е.А. Демченко // *Вестник ЮУрГУ, Серия «Психология»*. – 2011б. – Вып. 15, № 42. – С. 73–76.
14. Карташов, В.Т. Лечебно-профилактические вопросы. Трудоспособность больных после реконструктивных операций на коронарных сосудах / В.Т. Карташов, Ю.А. Данилов // *Воен.-мед. журн.* – 2004. – Т. 325, № 1. – С. 52–54.
15. Кремнев, Ю.А. Медико-социальные аспекты реабилитации военнослужащих после хирургического лечения ИБС / Ю.А. Кремнев, Ю.Н. Замотаев, Ю.В. Мандрыкин, В.А. Косов // *РМЖ*. – 2003. – Т. 11, № 9. – С. 48–50.
16. Конради, А.О. Значение приверженности к терапии в лечении кардиологических заболеваний / А.О. Конради // *Справочник поликлинического врача*. – 2007. – Т. 4. № 6. – С. 8–12.
17. Лапин, И.П. Согласие-фактор, определяющий общение пациента и врача и успешность лечения / И.П. Лапин // *Клиническая медицина*. – 1999. – № 11. – С. 15–18.
18. Лубинская, Е.И. Клиническая и социально-экономическая эффективность многопрофильной реабилитации больных ишемической болезнью сердца, перенесших плановое коронарное шунтирование: дис. ... канд. мед. наук / Е.И. Лубинская. – СПб., 2013. – 135 с.
19. Лубинская, Е.И. Сопоставление клинической и социальной эффективности кардиореабилитации больных, перенесших коронарное шунтирование / Е.И. Лубинская, О.Б. Николаева, Е.А. Демченко // *Вестник Российской Военно-мед. академии*. – 2012. – Т. 1 (37). – С. 218–223.
20. Маликов, В.Е. Руководство по реабилитации больных ишемической болезнью сердца после операции аортокоронарного шунтирования / В.Е. Маликов, С.В. Рогов, С.В. Виноградов и др. – М.: Изд-во НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, 1999. – 106 с.
21. Мировая статистика здравоохранения 2012 / Всемирная организация здравоохранения. – 2013. – 176 с.
22. Николаева, В.В. Внутренняя картина бо-

лезни как феномен телесности / В.В. Николаева, А.Ш. Тхостов // Психосоматика: телесность и культура / под ред. В.В. Николаевой. – М.: Академический Проект, 2009. – Ч. 3. – С. 105–174.

23. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей / Авторы-сост. Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова, А.Я. Вукс. – СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. – 32 с.

24. Российский статистический ежегодник 2011: Статистический сборник / под ред. А.Е. Суринова. – М.: Росстат, 2011. – 795 с.

25. Филимонов, А.И. Оценка особенностей первичной инвалидности у больных ИБС после аортокоронарного шунтирования для формирования оптимальной модели реабилитации / А.И. Филимонов, О.В. Сергеева, С.И. Кузнецов, Ю.С. Козлов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2009. – № 1. – С. 22–24.

26. Фирсова, И.В. Концепция комплаентности в стоматологической практике: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / И.В. Фирсова. – Волгоград, 2009. – 52 с.

27. Шальнова, С.А. Ишемическая болезнь сердца в России: распространенность и лечение (по данным клинико-эпидемиологических исследований) / С.А. Шальнова, А.Д. Деев // Терапевтический архив. – 2011. – Т. 83, № 1. – С. 7–12.

28. Friedman, D.B. Compliance and Efficacy of

Cardiac Rehabilitation and Risk Factor Modification in the Medically Indigent / D.B. Friedman, A.N. Williams, B.D. Levine // Am J Cardiol. – 1997. – Vol. 79. – P. 281–285.

29. Hess, P. L. Follow-up of Patients with New Cardiovascular Implantable Electronic Devices: Is Adherence to the Experts' Recommendations Associated with Improved Outcomes? / P.L. Hess, X.Mi, L.H. Curtis et al. // Heart Rhythm. – 2013. – Vol. 10 (8). – P. 1127–1133.

30. McCrone, S. Anxiety and Depression: Incidence and Patterns in Patients after Coronary Artery Bypass Graft Surgery / S. McCrone, E. Lenz, A. Tarzian, S. Perkins // Appl Nurs Res. – 2001. – Vol. 14, № 3. – P. 155–164.

31. Simpson, S.H. A Meta-Analysis of the Association between Adherence to Drug Therapy and Mortality / S.H. Simpson, D.T. Eurich, S.R. Majumdar et al. // BMJ. – 2006. – Vol. 333. – P. 15.

32. World Health Organization: Adherence to Longterm Therapies, Evidence for Action. – Geneva, 2003. – http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/ (date of access 10.03.2015).

33. Yates, B. Theoretical Perspectives on the Nature of Social Support in Cardiovascular Illness / B. Yates, B. Skaggs, J. Parker // J. Cardiovasc. Nurs. – 1994. – Vol. 2, № 1. – P. 1–15.

Яковлева Мария Викторовна, аспирант кафедры медицинской психологии и психофизиологии факультета психологии, Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург), mariaiakovleva@mail.ru

Лубинская Екатерина Игоревна, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник НИЛ реабилитации, Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр (Санкт-Петербург), lubinskaya1@bk.ru

Демченко Елена Алексеевна, доктор медицинских наук, заведующая НИЛ реабилитации, Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр (Санкт-Петербург), elenademchenko2006@rambler.ru

Поступила в редакцию 22 февраля 2015 г.

INTERNAL PICTURE OF THE DISEASE AS A FACTOR OF ADHERENCE TO TREATMENT AFTER CORONARY BYPASS SURGERY

M.V. Iakovleva, Saint Petersburg State University, St. Petersburg, Russian Federation, mariaiakovleva@mail.ru

C.I. Lubinskaya, Federal North-West Medical Research Centre, St. Petersburg, Russian Federation, lubinskaya1@bk.ru

E.A. Demchenko, Federal North-West Medical Research Centre, St. Petersburg, Russian Federation, elenademchenko2006@rambler.ru

The research is devoted to the actual in clinical psychology problem of adherence to treatment, which manifests in the fact that about half of patients with chronic diseases including cardiovascular diseases do not comply with medical recommendations (CVD are considered to be the leading cause of death among noncommunicable diseases). However, despite the objective efficacy of surgical treatment of the coronary heart disease (CHD), the figures of patients' health outcomes and quality of life often do not rise because of patients' nonadherence to their rehabilitation. That is why patients' nonadherence to medical prescriptions is considered to be a serious problem in clinical practice.

The article describes the results of the study carried out with the objective of comparative analysis of the internal picture of the disease among 85 male patients suffering from CHD with different degrees of adherence to rehabilitation treatment after coronary bypass surgery.

The study was performed in the Federal North-West Medical Research Centre (Saint-Petersburg) among two sample groups of patients after coronary bypass surgery: adherent to treatment (43 persons) and nonadherent patients (42 persons).

The results of performing clinic-psychological method (study of medical history, special questionnaires) and psychometric method (technique for diagnosing the types of attitude towards the disease) in both groups of patients are presented in this article.

Based on the obtained data, several conclusions were made.

It was confirmed that a number of factors (adherence to the prescribed diet, rejection of harmful habits, increasing physical activity) must be taken into account to evaluate the adherence to treatment after bypass surgery.

In both groups of patients prevalence of types of attitude towards illness, related to the "first block" in which mental and social adaptation is not significantly disturbed ('harmonious', 'ergopathic' and 'anosognostic' types) was identified.

Bar-graph analysis of the 12 available types of attitude towards the disease revealed that adherent patients show higher values on the scale related to the 'harmonious' type versus nonadherent patients ($p \leq 0,01$); patients with poor adherence show higher values on the scale of the 'apathetic' (anergic) type ($p \leq 0,01$), as well as the 'melancholic' type of attitude towards illness ($p \leq 0,05$) in comparison with adherent patients.

The data obtained in the future will help to identify patients with high risk of nonadherence to medical recommendations and identify the targets for psychocorrective and educational programs for patients with CHD, including the period after coronary bypass surgery.

Thus, the results of this study have a great practical value and can be used by clinical psychologists and also by cardiologists and rehabilitation specialists.

Keywords: coronary heart disease, coronary bypass surgery, adherence to treatment, internal picture of the disease, type of attitude towards illness.

References

1. Alexander F. *Psichosomaticheskaya meditsina: printsipy i primeneniya* [Psychosomatic Medicine: Its Principles and Application]. Moscow, *Institut obshchegumanitarnykh issledovaniy* (Institute of Humanitarian Research) Publ., 2006. 336 p.
2. Aronov D.M. [Methodological Issues in the Organization and Implementation of Outpatient Rehabilitation Exercise Programs in Patients with Different Forms of Coronary Heart Disease]. *Kardiosomatika* (Cardiosomatics), 2013, no. 1, pp. 23–28. (in Russ.)
3. Belyalov F.I. *Psichosomaticheskie aspekty ishemicheskoy bolezni serdtsa* [Psychosomatic Aspects of Coronary Heart Disease]. *Kardiologiya* (Cardiology), 2002, vol. 42, no. 8, pp. 63–67.

4. Bockeria L.A., Bendeliani N.G., Nikonov S.Ph. [Multifactorial Programme of Treatment as the Condition for Successful Therapy after Surgical Intervention for IHD] *Byulleten' Nauchnogo Tsentra Serdechno-Sosudistoy Khirurgii imeni A.N. Bakuleva Rossiyskoy Akademii Meditsinskikh Nauk. Serdechno-sosudistye zabolevaniya* [The Bulletin of A.N. Bakoulev Scientific Center for Cardiovascular Surgery of Russian Academy of Medical Sciences. Cardiovascular Diseases], 2012, vol. 13, no. 1, pp. 65–75. (in Russ.)
5. Bockeria L.A., Gudkova R.G., Stupakov I.N. [Surgical Treatment of Patients with Vascular Pathology in the Russian Federation]. *Zdravookhranenie* [Public Health], 2010, no. 6, pp. 15–23. (in Russ.)
6. Botnar' Yu.M. *Kliniko-ekonomicheskie i organizatsionnye osnovy okazaniya kardiokhirurgicheskoy pomoshchi patsientam s serdechno-sosudistymi zabolevaniyami v RF*. Aftoref. doct. diss. [Clinico-Economic and Organizational Basis of Providing Cardiac Care to Patients with Cardiovascular Diseases in Russia. Abstract of doct. diss.]. Moscow, 2009. 48 p.
7. Vasserman L.I., Trifonova E.A., Shchelkova O.Yu. *Psikhologicheskaya diagnostika i korrektsiya v somaticheskoy klinike* [Psychological Diagnosis and Correction in Somatic Clinic]. St. Petersburg, *Rech' Publ.*, 2011. 271 p.
8. Vorob'ev P.A. [Modeling in Clinic-Economic Analysis]. *Glavvrach* [The Chief Doctor], 2005, no. 11, pp. 38–45. (in Russ.)
9. Demchenko E.A. *Optimizatsiya konservativnogo lecheniya stenokardii: rol' dinamicheskogo nablyudeniya i obucheniya bol'nykh*. Aftoref. doct. diss. [Optimization of Conservative Treatment of Stenocardia: the Role of Dynamic Monitoring and Patients' Education. Abstract of doct. diss.]. St. Petersburg, 2006. 311 p.
10. Danilov D.S. *Komplaens v meditsine i metody ego optimizatsii (klinicheskie, psikhologicheskie i psikhoterapevticheskie aspekty)* [Compliance in Medicine and Methods of it's Optimization (Clinical, Psychological and Psychiatric Aspects)]. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya* [Psychiatry and Pharmacotherapy], 2008, vol. 10, no. 1, pp. 13–20. Available at: <http://www.consilium-medicum.com/article/17058> (accessed 10.05.2012).
11. *Estestvennoe dvizhenie naseleniya Rossiyskoy Federatsii v 2012 godu: byulleten'* [Vital Movement of Population of the Russian Federation in 2012: Bulletin]. *Federal'naya sluzhba gosudarstvennoy statistiki* [Federal State Statistics Service]. Moscow, *Statisticheskii byulleten' Publ.* Available at: http://www.gks.ru/bgd/regl/b12_106/Main.htm (accessed 25.01.2015).
12. Zelenskaya I.A., Demchenko E.A., Lubinskaya E.I. [Psychological Characteristics of Patients with CHD after Coronary Artery Bypass Surgery in the Rehabilitation Process]. *Psikhologiya XXI veka. Materialy Mezhdunarodnoy nauch.-praktich. konf. molodykh uchenykh «Psikhologiya XXI veka» 21–23 aprelya 2011 g.* [Psychology of the XXI Century. Proceedings of the International Scientific-Practical. Conf. of Young Scientists "Psychology of the XXI Century", 21–23 April 2011]. St. Petersburg, St. Petersburg University Publ., 2011, pp. 174–176. (in Russ.)
13. Zelenskaya I.A., Lubinskaya E.I., Velikanov A.A., Demchenko E.A. [Psychological Characteristics of Patients Undergoing Coronary Bypass Surgery, Depending on their Adherence to Participation in a Rehabilitation Program]. *Bulletin of the South Ural State University. Ser. Psychology*, 2011, iss. 15, no. 42, pp. 73–76. (in Russ.)
14. Kartashov V.T., Danilov Yu.A. [Therapeutic and Prophylactic Issues. Work Capacity of Patients after Reconstructive Surgery on Coronary Arteries]. *Voен.-med. zhurn.* [Military Medical Journal], 2004, vol. 325, no. 1, pp. 52–54. (in Russ.)
15. Kremnev Yu.A., Zamotaev Yu.N., Mandrykin Yu.V., Kosov V.A. (Medical and Social Aspects of Rehabilitation of Military Servicemen after Surgical Treatment of CHD). *RMZh* (Russian Medical Journal), 2003, vol. 11, no. 9, pp. 48–50. (in Russ.)
16. Konradi A.O. [The Meaning of Adherence to Therapy in the Treatment of Cardiac Diseases]. *Spravochnik poliklinicheskogo vracha* [Manual of the Outpatient Physician], 2007, vol. 4, no. 6, pp. 8–12. (in Russ.)
17. Lapin I.P. [The Agreement-Factor that Determines the Communication between the Patient and the Doctor and Treatment Success]. *Klinicheskaya Meditsina* [Clinical Medicine], 1999, no. 11, pp. 15–18. (in Russ.)
18. Lubinskaya E.I. *Klinicheskaya i sotsial'no-ekonomicheskaya effektivnost' mnogoprofil'noy reabilitatsii bol'nykh ishemicheskoy bolezniyu serdtsa, perenessikh planovoe koronarное shuntirovanie*. Diss. kand. med. nauk [Clinical and Socio-Economic Effectiveness of Multidisciplinary Rehabilitation of Patients with Coronary Artery Disease Undergoing Elective Coronary Artery Bypass Grafting. Diss. Kand. (Medicine)]. St. Petersburg, 2013, 135 p.
19. Lubinskaya E.I., Nikolaeva O.B., Demchenko E.A. [Clinical and Social Effectiveness of Comprehensive Cardiac Rehabilitation Program in Patient after Coronary Artery Bypass Surgery]. *Vestnik Rossiiskoi Voенno-Medicinskoi Akademii* [Bulletin of the Russian Military Medical Academy], 2012, vol. 1 (37), pp. 218–223. (in Russ.)
20. Malikov V.E., Rogov S.V., Vinogradov S.V. *Rukovodstvo po reabilitatsii bol'nykh ishemicheskoy bolezniyu serdtsa posle operatsii aortokoronarnogo shuntirovaniya* [Guidelines for Rehabilitation of Patients with Coronary Heart Disease after Coronary Artery Bypass Surgery]. Moscow, NCSH im. A.N. Bakuleva RAMN Publ., 1999. 106 p.

21. *Mirovaya statistika zdavoohraneniya 2012* [World Health Statistics 2012], World Health Organization, 2013. 176 p.
22. Nikolaeva V.V., Tkhostov A.Sh. [Internal Picture of Illness as a Phenomenon of Physicality]. *Psikhosomatika: telesnost' i kul'tura* [Psychosomatics: Physicality and Culture]. Moscow, Akademicheskii Proekt Publ., 2009, pp. 105–174. (in Russ.)
23. Vasserman L.I., Iovlev B.V., Karpova E.B., Vuks A.Ya. *Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni: posobie dlya vrachev* [Psychological Diagnostics of the Attitude towards the Disease: a Manual for Doctors]. St. Petersburg, The St. Petersburg Bekhterev Psychoneurological Research Institute Publ., 2005. 32 p.
24. Surinov A.E. *Rossiyskiy statisticheskiy ezhegodnik 2011: Statisticheskiy sbornik* [Russian Statistical Yearbook 2011: The Statistical Collection]. Moscow, Rosstat Publ., 2011. 795 p.
25. Filimonov A.I., Sergeeva O.V., Kuznetsov S.I., Kozlov Yu.S. [Evaluation of the Primary Features of Disability in Patients with CHD after Coronary Artery Bypass Grafting for the Development of an Optimal Model of Rehabilitation]. *Mediko-sotsial'naya ekspertiza i reabilitatsiya* [Medical-Social Expertise and Rehabilitation], 2009, no. 1, pp. 22–24. (in Russ.)
26. Firsova I.V. *Kontseptsiya komplaentnosti v stomatologicheskoy praktike*. Aftoref. doct. diss. [The Concept of Compliance in Dental Practice. Abstract of doct. diss.]. Volgograd, 2009. 52 p.
27. Shal'nova S.A., Deev A.D. [Coronary Heart Disease in Russia: Prevalence and Treatment (According to Clinical and Epidemiological Studies)]. *Terapevticheskiy Arkhiv* [Therapeutic Archive], 2011, vol. 83, no. 1, pp. 7–12. (in Russ.)
28. Friedman D.B., Williams A.N., Levine B.D. Compliance and Efficacy of Cardiac Rehabilitation and Risk Factor Modification in the Medically Indigent. *Am J Cardiol*, 1997, vol. 79, pp. 281–285.
29. Hess P.L., Mi X., Curtis L.H. Follow-up of Patients with New Cardiovascular Implantable Electronic Devices: Is Adherence to the Experts' Recommendations Associated with Improved Outcomes? *Heart Rhythm*, 2013, vol. 10 (8), pp. 1127–1133.
30. McCrone S, Lenz E., Tarzian A., Perkins S. Anxiety and Depression: Incidence and Patterns in Patients after Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Appl Nurs Res*, 2001, vol. 14, no. 3, pp. 155–164.
31. Simpson S.H., Eurich D.T., Majumdar S.R. A Meta-Analysis of the Association between Adherence to Drug Therapy and Mortality. *BMJ*, 2006, vol. 333, pp. 15.
32. World Health Organization: Adherence to Longterm Therapies, Evidence for Action. Geneva, 2003. Available at: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/ (accessed 10.03.2015).
33. Yates B., Skaggs B., Parker J. Theoretical Perspectives on the Nature of Social Support in Cardiovascular Illness. *J Cardiovasc Nurs*, 1994, vol. 2, no. 1, pp. 1–15.

Received 22 February 2015

БИБЛИОГРАФИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ СТАТЬИ

Яковлева, М.В. Внутренняя картина болезни как фактор приверженности лечению после операции коронарного шунтирования / М.В. Яковлева, Е.И. Лубинская, Е.А. Демченко // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2015. – Т. 8, № 2. – С. 59–70.

REFERENCE TO ARTICLE

Iakovleva M.V., Lubinskaya C.I., Demchenko E.A., Internal Picture of the Disease as a Factor of Adherence to Treatment after Coronary Bypass Surgery. *Bulletin of the South Ural State University. Ser. Psychology*. 2015, vol. 8, no. 2, pp. 59–70. (in Russ.)
