

# Краткие сообщения

УДК 159.9.072.43+159.97  
ББК 88.4

## ОСОБЕННОСТИ АСТЕНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА<sup>1</sup>

*Д.А. Еремина*

В статье описаны основные результаты исследования астенических состояний больных ишемической болезнью сердца в процессе реабилитации после коронарного шунтирования. Было обследовано 38 пациентов отделения реабилитации «Федерального центра, сердца крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова». Исследование проводилось в два этапа: первый – через неделю после операции, второй этап – перед выпиской, т. е. на 14–16 день после перенесенного оперативного вмешательства. Изменялись: выраженность астенического состояния, встраиваемость в деятельность и истощаемость внимания, структура личностной и ситуативной тревоги, характеристики настроения, структура чувств индивида, уровень выраженности алекситимии, структура личности, структура отношения к болезни. Выраженность физиологических, эмоциональных и психомоторных проявлений астении значительно снижается за время реабилитации. Выраженность астенических проявлений тем больше, чем выше уровень ситуативной и личностной тревожности и чем ниже эмоциональная стабильность, личностные ресурсы, удовлетворенность жизнью. Динамика различных составляющих астенического состояния (то есть показатель эффективности проводимых реабилитационных воздействий) взаимосвязана с большинством изученных экспериментально-психологических характеристик, что открывает пути для повышения качества реабилитации больных и тем самым способы снижения выраженности астенических проявлений.

*Ключевые слова:* ишемическая болезнь сердца, коронарное шунтирование, астенические состояния, эмоциональное состояние.

**Актуальность исследования.** В настоящее время ишемическая болезнь сердца (ИБС) является одной из основных терапевтических проблем, и, согласно статистике Всемирной организации здравоохранения, она получила почти эпидемическое распространение в современном обществе. Основанием для этого послужила возрастающая частота заболеваний этой болезнью, высокий процент потери трудоспособности (Шляхто, 2008), а также то, что ИБС является одной из ведущих причин смертности населения индустриально развитых стран (в среднем 53 % случаев от числа всех сердечно-сосудистых заболеваний).

Многие авторы относят ИБС к «болезням цивилизации» (Бауман, Перре, 1998). В США в 80-е гг. смертность мужчин в возрасте 35–44 лет составила около 60 на 100 000 населения, причём соотношение умерших мужчин и

женщин в этом возрасте было примерно 5:1. К возрасту 65–74 лет общая смертность от ИБС лиц обоего пола достигла более 1600 на 100 000 населения, а соотношение между умершими мужчинами и женщинами этой возрастной группы снижалось до 2:1 (Смулевич, 2001).

На сегодняшний день операция шунтирования является одним из самых распространенных методов высокотехнологичного хирургического лечения больных сердечно-сосудистого профиля. Прогноз больных ИБС, перенесших подобное оперативное вмешательство, во многом зависит от адекватности проводимого амбулаторного лечения, от качества и своевременности диагностики клинических форм болезни, а также от особенностей личности и текущих психологических состояний.

<sup>1</sup> Исследование проведено за счет средств федерального бюджета, выделенных СПбГУ (№ госрегистрации гранта 01201357214).

Астенические состояния в совокупности с другими негативными эмоциональными состояниями оказывают значительное влияние на эффективность реабилитационного периода больных ИБС. Астения наблюдается у всех категорий населения, является следствием нарушения регуляции использования энергетических ресурсов. На долю связанных с астенией жалоб приходится более 60 % всех жалоб пациентов (Аведисова, 2004). Распространенность астении в общей популяции, по данным различных исследователей, колеблется от 10 до 45 % (Воробьева, 2009). Следует также отметить, что опрос среди 277 врачей разных специальностей из 26 городов России выявил, что более трети пациентов обращаются за помощью по поводу астении (Вознесенская и др., 2010), в том числе и пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Так, описывая астенический синдром у больных с атеросклерозом сосудов головного мозга, с гипертонической болезнью, зачастую практически невозможно разделить симптомы, относящиеся к астении или проявлениям соматических расстройств. Более того, астения усугубляет течение основного заболевания, а соматическая патология определяет характер симптомов астении, зачастую маскируя их под основную нозологию (Егорова, 2011).

Таким образом, актуальность данного исследования определяется тем, что, во-первых, прогноз больных ИБС, перенесших оперативное вмешательство, во многом зависит от адекватности проводимого амбулаторного лечения, от качества и своевременности диагностики клинических форм болезни, а также от особенностей личности и текущих психологических состояний, в том числе и астенических; во-вторых, в психологическом аспекте астенические состояния, их структура и динамика, а также связанные с ними эмоционально-аффективные, когнитивные и личностно-мотивационные характеристики больных ранее не изучались.

**Цель исследования.** Изучение клинико-психологических аспектов астенических состояний больных ИБС, получающих высокотехнологическое хирургическое лечение: их структуры, динамики, взаимосвязи с клиническими и эмоционально-личностными характеристиками больных.

**Методы исследования.** Подбор методов для проведения исследования структуры и динамики астенических состояний осуществ-

лялся с учетом био-психо-социального подхода и в соответствии с задачами исследования.

Клинико-психологический метод включал в себя:

- 1) анализ историй болезни;
- 2) включенное наблюдение (наблюдение за эмоциональным состоянием и поведенческими проявлениями больных в процессе реабилитации);
- 3) клинико-психологическую беседу;
- 4) специально разработанную карту обследования больного, включающую социально-демографические (пол, возраст, образование, семейное положение, трудоустройство), клинические (диагноз, длительность заболевания, сопутствующая патология и др.) и клинико-психологические характеристики (наличие психотравмирующей ситуации, характеристика семейных отношений, отношение к болезни).

Экспериментально-психологический метод был реализован с помощью специально составленного набора психодиагностических методик и техник:

1. Тест-опросник «Шкала астенических состояний», направленная на оценку степени выраженности астенического состояния (Рогов, 1999).

2. Патопсихологическая методика «Корректурная проба», направленная на определение уровня вработываемости в деятельность и истощаемости внимания (Вассерман и др., 1997).

3. «Интегративный тест тревожности», направленный на дифференцированную оценку тревоги как эмоционального состояния в данный момент времени и тревожности как устойчивой индивидуальной черты личности; в каждом случае анализируется общий показатель тревоги (тревожности) и показатели отдельных компонентов: эмоциональный дискомфорт, астенический компонент, фобический компонент, тревожная оценка перспектив и социальные реакции защиты (Бизюк и др., 2001).

4. Тест-опросник «Доминирующее состояние», предназначенный для определения характеристик настроений и некоторых других характеристик личностного уровня психических состояний с помощью субъективных оценок обследуемого. Основным назначением опросника является диагностика относительно устойчивых (доминирующих) состояний (Куликов, 2005).

5. Тест-опросник «Профиль чувств настроения», предназначенный для выявления структуры чувств индивида, в которой выделяются гедонические чувства (чувства удовольствия, наслаждения); астенические чувства (чувства бессилия, смятения, немощи); меланхолические чувства (гнетущие чувства, дистимические чувства) (Куликов, 2005).

**Материал исследования.** Исследование проводилось на базе «Федерального Центра сердца, крови эндокринологии им. В.А. Алмазова<sup>1</sup>. Исследовались больные, перенесшие высокотехнологическое хирургическое лечение, а именно операцию коронарного шунтирования (КШ). Исследование проводилось в два этапа: первый этап проводился на 7 день после операции, т. е. в первый день поступления больного на отделение реабилитации; второй этап проводился перед выпиской, т. е. на 14–16 день после перенесенного оперативного вмешательства.

Всего было исследовано 38 больных, из них 8 женщин и 30 мужчин, что составляет 21 % и 79 % соответственно. Данное соотношение обусловлено не намеренным отбором испытуемых, а тем, что высокотехнологическая медицинская помощь чаще оказывается лицам мужского пола. При этом средний возраст составляет 60 лет. Преобладающее большинство (37,5 %) испытуемых имеют среднее специальное образование, 34,4 % имеют среднее образование и только 28,1 % больных имеют высшее образование.

Следует также отметить, что 78,1 % испытуемых на момент обследования не работают (работали ранее) и только 21,9 % были трудоустроены.

Подавляющее большинство обследованных больных (75 %) состоят в браке, причем это их первый брак. 9,4 % не состоят в браке по причине утраты супруга, столько же состоят в повторном браке. 3,1 % испытуемых на момент обследования состояли в повторном браке и столько же не состояли в браке никогда.

Все больные были исследованы после перенесения ими КШ. Среди обследованных больных 70 % страдают от стенокардии напряжения III функционального класса, 20 % обследованных лиц имеют нестабильную сте-

нокардию и у 10 % была диагностирована стенокардия напряжения II функционального класса. 46,8 % испытуемых не имеют в анамнезе инфаркта, а 53,2 % перенесли хотя бы один инфаркт (в отдельных случаях число перенесенных инфарктов достигает трех); из них большая часть (34,4 % от всех больных) перенесли проникающий инфаркт и несколько меньшее количество больных (18,8 % от общего числа) – непроникающий инфаркт. У большей части больных (62,5 %) длительность заболевания составляет менее 5 лет, и 37,5 % обследованных лиц болеют уже более 5 лет.

Говоря в целом о социально-демографических и клинических данных больных ИБС, следует отметить, что это люди примерно 60 лет, имеющие преимущественно среднее или среднее специальное образование, как правило, состоящие в браке, при этом они склонны к ожирению и в их анамнезе присутствует значительное число различных заболеваний.

**Результаты исследования.** В результате проведенного клинико-психологического интервью было выявлено, что, по оценкам самих больных, их эмоциональное состояние во время пребывания в больнице значительно изменяется, но при этом носит несколько неоднозначный и зачастую не до конца понятный характер. Жалобы на состояние здоровья в основном касаются чувства усталости, головных болей, плохого сна. Наиболее обращающей на себя внимание жалобой психологического характера является неверие больных в собственные силы, ощущение невозможности хоть немного приблизиться к тому образу жизни, который они вели до болезни.

В ходе исследования динамики астенических состояний больных ИБС, перенесших операцию КШ, которое осуществлялось с помощью двух методик – опросника «Шкала астенических состояний» и патопсихологической методики «Корректирующая проба», было выявлено, что показатели астении у больных ИБС на седьмой день после перенесенной операции указывают на слабую выраженность астении. Эти же показатели через 2 недели после операции указывают уже на отсутствие астении (рис. 1). Также было установлено повышение вработываемости и снижение истощаемости внимания.

Исследование особенностей эмоционального состояния и его динамики в процессе восстановительного лечения больных ИБС,

<sup>1</sup> Выражаем особую благодарность за помощь в организации и проведении исследования ведущей отделением реабилитации ФЦСКЭ им. Алмазова, д. м. н., профессору Демченко Е.А.

перенесших операцию КШ, показало, что за период прохождения реабилитационного лечения у больных в среднем изменяется выраженность всех групп чувств.

Полученные данные указывают на то, что наиболее значимые изменения наблюдаются в сфере астенических чувств, что отражает эффективность проводимой реабилитации (рис. 2).

Различия в этой группе чувств были обнаружены на высоком уровне статистической значимости ( $p=0,000$ ). Важно подчеркнуть, что применительно, как к сфере гедонических ( $p=0,058$ ), так и сфере меланхолических чувств ( $p=0,171$ ) нет оснований говорить о статистически значимых изменениях выраженности этих чувств в послеоперационном периоде. Это объясняется тем, что в изучаемой выборке в приблизительно равновероятных случаях встречаются как снижения, так и возрастания этих групп чувств в процессе восстановительного лечения.

Также был выявлен ряд особенностей до-

минирующего эмоционального состояния, характерный для изучаемого контингента больных, который включает в себя свойственную больным усталость, несобранность, вялость, инертность, низкую работоспособность, выраженную склонность проявлять астенические реакции на возникающие трудности; склонность испытывать беспокойство в широком круге жизненных ситуаций, видеть угрозу престижу, благополучию, независимо от того, насколько реальны причины; им также свойственно ожидание событий с неблагоприятным исходом, предчувствие будущей угрозы (наказания, потери уважения или самоуважения) без ясного осознания ее источников; также у больных присутствует эмоциональная устойчивость, настроение не характеризуется беспричинной изменчивостью, но преобладает негативный эмоциональный тон; более того для обследованных лиц характерно пассивное отношение к жизненной ситуации, неверие в возможность успешного преодоления препятствий, в оценке многих

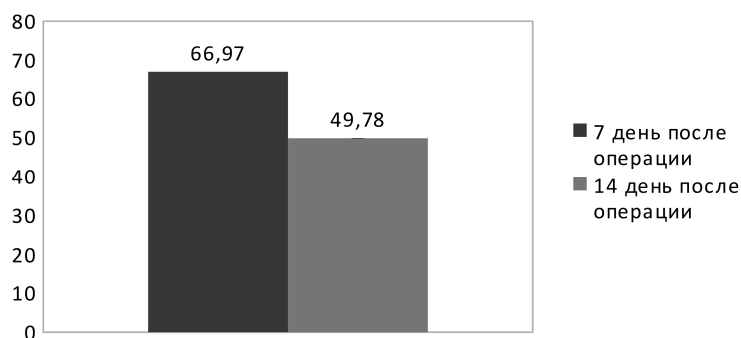


Рис. 1. Динамика астенических состояний больных ИБС (по данным методики ШАС), различия достоверны на уровне  $p=0,000$

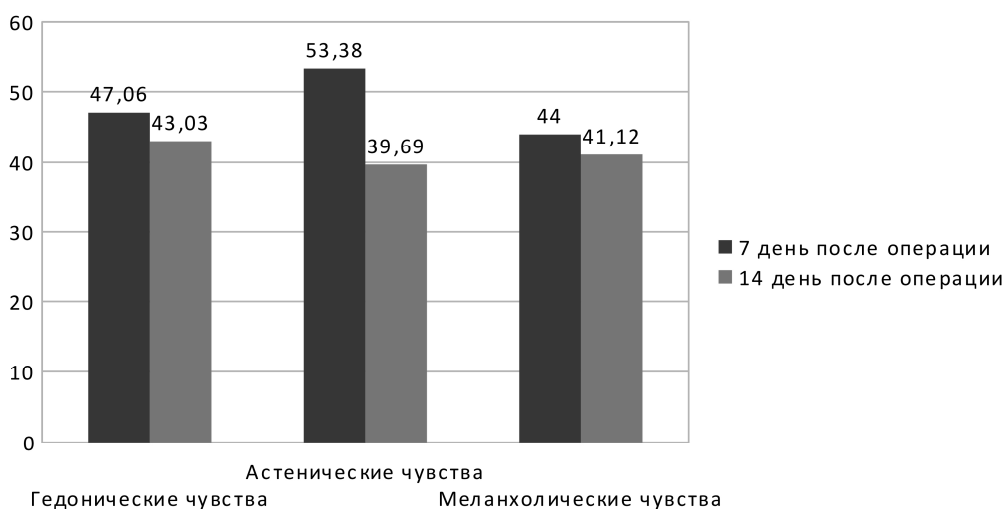


Рис 2. Динамика эмоционального состояния по методике ПЧН

## Краткие сообщения

жизненных ситуаций преобладает пессимистическая позиция.

Изучение основных компонентов личностной тревожности и динамики ситуативной тревоги проводилось с использованием методики «Интегративный тест тревожности». Для более детального и дифференцированного представления о структуре тревоги выявлено 5 факторов, интерпретируемых в качестве вспомогательных шкал: «Эмоциональный дискомфорт» (ЭД), «Астенический компонент» (АСТ), «Фобический компонент» (ФОБ), «Тревожная оценка перспективы» (ОП) и «Социальные реакции защиты» (СЗ). Полученные данные представлены на рис. 3.

Анализируя полученные данные, можно видеть, что среднее значение уровня личностной тревожности у обследованных лиц составляет 6,28 баллов (средняя степень выраженности), среднее значение ситуативной тревожности на первом этапе исследования – 4,13 баллов (умеренная тревожность) и на втором этапе исследования – 2,34 баллов (низкая степень выраженности). Таким образом, за период реабилитации общий показатель ситуативной тревожности значительно снижается.

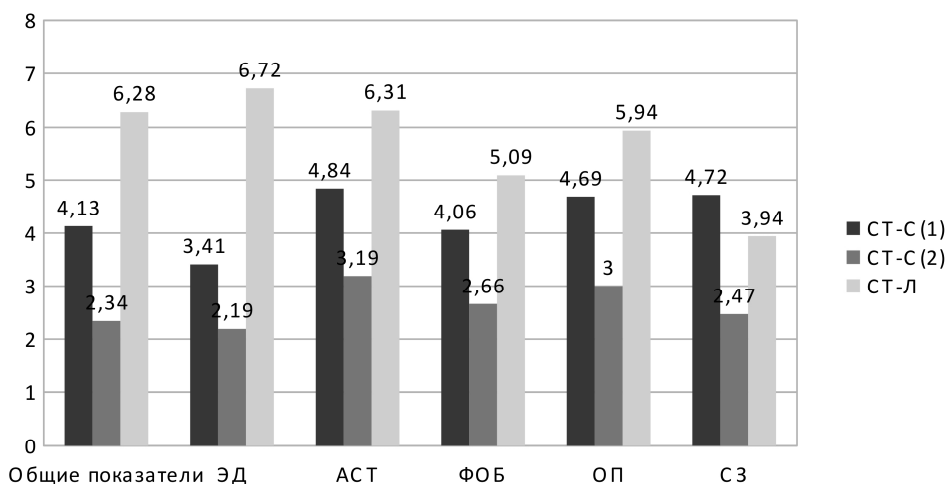
Далее рассмотрим структуру личностной тревожности изученных больных. Наибольшие средние значения – 6,72 и 6,31 баллов (повышенная степень выраженности) – были получены по вспомогательным шкалам ЭД и АСТ. Соответственно, больные в целом характеризуются глубинным эмоциональным дискомфортом, а также наличием состояния

сильной усталости, нарушений сна, астенизации. По остальным вспомогательным шкалам были получены значения, попадающие в диапазон умеренной степени выраженности личностной тревоги.

Переходя к рассмотрению показателей ситуативной тревожности, следует отметить, что на первом этапе исследования средние значения по всем вспомогательным шкалам находились в рамках умеренной тревожности, в то время как на втором этапе значения по вспомогательным шкалам ЭД, ФОБ, ОП и СЗ составили 2,19; 2,66; 3 и 2,47 баллов соответственно (т. е. отмечалась низкая степень выраженности тревоги). Следовательно, за время реабилитации показатели ситуативной тревожности значительно снижаются. Но в то же время показали по вспомогательной шкале АСТ остаются в зоне умеренной выраженности тревожности, что указывает на необходимость уделять большее внимание вопросам коррекции астенических состояний в процессе реабилитации после операции коронарного шунтирования.

Следующим этапом настоящего исследования явилось нахождение корреляций между показателями астенического состояния в первом периоде и другими психодиагностическими показателями. Результаты представлены в табл. 1.

Данные, приведенные в табл. 1, свидетельствуют о том, что выраженность астенической симптоматики повышается вместе с тем, как увеличивается возраст больных и повышается их эмоциональный дискомфорт.



**Рис. 3. Динамика ситуативной и личностной тревожности:**  
СТ-С(1) – показатель ситуативной тревожности на 7 день после операции;  
СТ-С(2) – показатель ситуативной тревожности на 14 день после операции;  
СТ-Л – показатель личностной тревожности

Таблица 1

**Результаты изучения взаимосвязи показателей астенического состояния в первом периоде с другими психодиагностическими показателями**

Психодиагностические методики	Психодиагностические показатели, возраст	Выраженность астенической симптоматики	Выраженность астенической группы чувств	Астенический компонент ситуативной тревоги
Отношение к болезни	Возраст	0,406*		
	Адекватный, сбалансированный тип	-0,533*		-0,666*
	Переоценивающий, ипохондрический тип	0,672**		0,484*
	Отрицающий, анозогнозический тип	-0,584*		
Доминирующее состояние	Тонус: высокий – низкий	-0,439*	-0,510**	
	Удовлетворенность – неудовлетворенность жизнью в целом (ее ходом, процессом самореализации)	-0,437*	-0,610**	
	Устойчивость – неустойчивость эмоционального тона	-0,588**		-0,423*
	Активное – пассивное отношение к жизненной ситуации	0,588**	0,588**	
Личностная тревожность	Общий показатель		0,422*	0,363*
	Эмоциональный дискомфорт	0,371*	0,400*	
	Астенический компонент		0,460**	0,381*
	Фобический компонент			
Выраженность астенической симптоматики	На первом этапе		0,433*	0,467**
	На втором этапе	0,832**	0,425*	0,501**
Профиль чувств настроения	Выраженность астенической группы чувств на первом этапе	0,433*		
	Выраженность астенической группы чувств на втором этапе		0,795**	
	Выраженность меланхолической группы чувств на первом этапе	0,385*	0,595**	
Ситуативная тревога	Общий показатель на первом этапе	0,372*	0,434*	0,582**
	Общий показатель на втором этапе	0,440*	0,522**	
Ситуативная тревога	Эмоциональный дискомфорт на первом этапе	0,373*	0,468**	0,363*
	Эмоциональный дискомфорт на втором этапе	0,513**	0,378*	
	Астенический компонент на первом этапе	0,467**		
	Астенический компонент на втором этапе	0,582**	0,373*	0,573**
	Фобический компонент на первом этапе		0,451**	
	Фобический компонент на втором этапе	0,593**	0,617**	
	Тревожная оценка перспективы на первом этапе			0,359*
	Тревожная оценка перспективы на втором этапе		0,454**	

Преобладание ипохондрического типа отношения к болезни (по данным структурированного интервью) положительно коррелирует с выраженностью астении. То есть пожилой возраст, неудовлетворенность своим эмоциональным состоянием, а также гипернозогнозический тип отношения к болезни значимо увеличивают выраженность изучаемого фе-

номена. Выраженность астенической симптоматики в первом периоде также возрастает пропорционально повышению показателей астенических и меланхолических чувств в структуре общего профиля чувств. Повышение показателей ситуативной и личностной тревоги (таких как астенический и фобический компоненты ситуативной тревоги) также

значимо связано с выраженностью астенической симптоматики. Также были обнаружены отрицательные корреляции со следующими показателями доминирующего эмоционального состояния: «тонус: высокий – низкий», «удовлетворенность – неудовлетворенность жизнью в целом» и «устойчивость – неустойчивость эмоционального тона».

Как показано в табл. 1, выраженность астенической группы чувств в первом периоде положительно коррелирует с выраженностью астенической симптоматики, как непосредственно после операции, так и через 2 недели после нее. Была обнаружена положительная взаимосвязь между выраженностью астенической группы чувств и показателями личностной и ситуативной тревоги. Отрицательные корреляции данного показателя были установлены с двумя компонентами доминирующего эмоционального состояния: «тонус: высокий – низкий» и «удовлетворенность – неудовлетворенность жизнью в целом». Кроме того, было обнаружено, что повышения уровня выраженности астенической группы чувств в первом периоде значимо связано с этим же показателем, но уже измеренном во втором периоде.

Анализ табл. 1 позволяет сделать вывод о наличии положительной корреляции между астеническим компонентом ситуативной тревоги и выраженностью астенической симптоматики на первом этапе исследования, а также различными компонентами личностной тревожности и ситуативной тревоги в обоих периодах. Была выявлена положительная взаимосвязь между астеническим компонентом ситуативной тревоги и переоценивающим типом отношения к болезни, а также отрицательная корреляция с адекватным типом отношения к болезни.

В ходе корреляционного анализа были также изучены корреляции между показателями астенического состояния во втором периоде и психодиагностическими показателями. Результаты представлены в табл. 2.

Данные, приведенные в таблице 2, свидетельствуют о том, что выраженность астенической симптоматики во втором периоде положительно коррелирует с возрастом больных, показателями личностной тревожности (общий показатель, астенический и фобический компоненты), выраженность астенических и меланхолических чувств, а также со всеми показателями ситуативной тревоги. Отрицательные корреляции были установлены со следующими показателями доминирующе-

го эмоционального состояния: «тонус: высокий – низкий», «удовлетворенность – неудовлетворенность жизнью в целом» и «устойчивость – неустойчивость эмоционального тона», «активное – пассивное отношение к жизненной ситуации».

Выраженность астенической группы чувств во втором периоде положительно взаимосвязана с возрастом больных, общим показателем личностной тревожности, выраженностью астенической симптоматики на втором этапе, выраженностью астенической и меланхолической группы чувств в первом периоде и с показателями ситуативной тревоги.

Как видно из табл. 2 астенический компонент ситуативной тревоги отрицательно коррелирует с показателями адекватного и анозогнозического типов отношения к болезни. Положительные корреляции были выявлены с возрастом, выраженностью астенической симптоматики на первом и втором этапах, показателями личностной и ситуативной тревоги.

Корреляционный анализ был продолжен рассмотрением взаимосвязи между разностными психомоторными показателями астении, разностными показателями эмоциональной сферы, динамикой выраженности астенической симптоматики и другими психодиагностическими показателями.

Изучение взаимосвязи между разностными психомоторными показателями астении и другими психодиагностическими показателями показало, что динамика индекса утомляемости тем лучше, чем больше выражены социальные реакции защиты и чем больше индекс утомляемости на первом этапе исследования. Динамика времени выполнения задания тем лучше, чем меньше выражен эмоциональный дискомфорт как компонент личностной тревожности, меньше выражен астенический компонент ситуативной тревоги во втором периоде и чем больше время выполнения задания в первом периоде.

Результаты изучения взаимосвязи между разностными показателями эмоциональной сферы и другими психодиагностическими показателями позволяют сделать вывод о том, что динамика выраженности астенической группы чувств тем лучше, чем ниже эмоциональная стабильность и менее сформирован образ самого себя, а также чем выше выраженность астенической группы чувств на первом этапе. Динамика астенического компонента ситуативной тревоги отрицательно коррелирует с выраженностью фобического ком-

Результаты изучения взаимосвязи показателей астенического состояния во втором периоде с психодиагностическими показателями

Психодиагностические методики	Психодиагностические показатели, возраст	Выраженность астенической симптоматики	Выраженность астенической группы чувств	Астенический компонент ситуативной тревоги
Отношение к болезни	Возраст	0,374*	0,542**	0,413*
	Адекватный, сбалансированный тип	-0,561*		-0,566*
	Переоценивающий, ипохондрический тип	0,618**		0,704**
	Отрицающий, анозогнозический тип	-0,572*		-0,491*
Доминирующее состояние	Тонус: высокий — низкий	-0,509**		-0,473**
	Удовлетворенность — неудовлетворенность жизнью в целом (ее ходом, процессом самореализации)	-0,383*	-0,478**	-0,382*
	Устойчивость — неустойчивость эмоционального тона	-0,612**		
	Активное — пассивное отношение к жизненной ситуации	-0,613**		
Личностная тревожность	Общий показатель	0,363*	0,409*	0,356*
	Эмоциональный дискомфорт	0,445*		0,393*
	Астенический компонент	0,379*		
	Фобический компонент	0,374*		0,368*
Выраженность астенической симптоматики	На первом этапе	0,832**		0,582**
	На втором этапе		0,374*	0,683**
Профиль чувств настроения	Выраженность астенической группы чувств на первом этапе	0,425*	0,795**	0,373*
	Выраженность астенической группы чувств на втором этапе	0,374*		0,433*
	Выраженность меланхолической группы чувств на первом этапе	0,406*	0,455**	
Ситуативная тревога	Общий показатель на первом этапе	0,597**	0,452**	0,510**
	Общий показатель на втором этапе	0,542**	0,606**	0,423*
Ситуативная тревога	Эмоциональный дискомфорт на первом этапе	0,574**	0,472**	0,572**
	Эмоциональный дискомфорт на втором этапе	0,521**	0,455**	
	Астенический компонент на первом этапе	0,501**		0,573**
	Астенический компонент на втором этапе	0,683**	0,433*	
	Фобический компонент на первом этапе	0,495**	0,475**	
	Фобический компонент на втором этапе	0,678**	0,681**	0,636**
	Тревожная оценка перспективы на первом этапе	0,452**	0,425*	
	Тревожная оценка перспективы на втором этапе	0,446*	0,489**	

понента личностной тревожности. Также динамика астенического компонента ситуативной тревоги тем лучше, чем больше выражен астенический компонент ситуативной тревоги в первом периоде и тем хуже, чем больше выражен астенический компонент ситуативной тревоги во втором периоде.

Также следует отметить, что динамика выраженности астенической симптоматики отрицательно коррелирует с выраженностью фобического компонента личностной тревоги и социальными реакциями защиты, а положительно коррелирует с выраженностью астенической симптоматики на первом этапе.



### Литература

1. Аведисова, А.С. Антиастенические препараты как терапия первого выбора при астенических расстройствах / А.С. Аведисова // РМЖ. Неврология. Психиатрия. – 2004. – Т. 12. – № 22.
2. Бауман, У. Клиническая психология / У. Бауман, М. Перре. – СПб.: Питер, 1998. – 965 с.
3. Бизюк, А.П. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ): метод. рекомендации / А.П. Бизюк, Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев. – СПб., 2005. – 16 с.
4. Вассерман, Л.И. Методы нейропсихологической диагностики: практическое руководство / Л.И. Вассерман, С.А. Дорофеева, Я.А. Меерсон. – СПб.: Стройлеспечатъ, 1997. – 303 с.
5. Вознесенская, Т.Г. Лечение астенических расстройств у пациентов с психовегетативным синдромом (результаты многоцентрового исследования эффективности и переносимости ладастена) / Т.Г. Вознесенская, Н.М. Фокина, Н.Н. Яхно // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2010. – № 5. – С. 17–25.
6. Воробьева, А.А. Астенические состояния: эффективная и безопасная терапия / А.А. Воробьева // РМЖ. Неврология. Психиатрия. – 2009. – Т. 17. – № 20.
7. Егорова, Н.А. Астенический синдром у больных ИБС: место метаболических средств / Н.А. Егорова // РМЖ. Кардиология. – 2011. – Т. 19. – № 4.
8. Куликов, Л.В. Руководство к методам диагностики психических состояний, настроений и сферы чувств / Л.В. Куликов. – СПб., 2005. – 64 с.
9. Рогов, Е.И. Настольная книга практического психолога: в 2 кн. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1999. – Кн. 2.
10. Смулевич, А.Б. Депрессии в общей медицине: руководство для врачей / А.Б. Смулевич. – М.: Медицинское информационное агентство, 2001. – 256 с.
11. Шляхто, Е.В. Кардиология Санкт-Петербурга / Е.В. Шляхто. – СПб., 2008. – 286 с.

Еремина Дарья Алексеевна, аспирант кафедры медицинской психологии и психофизиологии, Санкт-Петербургский государственный университет, plombirat@gmail.com

**Bulletin of the South Ural State University  
Series "Psychology"  
2013, vol. 6, no. 4, pp. 122–130**

## CHARACTERISTICS OF ASTHENIC CONDITIONS OF PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE AFTER MYOCARDIAL REVASCULARIZATION

*D.A. Eremina, Saint Petersburg State University, St. Petersburg, Russian Federation, plombirat@gmail.com*

The paper presents the main results of the study of asthenic states of patients with ischemic heart disease during rehabilitation after coronary bypass surgery. 38 patients undergoing treatment at the department of rehabilitation, of the V.A. Almazov Federal Center of heart, blood and endocrinology were examined. The study was conducted in two stages: the first one in a week after the operation, the second stage before the discharge, which means 14–16 days after the surgery. The following characteristics were measured: severity of asthenic states, exhaustion of attention, structure of personal and situational anxiety, mood characteristics, structure of the individual senses, level of severity of alexithymia, personality structure, structure of relation to disease. Results. The severity of the physiological, emotional, and psychomotor manifestations of asthenia was significantly reduced during rehabilitation. Asthenic manifestations the more expressive, the higher the level of situational and personal anxiety and the lower emotional stability, personal resources, and satisfaction with life. The dynamics of various components of asthenic conditions (indicating the effectiveness of rehabilitation actions) correlates with the majority of the experimental-psychological characteristics under study. This opens the way to improving the quality of rehabilitation and, consequently, to reducing the severity of asthenic manifestations.

*Keywords: coronary heart disease, coronary bypass surgery, asthenic states, emotional state.*

*Поступила в редакцию 6 сентября 2013 г.*