

Т.В. Демченко¹, Е.Р. Исаева¹, Е.А. Демченко², А.А. Великанов²

ГЕРОТРАНСЦЕНДЕНТНОСТЬ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ И ПОВТОРНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

¹ Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова (Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8);

² Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова (Россия, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2)

Актуальность исследования определяется распространностью сердечно-сосудистой патологии и высокой смертностью от нее во всем мире, что делает данную нозологическую группу одной из важнейших проблем мирового здравоохранения. Из всех сердечно-сосудистых заболеваний наиболее высокая летальность наблюдается в результате ишемической болезни сердца (ИБС). ИБС ассоциирована с пожилым возрастом, что также объясняет актуальность изучения именно этой возрастной группы.

Цель. Изучение факторов оптимального старения у пожилых пациентов с ИБС, осложненной инфарктом миокарда (ИМ), в сравнении с условно здоровой выборкой пожилых пациентов.

Методология. Применялись следующие методики: гериатрическая шкала депрессии (GDS-30); опросник геротрансцендентных изменений О.Ю. Стрижицкой (ОГИ); методика «Семантический дифференциал времени» Л.И. Вассермана (СДВ); российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25).

Объект. Пациенты пожилого возраста с установленным диагнозом «ИБС, осложненная ИМ» (I21 и I22).

Предмет. Оптимальное старение в условиях тяжелого соматического заболевания.

Результаты и их анализ. Были выделены следующие факторы оптимального старения пожилых пациентов с ИБС, осложненной ИМ: первичность/повторность события (−10,716), восприятие будущего (−3,485), давность первого (предшествующего) события (ИМ) (+1,335), уровень депрессии (−0,994), восприятие прошлого времени (−0,038) и психологическое благополучие (+0,088).

✉ Демченко Татьяна Владимировна – ассистент каф. общей и клинич. психологии, Первый С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова (Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8), e-mail: dtvperm@yandex.ru, SPIN: 8335-7418;

Исаева Елена Рудольфовна – д-р психол. наук проф., зав. каф. общей и клинич. психологии, Первый С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова (Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8), e-mail: isajeva@yandex.ru, ORCID: 0000-0002-7731-7693, SPIN: 8335-7418;

Великанов Арсений Апетович – канд. психол. наук, доц., каф. гуманит. наук, отд-ние психологии, Нац. мед. исслед. центр им. В.А. Алмазова (Россия, 197341, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2), e-mail: arsen.velikanov@gmail.com;

Демченко Елена Алексеевна – д-р мед. наук проф., руководитель науч.-клинич. объединения реабилитации, проф. каф. внутр. болезней ин-та мед. образования, Нац. мед. исслед. центр им. В.А. Алмазова (Россия, 197341, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2), e-mail: demchenko@almazovcentre.ru, SPIN: 7554-6851

Заключение. Основные психотерапевтические мишины в работе с пожилыми пациентами с ИБС, осложненной ИМ: гармонизация восприятия будущего времени и нормализация социального функционирования пациентов.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, геротрансцендентность, факторы оптимального старения, приверженность лечению.

Введение

Старение – специфический и необратимый процесс, который является универсальным и генетически запрограммированным, а его скорость и качество в большей степени зависят от образа жизни человека. Возрастные границы периода старости (по ВОЗ): 60–75 лет – пожилой возраст; 75–90 лет – старческий возраст; от 90 лет – долголетие [1]. Согласно ВОЗ, число пожилых людей (старше 60 лет) в мире в 2019 году составляло 1 млрд. человек, к 2030 году эта цифра вырастет до 1,4 млрд., а к 2050 – до 2,1 млрд. человек. Таким образом, количество людей пожилого возраста с каждым годом будет увеличиваться, что ставит перед государством задачу адаптировать структуру общества под нужды данной группы [1].

С древних времен старение было периодом жизни человека, с которым он отчаянно боролся и который всячески старался предотвратить. На сегодняшний день старение по-прежнему сопровождается большим количеством негативных стереотипов, которые нередко вызывают страх и отторжение. Несмотря на подобное отношение к этому возрастному периоду, представления о старении претерпели немало изменений за последнее столетие.

В начале XX века в научной литературе доминировала *дефицитарная* парадигма старения, согласно которой все негативные проявления старости – естественный процесс, а основная задача старости – смирение со всеми негативными изменениями.

В конце XX века на смену дефицитарной парадигме приходит *компенсаторная*, согласно которой сохранные ресурсы человека (когнитивные, соматические, социальные, личностные) способны компенсировать негативные изменения, вызванные старением. Основной задачей в рамках данной парадигмы становится компенса-

ция снижения и затухания функций, с которыми неизбежно сталкивается человек в процессе старения. Недостатком данной парадигмы является то, что основной упор делается на компенсацию потерь, а вопросы качества жизни и дальнейшего развития не раскрываются.

На современном этапе развития геронтологии стоит на пороге *дивидендной* парадигмы старения, в рамках которой не просто признаются компенсаторные возможности организма, но подчеркивается потенциал развития человека. Старение не сводится лишь к компенсации нарушений, а обладает потенциалом развития [9–11].

Центральным звеном дивидендной парадигмы является теория *геротрансцендентности*, которая рассматривает период старения как «своеобразный и уникальный период, принципиально отличающийся от периода взрослоти». Согласно данной теории, происходит ряд внутренних индивидуально-личностных трансформаций, связанных с переходом от периода взрослоти к периоду старения, в результате чего у человека формируется новое мироощущение. Это заключительная стадия возможного естественного продвижения к созреванию и мудрости [14, 15]. По словам Торнстама, геротрансцендентность есть трансцендентность (расширение, углубление) границ и барьеров, которые ограничивали человека на предыдущих этапах жизни. Данная трансформация происходит на трех уровнях:

1. Личностное измерение. Изменение отношения к своему телу (здоровье и внешний вид), гармоничная оценка имеющихся физических возможностей.

2. Социальное измерение. Естественное снижение количества социальных контактов, предпочтительное общение с эмоционально близкими людьми, уход от дилемматической оценки окружающих людей.

3. Генерализованное мировосприятие (философское измерение). Ретроспективный анализ жизни, принятие своего жизненного пути и смерти как закономерной части жизни.

По мнению Стрижицкой О.Ю., геротрансцендентность напрямую связана с такими феноменами, как эмоциональная стабильность, психологическое благополучие и положительное восприятие времени своей жизни (рис. 1). Она также полагает, что данные феномены определяют оптимальное старение пожилых людей (факторы оптимального старения), т.е. при нормальном старении у большинства эти факторы должны оставаться на высоком уровне. Оптимальное старение – один из терминов, применяющихся для описания позитивных тенденций периода старения, который учитывает собственные индивидуальные ресурсы пожилого человека и его собственные уникальные задачи, интересы и приоритеты в данный возрастной период.

Исследования геротрансцендентности, выполненные Стрижицкой О.Ю., проводились на выборке условно здоровых пожилых людей [10]. Однако для пожилого возраста характерно многообразие хронических соматических заболеваний. Гармоничное (оптимальное) старение в условиях длительного недомогания или болезни, на наш взгляд, будет определяться не только факторами, описанными в работах Стрижицкой О.Ю.,

Торнстама Л. и др., но и характеристиками состояния здоровья, уровнем функционирования, наличием социальной поддержки, а также отношением человека к своему здоровью и лечению.

В России, как и во всем мире, сердечно-сосудистая патология занимает первое место в структуре заболеваемости пожилых людей. На сегодняшний день сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются главной причиной смерти россиян (47 % всех случаев смерти). Лидирующую позицию в структуре причин смерти от ССЗ занимает ишемическая болезнь сердца (ИБС), ежегодная смертность от которой составляет 27 % всего населения России. Согласно исследованиям Драпкиной О.М. и Самородской И.В., средний возраст смерти от ИБС у мужчин составил 67 лет, а у женщин – 76 лет. Вместе с тем известно, что пациенты с ИБС составляют одну из наиболее сложных категорий больных в силу их низкой приверженности лечению [5–7]. Основной причиной ИБС является атеросклероз коронарных артерий, который обычно развивается длительное время бессимптомно, поэтому представляет опасность с точки зрения возникновения внезапных острых состояний и высокой вероятности смерти. Иногда, даже после случившегося инфаркта миокарда (ИМ), пациенты недостаточно осознают опасность своего заболевания, продолжая придерживаться привычного образа



Рис. 1. Модель оптимального старения (по Стрижицкой О.Ю.)

жизни, пренебрегая назначениями врача [12, 13]. В связи с этим в медицинской практике в течение многих лет актуальной остается проблема высокой летальности от сердечно-сосудистых заболеваний (в т.ч. ИМ).

Одним из аспектов решения данной проблемы является поиск психологических факторов, которые могли бы способствовать приверженному поведению пациентов с хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями, поскольку приверженность лечению – одно из важнейших условий его эффективности и увеличения продолжительности жизни [5, 8, 12, 13]. Известно влияние личностных особенностей, отношения к болезни, копинг-стратегий на формирование приверженности лечению у пациентов кардиологического профиля [2, 3], но геротрансцендентность в этом аспекте изучена мало. На наш взгляд, факторы оптимального старения, в т. ч. геротрансцендентность, могут оказывать влияние на уровень приверженности лечению, на мотивацию к выполнению рекомендаций врача. Таким образом, оптимальное старение и его компоненты могут стать значимой мишенью в коррекционной работе с пациентами с ИБС, осложненной ИМ.

Цель исследования заключалась в изучении факторов оптимального старения у пожилых пациентов с ИБС, осложненной ИМ (I21 и I22), в сравнении с условно здоровой выборкой пожилых пациентов.

Выборка участников исследования. В исследовании приняли участие 60 пациентов пожилого возраста; средний возраст – $70,9 \pm 9,5$ года, 57% (34 чел.) – мужчины с установленным диагнозом «ишемическая болезнь сердца», первичный/повторный инфаркт миокарда (I21 и I22) в подостром периоде. Все обследованные проходили второй этап реабилитации после перенесенного ИМ в ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова».

Критерии включения в исследование: пожилой и старческий возраст (по критериям ВОЗ) – от 61 до 90 лет; когнитивная сохранность (не менее 24 баллов по тесту MoCA); установленный диагноз «ишемическая болезнь сердца», острый/повторный инфаркт миокарда (I21 и I22).

Критерии невключения в исследование: возраст моложе 61 года; признаки когнитивного снижения (менее 24 баллов по тесту MoCA); наличие коморбидных психических расстройств.

Материал и методы

Психодиагностические методики: гериатрическая шкала депрессии (GDS-30), опросник геротрансцендентных изменений О.Ю. Стрижицкой (ОГИ); методика «Семантический дифференциал времени» Л.И. Вассермана (СДВ); российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25).

Методы статистической обработки данных: t-критерий Стьюдента для сравнения с нормативными показателями; коэффициент корреляции Спирмена для выявления статистически значимых взаимосвязей; множественный линейный регрессионный анализ для выявления факторов геротрансцендентности. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы IBM SPSS Statistics 20.

Результаты и их анализ

Для определения компонентов оптимального старения в условиях тяжелого соматического заболевания были изучены показатели указанных параметров у пациентов с ИБС после перенесенного ИМ в сравнении с нормативными данными с помощью t-критерия Стьюдента. Результаты анализа представлены в табл. 1.

Из табл. 1 видно, что у пожилых пациентов, принимавших участие в исследовании на втором этапе реабилитации после перенесенного ИМ, субъективная оценка своего *психологического благополучия* сохраняется на высоком уровне, несмотря на вызванные болезнью ограничения здоровья. По-прежнему высоко оцениваются пациентами: уровень своей автономии и независимости, возможность управления средой (бытовая деятельность, передвижение, управление транспортом и пр.), уровень общения и со-

Таблица 1

Средние показатели психологических характеристик пожилых с ИБС, осложненной ИМ, с нормативными показателями

Психологические характеристики	Pациенты N = 60 чел	Норма	Уровень значимости, p
	M ± SD		
Опросник геротрансцендентных изменений (ОГИ)			
Личностное измерение	33,2 ± 5,6	36–41	0,000
Социальное измерение	29,1 ± 6,6	32–36	0,000
Генерализованное мировосприятие	25,4 ± 5,4	28–33	0,000
Геротрансцендентность (интегративный показатель)	87,6 ± 14,4	97–109	0,000
Гериатрическая шкала депрессии (GDS-30)			
Депрессия	9,7 ± 6,1	≤ 9	–
Шкала психологического благополучия (К. Рифф)			
Позитивные отношения с другими	59,5 ± 8,5	≥ 57	–
Автономия	57,1 ± 7,2	≥ 52	0,000
Управление средой	58,8 ± 7,8	≥ 55	0,003
Личностный рост	55,4 ± 7,1	≥ 56	–
Цели в жизни	54,9 ± 9,8	≥ 58	0,050
Самопринятие	56,3 ± 8,9	≥ 53	0,024
Психологическое благополучие (интегративный показатель)	342,1 ± 39,6	≥ 335	0,000
Семантический дифференциал времени (СДВ)			
Восприятие прошлого времени	21,6 ± 4,3	≥ 16	0,000
Восприятие настоящего времени	18,9 ± 4,4	≥ 16	0,000
Восприятие будущего времени	23,5 ± 2,9	≥ 16	0,000
КОП-25			
Приверженность к лечению	39,0 ± 11,9	≥ 51	0,000

циальной активности. Ниже нормативных показателей оказался только параметр «Наличие цели в жизни», что закономерно связано с ограничениями, вызванными состоянием здоровья и, вероятно, с осознанием риска возможных рецидивов болезни в будущем. Как ни парадоксально, но временная перспектива достаточно высоко оценивалась пациентами исследуемой выборки, где наиболее высокие значения относились к параметру «Восприятие своего будущего времени» ($p < 0,0001$). То есть у пациентов нереалистично высокие представления о своем будущем (см. табл. 2). Эмоциональное состояние пациентов характеризовалось отсутствием признаков клинически выраженной депрессии и не отличалось от нормативных показателей. Обращает на себя внимание

низкий уровень геротрансцендентности в данной группе пациентов. Он статистически значимо ($p < 0,0001$) отличается от уровня геротрансцендентности большинства условно здоровых людей пожилого и старческого возраста (по данным исследования Стрижицкой О.Ю.).

По мнению таких авторов, как Торнстан и Паттон, геротрансцендентность характеризует уровень зрелости личности, сформированность личностной позиции в отношении своего возраста, принятие своих возрастных изменений и ограничений, новую систему взглядов (мировоззрение) и отношение к окружающим. Снижение показателей геротрансцендентности и ее компонентов у пациентов исследуемой группы может говорить о непринятии ими возрастных изме-

нений, происходящих на телесном, социальном и мировоззренческом уровнях.

Пациенты после перенесенного ИМ имеют низкую мотивацию к лечению и соблюдению врачебных рекомендаций, что увеличивает риск рецидива болезни: установлены низкие показатели приверженности лечению (39 баллов при норме < 51 балла). Мы предполагаем, что низкая приверженность лечению может быть связана с чрезмерно оптимистичным восприятием будущего времени пациентов, что формирует нереалистичную картину будущего.

Для изучения внутренних взаимосвязей компонентов оптимального старения у пациентов с ИБС, осложненной ИМ, был проведен корреляционный анализ. Результаты анализа представлены на рис. 2.

Установлены взаимосвязи геротрансцендентности и ее компонентов с приверженностью лечению, возрастом и восприятием будущего времени. Высокие показатели геротрансцендентности связаны с более молодым возрастом ($r = -0,341$, $p \leq 0,05$) и снижаются с его увеличением. Данный результат является важным дополнением к концепции геротрансцендентности в исследованиях Стрижицкой О.Ю., согласно которым все критерии оптимального старения (в т.ч. и геротрансцендентность) остаются неизменными на разных возрастных этапах (зрелый, пожилой и старческий воз-

раст). Важно отметить, что показатели возраста связаны только с одним компонентом геротрансцендентности – «социальным измерением» ($r = -0,342$, $p \leq 0,05$). При высоких показателях социального измерения в пожилом возрасте происходит пересмотр социального взаимодействия, переоценка имеющихся социальных контактов и сохранение тех, которые будут способствовать эмоциональному благополучию, что может приводить к сужению социального круга. Низкие показатели данного компонента в группе пациентов могут быть связаны с нежеланием снижать количество коммуникаций либо с нехваткой эмоциональной близости во взаимодействии. Поскольку в условиях ИБС с возрастом увеличивается количество ИМ в анамнезе ($r = 0,322$, $p \leq 0,001$), возрастает и количество госпитализаций пациентов. Мы предполагаем, что в данных условиях пациенты вынуждены снижать свою социальную и трудовую активность, у них сужается круг контактов, снижается удовлетворенность от взаимодействия и, соответственно, снижается социальное измерение геротрансцендентности. Снижение данного компонента и приводит, по нашему мнению, к уменьшению интегративного показателя геротрансцендентности (см. табл. 1).

Выявлена прямая взаимосвязь геротрансцендентности с приверженностью лечению ($r = 0,469$; $p \leq 0,001$). Высокая мо-



Рис. 2. Результаты корреляционного анализа (корреляционная плеяды) факторов оптимального старения, клинических и социально-демографических характеристик

тивация к лечению и соблюдению врачебных рекомендаций связана с более зрелым и адаптивным восприятием своего возрастного периода. Поскольку приверженность лечению – это стремление к восстановлению своего состояния здоровья и соблюдению рекомендаций врача, то подтверждаются результаты исследований Стрижицкой О.Ю., согласно которым адекватная оценка своего возрастного периода и забота о здоровье являются одним из эффектов геротрансцендентности пожилого человека. Все это делает формирование геротрансцендентности значимой и важной задачей зрелого возраста, успешное решение которой на следующем этапе (в пожилом возрасте) будет повышать мотивацию к сохранению здоровья и соблюдению медицинских рекомендаций.

Важным результатом исследования является установление обратной связи *геротрансцендентности* с показателями *восприятия будущего времени* ($r = -0,345$; $p \leq 0,05$) у пациентов после перенесенного ИМ. Чем выше показатели геротрансцендентности, тем ниже показатели восприятия будущего времени во временной перспективе личности у пациентов. Формирование слишком позитивных и нереалистичных представлений о своем будущем без учета влияния актуального соматического состояния, отказ от коррекции своей активности в условиях заболевания были связаны с незрелым представлением о своем возрастном периоде. Следует отметить, что в группе пациентов с ИБС *геротрансцендентность* напрямую связана только с показателями *восприятия будущего времени* своей жизни, и опосредованно, через этот параметр, осуществляется взаимосвязь геротрансцендентности с остальными факторами оптимального старения (восприятие настоящего и прошлого времени, психологическое благополучие и уровень депрессии). Мы предполагаем, что в условиях ИБС восприятие будущего времени является наиболее значимым и чувствительным к негативному воздействию заболевания компонентом оптимального старения, что подтверждается регрессионным анализом (см. табл. 2).

Как видно на рис. 2, чем ниже уровень депрессии и выше субъективный уровень психологического благополучия, тем позитивнее воспринимается временная перспектива в целом и оценка будущего времени и тем ниже интегративный показатель геротрансцендентности. Усиление депрессии после перенесенного ИМ в пожилом возрасте связано с ухудшением психологического благополучия, снижением оценки перспектив будущего и, как следствие, высокими показателями геротрансцендентности. Следовательно, более зрелое восприятие себя и своего возрастного периода жизни у пациентов после ИМ сопровождается более реалистичной оценкой своего здоровья и негативным восприятием временной перспективы жизни. Важно подчеркнуть, что с временной перспективой связана выраженная депрессивная симптоматика, а не клинические характеристики заболевания.

Особый интерес представляет связь геротрансцендентности, восприятия будущего времени и приверженности лечению. Как обсуждалось ранее, в исследуемой выборке пациентов интегральный показатель геротрансцендентности тесно связан с приверженностью лечению ($r = 0,469$, $p \leq 0,05$). При этом приверженность лечению ($r = -0,457$, $p \leq 0,001$) и геротрансцендентность ($r = -0,346$, $p \leq 0,05$) отрицательно связаны с восприятием будущего. То есть отсутствие зрелого понимания своего возрастного этапа жизни, недостаточное осознание опасности последствий имеющегося заболевания, радужные представления о своих возможностях и планах на будущее – эти личностные особенности могут являться причинами низкой приверженности лечению и низкой мотивации к соблюдению врачебных рекомендаций.

Важно отметить, что именно социальное измерение геротрансцендентности связано с оценкой будущего времени и приверженности лечению (рис. 2), что подтверждает значимость социальных контактов, сохранение социальной активности и наличие эмоционально близких отношений для пациентов данного профиля.

Таким образом, гармонизация геротрансцендентности (в особенности ее социаль-

Таблица 2

Результаты регрессионного анализа

Показатель	Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизованные коэффициенты	Т	Значимость
	В	Статистическая ошибка			
Константа	212,437	40,885		5,196	0,000
Первичный/повторный инфаркт	-10,716	7,944	-0,364	-1,349	0,018
Восприятие будущего времени	-3,485	0,835	-0,708	-4,175	0,000
Давность первого приступа	1,335	1,179	0,427	1,132	0,026
Депрессия	-0,994	0,428	-0,424	-2,320	0,027
Возраст	-0,690	0,358	-0,458	-1,928	0,063
Восприятие настоящего времени	-0,275	0,580	-0,085	-0,473	0,639
Восприятие прошлого времени	-0,038	0,518	-0,011	-0,073	0,942
Психологическое благополучие	0,088	0,062	0,243	1,434	0,162

$R = 0,724$; $R\text{-квадрат} = 0,525$; скорректированный $R\text{-квадрат} = 0,402$
Стандартная ошибка оценки = 11,2
 $F = 4,274$; $p \leq 0,002$

ного компонента) и коррекция временной перспективы личности с учетом актуального соматического состояния (в особенности восприятия будущего времени) должны являться мишениями психокоррекционных воздействий на 2-м этапе реабилитации больных с ИБС после перенесенного ИМ, цель которых – повышение приверженности лечению и соблюдению врачебных рекомендаций.

Для определения факторов, влияющих на геротрансцендентность личности в пожилом возрасте в условиях ИБС с осложнением в виде ИМ, была использована множественная линейная регрессия. Для анализа и выявления степени влияния изучаемых характеристик на геротрансцендентность в процедуру множественного регрессионного анализа были добавлены не только психологические факторы оптимального старения, но и клинические характеристики пациентов. Результаты представлены в табл. 2.

Установлено, что наибольшую значимость (факторную нагрузку) имеют такие факторы, как первичность/повторность приступа (-10,716), восприятие будущего (-3,485), давность первичного приступа (+1,335) и уровень депрессии (-0,994). Наименьший вес имеют такие факторы, как восприятие прошлого времени (-0,038) и психологическое благополучие (+0,088). Исходя

из полученного уравнения, геротрансцендентность будет выше у больных, впервые переживших инфаркт в более молодом возрасте, у которых отсутствует депрессия, но наблюдается обеспокоенность перспективами своего будущего. Соответственно, если геротрансцендентность будет высокой, то и показатель приверженности лечению будет выше (см. рис. 2).

Таким образом, полученные нами результаты отличаются от факторов оптимального старения условно здоровых пожилых пациентов. Важными условиями оптимального старения пациентов пожилого возраста с ИБС после перенесенного ИМ, наряду с геротрансцендентностью, являются: клинические характеристики (длительность заболевания и количество инфарктов в анамнезе), а также реалистичное восприятие будущего времени и отсутствие депрессии, в то время как ранее выявленные факторы (психологическое благополучие, восприятие прошлого и настоящего времени) имеют меньшую степень влияния.

Заключение

По результатам проведенного исследования были обнаружены различия в факторах оптимального старения у пациентов с ИБС, осложненной ИМ, по сравнению с условно

здоровыми пожилыми лицами. При оценке уровня сформированности геротрансцендентности было установлено, что у пациентов с ИБС после перенесенного ИМ показатели геротрансцендентности и всех ее компонентов сформированы на низком уровне, что отличает их от условно здоровых пожилых людей. При этом остальные компоненты оптимального старения (психологическое благополучие и временная перспектива личности) остаются на нормативном уровне. Восприятие будущего времени в группе пациентов с ИБС достоверно выше, чем у большинства условно здоровых людей пожилого возраста. Подобный дисбаланс в модели оптимального старения отличает данную нозологическую группу больных от условно здоровых пожилых людей.

Выявлено, что геротрансцендентность, как центральное звено в модели оптимального старения, в выборке пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями лишь опосредованно связана с ранее выделенными факторами оптимального старения (отсутствие депрессии, психологическое благополучие, положительное восприятие прошлого и настоящего времени) – через показатели восприятия будущего времени. Важно отметить, что высокие показатели геротрансцендентности связаны с более негативными показателями отношения к своему будущему. Завышенные, нереалистичные представления о своем будущем могут препятствовать гибкой адаптации к условиям возникшего соматического заболевания и к изменившимся условиям жизни.

Прямая связь геротрансцендентности с приверженностью лечению является важным результатом нашего исследования. Понимание своих возрастных изменений, жизненных целей, интересов и жизненной роли в текущий возрастной период, адекватное восприятие актуальной соматической ситуации связаны с высокой мотивацией к лечению и восстановлению, выполнению реабилитационных мероприятий. Таким образом, важной задачей зрелого возраста (возраста формирования геротрансцендентности) является адаптация к приближающимся изменениям в физической, социальной и миро-

воздренческой сферах. При этом неприятие изменений в социальном функционировании после перенесенного ИМ, неудовлетворенность своим социальным статусом (социальный компонент геротрансцендентности) может являться предиктором низкой приверженности лечению и неприятия себя в условиях хронического заболевания.

Обратная связь геротрансцендентности и возраста пациентов является неожиданным и новым результатом, обнаруженным в данной нозологической группе. В норме геротрансцендентность формируется в зрелом возрасте и дальше остается неизменно высокой (по данным Стрижицкой О.Ю.). Однако в группе пациентов с ИБС, осложненной ИМ, было установлено, что с возрастом показатели геротрансцендентности снижаются. Наиболее чувствительным к возрасту компонентом геротрансцендентности является социальное измерение. С возрастом увеличивается количество приступов и частота госпитализаций, что приводит к вынужденному сокращению социальной активности. Таким образом, именно адаптация к новым жизненным реалиям после случившегося ИМ, включение пациента в социальное взаимодействие и гармонизация социальной активности являются важными мишенями психокоррекционной работы с данной нозологической группой пациентов.

Выявлена обратная взаимосвязь приверженности лечению и восприятия будущего времени. Следовательно, восприятие будущего времени своей жизни, а точнее завышенные и нереалистичные ожидания от себя и своих возможностей в будущем, является важной мишенью психологической работы с пациентами с ИБС, осложненной ИМ, с точки зрения повышения мотивации к лечению, соблюдению врачебных рекомендаций, адаптации к новым условиям жизни с учетом соматического заболевания. Результаты исследования подтверждены и регрессионным анализом, согласно которому адекватное и гармоничное восприятие будущего времени является наиболее важным фактором оптимального старения в условиях соматического заболевания.

Литература

1. WHO: Health topics: Ageing: https://www.who.int/ru/health-topics/ageing#tab=tab_1 (дата обращения: 01.04.25).
 2. Кужелева Е.А., Федюнина В.А., Гарганеева А.А. Приверженность лечению и качество жизни больных ССЗ на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи // Евразийский кардиологический журнал. 2020. № 2. С. 34–40.
 3. Петрова Т.И., Лубинская Е.И., Зеленская И.А., Демченко Е.А. Приверженность больных ИБС пожилого и старческого возраста к медикаментозной терапии на догоспитальном этапе перед реваскуляризацией миокарда // VII международный образовательный форум «Российские дни сердца», 18–19 апреля 2019 года, Санкт-Петербург: Сборник тезисов. СПб., 2019. С. 231.
 4. Погосова Г.В., Белова Ю.С., Рославцева А.Н. Приверженность к лечению артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца – ключевой элемент снижения сердечно-сосудистой смертности // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2007. Т. 6, № 1. С. 99–104.
 5. Протасов Е.А., Великанов А.А., Трегубенко И.А. [и др.]. Особенности мотивации пациентов с ишемической болезнью сердца к участию в программе амбулаторной кардиологической реабилитации // Кардиология: новости, мнения, обучение. 2018. № 1. С. 74–81.
 6. Пышкина Л.И., Тяжельников А.А., Кабанов А.А. [и др.]. Факторы риска и приверженность лечению пациентов с цереброваскулярными заболеваниями // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2023. Т. 123, № 8(2). С. 84–89.
 7. Смородская И.В., Чернявская Т.К. Ишемическая болезнь сердца: анализ медицинских свидетельств о смерти // Российский кардиологический журнал, 2022. Т. 27, № 1. DOI: 10.15829/1560-4071-2022-4637.
 8. Соколова Н.Ю. Приверженность к терапии у пациентов со стабильной ИБС после различных реваскуляризирующих операций // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. 2019. Т. 12, № 1. С. 25–30.
 9. Стрижицкая О.Ю. Геротрансцендентность: психологическое содержание и теоретические модели // Вестник Санкт-Петербургского университета: Психология и педагогика. 2017. Т. 7(3). С. 268–279.
 10. Стрижицкая О.Ю. Самоотношение и временная перспектива личности в период поздней взрослости: дисс. канд. психол. наук. СПб., 2006. 221 с.
 11. Стрижицкая О.Ю. Современные и классические исследования старения. СПб.: СПБГУ, 2014. 78 с.
 12. Яковлева М. В., Лубинская Е. И. Изучение приверженности лечению после операции коронарного шунтирования в аспекте внутренней картины болезни // Психология – наука будущего: материалы VI международной конференции молодых ученых, 19–20 ноября 2015 г., Москва. С. 560–563.
 13. Яковлева М.В., Лубинская Е.И., Демченко Е.А. Внутренняя картина болезни как фактор приверженности лечению после операции коронарного шунтирования // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». 2015. Т. 8, № 2. С. 59–70.
 14. Tornstam L. Gerotranscendence: the contemplative dimension of aging // Journal of Aging Studies. 2017. Vol. 11(2). Pp. 143–154.
 15. Tornstam L. Maturing into gerotranscendence // Journal of Transpersonal Psychology. 2011. Vol. 43, N 2. Pp. 166–180.
-

Поступила 10.04.2025

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией данной статьи.

Участие авторов: Т.В. Демченко – планирование исследования, сбор эмпирического материала, обобщение полученных результатов, написание первого варианта статьи; Е.Р. Исаева – редактирование первого варианта статьи; Е.А. Демченко – редактирование окончательного варианта статьи; А.А. Великанов – сбор эмпирического материала, редактирование первого варианта статьи.

Для цитирования. Демченко Т.В., Исаева Е.Р., Демченко Е.А., Великанов А.А. Геротрансцендентность и приверженность лечению у пожилых пациентов с первичным и повторным инфарктом миокарда в реабилитационном периоде // Вестник психотерапии. 2025. № 94. С. 59–70. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-94-59-70

T.V. Demchenko¹, E.R. Isaeva¹, E.A. Demchenko², A.A. Velikanov²

Gerotranscendence and Treatment Adherence in Elderly Patients with Primary and Recurrent Myocardial Infarction During the Rehabilitation Period

¹ Pavlov First State Medical University of Saint-Petersburg (6–8, Leo Tolstoy Str., St. Petersburg, Russia);

² Almazov National Medical Research Centre (2, Akkuratova Str., St. Petersburg, 197341, Russia)

✉ Tatyana Vladimirovna Demchenko – assistant of the department of general and clinical psychology Pavlov First State Medical University of Saint-Petersburg (6–8, Leo Tolstoy Str., St. Petersburg, 197022, Russia), e-mail: dtvperm@yandex.ru, SPIN-код: 8335-7418;

Elena Rudolfovna Isaeva – Dr. Psychol. Sci. Associate Prof., Head of the Department of General and Clinical Psychology, Pavlov First State Medical University of Saint-Petersburg (6–8, Leo Tolstoy Str., St. Petersburg, 197022, Russia), e-mail: isajeva@yandex.ru, ORCID 0000-0002-7731-7693, SPIN-код: 3322-6935;

Arseniy Apetovich Velikanov – PhD Psychol. Sci., Associate Prof., Human Sciences Department, Clinical Psychologist of the Psychotherapy Department, Almazov National Medical Research Centre (2, Akkuratova Str., St. Petersburg, 197341, Russia), e-mail: arsen.velikanov@gmail.com;

Elena Alekseevna Demchenko – Dr. Med. Sci., Head of the Scientific and Clinical Association of Rehabilitation, Prof. of the Department of Internal Medicine of the Institute of Medical Education, Almazov National Medical Research Centre (2, Akkuratova Str., St. Petersburg, 197341, Russia), e-mail: demchenko@almazovcentre.ru, SPIN-код: 7554-6851

Abstract

Relevance. The relevance of the present study is determined by the global prevalence and high mortality rates associated with cardiovascular diseases (CVD), making this group of disorders one of the most pressing issues in global healthcare. Among all CVDs, ischemic heart disease (IHD) has the highest mortality rate. IHD is closely associated with older age, which further highlights the importance of studying this specific age group.

Objective. To investigate the factors of optimal aging in elderly patients with IHD complicated by myocardial infarction (ICD-10 codes I21 and I22), compared to a conditionally healthy sample of older adults.

Methodology. The following assessment tools were used: The Geriatric Depression Scale (GDS-30), O.Yu. Strizhetskaya's Questionnaire of Gerotranscendence Indicators (OGI), Wasserman's "Semantic Differential of Time" technique (SDT), and the Russian Universal Questionnaire for Quantitative Assessment of Treatment Adherence (KOP-25).

Subjects. Elderly patients diagnosed with IHD complicated by myocardial infarction (I21 and I22).

Results and Analysis. The following factors of successful aging were identified among elderly patients with IHD and myocardial infarction: primary vs. recurrent cardiac event (-10.716), perception of the future (-3.485), time since the initial (preceding) myocardial infarction (+1.335), level of depression (-0.994), perception of past time (-0.038), and psychological well-being (+0.088).

Conclusion. The main psychotherapeutic targets in working with elderly patients with IHD and myocardial infarction are the harmonization of future time perception and normalization of patients' social functioning.

Keywords: ischemic heart disease, myocardial infarction, gerotranscendence, factors of optimal aging, treatment adherence.

References

1. WHO: https://www.who.int/ru/health-topics/ageing#tab=tab_1
2. Kuzheleva E.A., Fedyunina V.A., Garganeeva A.A. Priverzhennost' lecheniju i kachestvo zhizni bol'nyh SSZ na ambulatornom jetape okazanija medicinskoy pomoshchi [Treatment adherence and quality of life in patients with CVD at the outpatient stage of medical care]. *Evrazijskij kardiologicheskij zhurnal* [Eurasian Cardiological Journal]. 2020; (2): 34–40. (In Russ.)

3. Petrova T.I., Lubinskaya E.I., Zelenskaya I.A., Demchenko E.A. Priverzhennost' bol'nyh IBS pozhilogo i starcheskogo vozrasta k medikamentoznoj terapii na dogospital'nom etape pered revaskuljarizacijei miokarda [Treatment adherence in elderly patients with IHD to medication therapy at the pre-hospital stage before myocardial revascularization]. *Obrazovatel'nyj forum «Rossijskie dni serdca»* [Educational Forum “Russian Heart Days”]. 2019; Collection of Abstracts: 231. (In Russ.)
4. Pogosova G.V., Belova Yu.S., Roslvtseva A.N. Priverzhennost' k lecheniju arterial'noj gipertonii i ishemicheskoy bolezni serdca – kljuchevoj element snizhenija serdechno-sosudistoj smertnosti [Treatment adherence in patients with arterial hypertension and ischemic heart disease – a key element in reducing cardiovascular mortality]. *Kardiovaskuljarnaja terapija i profilaktika* [Cardiovascular Therapy and Prevention]. 2007; (6): 99–104. (In Russ.)
5. Protasov E.A., Velikanov A.A., Tregubenko I.A. [et al.]. Osobennosti motivacii pacientov s ishemicheskoy bolezniu serdca k uchastiju v programme ambulatornoj kardiologicheskoy reabilitacii [Features of patient motivation with ischemic heart disease to participate in an outpatient cardiac rehabilitation program]. *Kardiologija: novosti, mnjenija, obuchenie* [Cardiology: News, Opinions, Training]. 2018; (1): 74–81. (In Russ.)
6. Pyshkina L.I., Tyazhelnikov A.A., Kabanov A.A. [et al.]. *Faktory riska i priverzhennost' lecheniju pacientov s cerebrovaskuljarnymi zabolеваниями* [Risk factors and treatment adherence in patients with cerebrovascular diseases]. *Zhurnal nevrologii i psichiatrii im. S.S. Korsakova. Specvypuski* [Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov, Special Issue]. 2023; (123): 84–89. (In Russ.)
7. Smorodskaya I.V., Chernyavskaya T.K. Ishemiceskaja bolezn' serdca: analiz medicinskikh svidetel'stv o smerti [Ischemic heart disease: analysis of medical evidence of death]. *Rossijskij kardiologicheskiy zhurnal* [Russian Cardiological Journal]. 2022; (1): 4637. (In Russ.)
8. Sokolova N.Yu. Priverzhennost' k terapii u pacientov so stabil'noj IBS posle razlichnyh revaskuljarizujushhih operacij [Treatment adherence in patients with stable IHD after various revascularization procedures]. *Kardiologija i serdechno-sosudistaja hirurgija* [Cardiology and Cardiovascular Surgery]. 2019; (1): 25–30 (In Russ.).
9. Strizhitskaya O.Yu. Gerotranscendentnost': psihologicheskoe soderzhanie i teoreticheskie modeli [Gerotranscendence: psychological content and theoretical models]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta: Psichologija i pedagogika* [Bulletin of Saint Petersburg University: Psychology and Education]. 2017; (3): 268–279 (In Russ.).
10. Strizhitskaya O.Yu. Sovremennye i klassicheskie issledovaniya starenija [Modern and classical studies on aging]. St. Petersburg, 2014: 78. (In Russ.).
11. Strizhitskaya O.Yu. Samootnoshenie i vremennaja perspektiva lichnosti v period pozdnej vzroslosti [Self-relation and temporal perspective of personality in late adulthood]: dissertation PhD. Psychol. Sci. St. Petersburg, 2006: 221. (In Russ.)
12. Yakovleva M.V., Lubinskaya E.I. Izuchenie priverzhennosti lecheniju posle operacii koronarnogo shuntirovaniya v aspekte vnutrennej kartiny bolezni [Study of treatment adherence after coronary bypass surgery in the context of the internal picture of illness]. *Psichologija – nauka budushhego: Materialy VI Mezhdunarodnoj konferencii molodyh uchenyh 19–20 nojabrja* [Psychology – The Science of the Future: Materials of the VI International Conference for Young Scientists, November 19–20]. Moscow. 2015: 560–563 (In Russ.).
13. Yakovleva M.V., Lubinskaya E.I., Demchenko E.A. *Vnutrennjaja kartina bolezni kak faktor priverzhennosti lecheniju posle operacii koronarnogo shuntirovaniya* [The internal picture of illness as a factor in treatment adherence after coronary bypass surgery]. *Vestnik Juzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta, Serija «Psichologija»* [Bulletin of South Ural State University. Series “Psychology”]. 2015; (2): 59–70. (In Russ.)
14. Tornstam L. Gerotranscendence: the contemplative dimension of aging. *Journal of Aging Studies*. 2017; 11(2): 143–154.
15. Tornstam L. Maturing into gerotranscendence. *Journal of Transpersonal Psychology*. 2011; 43(2): 166–180.

Received 10.04.2025

For citing: Demchenko T.V., Isaeva E.R., Demchenko E.A., Velikanov A.A. Gerotranscendentnost' i priverzhennost' lecheniyu u pozhilykh pacientov s pervichnym i povtornym infarktom miokarda v reabilitacionnom periode. *Vestnik psihoterapii*. 2025; (94): 59–70. (In Russ.)

Demchenko T.V., Isaeva E.R., Demchenko E.A., Velikanov A.A. Gerotranscendence and treatment adherence in elderly patients with primary and recurrent myocardial infarction during the rehabilitation period. *Bulletin of Psychotherapy*. 2025; (94): 59–70. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-94-59-70