

---

Лекция

## Защитно-компенсаторное поведение пациентов кардиологической клиники

Кодочигова А.И., Киричук В.Ф., Оленко Е.С.

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, Кафедра пропедевтики внутренних болезней

*Поступила в редакцию 4 апреля 2017 г., Принята в печать 17 мая 2017 г.*

© 2017, Кодочигова А.И., Киричук В.Ф., Оленко Е.С.  
© 2017, Психосоматические и интегративные исследования

---

### Резюме:

Сердечно-сосудистые заболевания определяют высокие показатели инвалидности и смертности лиц трудоспособного возраста в экономически развитых странах. В работе описывается, каким образом кардиологические пациенты выстраивают свое стресс-преодолевающее поведение для борьбы с болезнью и ее последствиями.

**Ключевые слова:** сердечно-сосудистые заболевания, механизмы психологической защиты, копинг-поведение.

*Библиографическая ссылка: Кодочигова А.И., Киричук В.Ф., Оленко Е.С. Защитно-компенсаторное поведение пациентов кардиологической клиники. Психосоматические и интегративные исследования 2017; 3: 0204.*

---

Lecture

## Protective and compensatory behavior of cardiology clinic's patients

Kodochigova A.I., Kirichuk V.F., Olenko E.S.

FSBEI of Higher Education, Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky of the Ministry of Health of the Russian Federation, Saratov, Russia, The Department of the propedeutics of internal diseases

*Received on 4 April 2017, Accepted on 17 May 2017*

© 2017, Kodochigova A.I., Kirichuk V.F., Olenko E.S.  
© 2017, Psychosomatic and Integrative Research

---

### Summary:

In developed countries cardiovascular diseases cause the high level of disability and mortality of working age persons. The article describes how cardiologists patients build their stress overcoming behavior to avoid the disease and its consequences.

**Keywords:** cardiovascular diseases, psychological defence mechanisms, coping behavior.

*Cite as Kodochigova A.I., Kirichuk V.F., Olenko E.S. Protective and compensatory behavior of cardiology clinic's patients. Psychosomatic and Integrative Research 2017; 3: 0204.*

---

В настоящее время в России стандартизованный показатель смертности от болезней системы кровообращения составляет 800,9 на 100 000 населения. Для сравнения: во Франции этот показатель 182,8 (самый низкий в Европе), в Японии – 187,4. Доказано, что снижение сердечно-сосудистого риска в этих странах связано не столько с качеством медицинской помощи, сколько с высокой комплаентностью пациентов. Комплаинс (приверженность к лечению) – многокомпонентное понятие, во многом определяющееся стрессоустойчивостью пациента и тем, как он выстраивает свое поведение в ситуации болезни.

Человек – это уникальная сложнейшая биосоциальная система, которая должна уметь себя защищать, попадая в сложные ситуации. Любая система, не умеющая себя защищать – обречена (будь то личность, семья или социальная группа). И пациент кардиологической клиники не является исключением. Если степень сложности ситуации превышает реальные ресурсы больного, он защищается: подключает механизмы психологической защиты и совладания.

---

Современные представления об особенностях поведения больного в трудных для него ситуациях (такое поведение называется защитно-компенсаторным) свидетельствуют о том, что оно направлено на активное изменение ситуации и удовлетворение значимых потребностей. Именно потребности являются движущей силой поведения человека. Поскольку человек – существо общественное, наряду с физиологическими (потребность в пище, например), им руководят потребности психосоциальные. К ним относятся:

- в безопасности (отсутствие угрозы для жизни самого человека и его близких);
- в принадлежности к определенной социальной группе;
- в любви (если пациент знает, что его любят, причем, в первую очередь – близкие, у него будет все в порядке; самые большие проблемы возникают у взрослых, которых недолюбили в детстве);
- в признании и одобрении (что важно для сохранения самоуважения);
- в реализации своего потенциала (самоактуализации).

Особенности этой классификации А. Маслоу – в ее иерархичности. Если не будет удовлетворена потребность в безопасности, потребность в самоактуализации может и не сформироваться.

Для удовлетворения потребности должен возникнуть мотив (мысленный образ), и тогда она станет влиять на поведение. Если мотив сталкивается с препятствием, у человека развивается негативное эмоциональное состояние – фрустрация.

#### Препятствиями могут быть:

- физические условия (пациент собрался на лыжную прогулку, настроился, но снег внезапно растаял);
- биологические ограничения (больной захотел поразить друзей великолепным исполнением песен под гитару, но при этом у него нет ни слуха, ни голоса);
- собственные личностные (интрапсихические) тенденции, если они противоречивы (ситуация из детства: ребенок берет конфету со стола, хочет съесть, но мама велит положить ее обратно; у малыша начинают бороться две тенденции: пищевая и потребность послушаться маму, заслужив ее одобрение; в результате, ребенок фрустрирован, он плачет).

В последнем примере – налицо интрапсихический конфликт, в основе которого лежат две полярные внутриличностные тенденции. Тенденции (потребности) будут полярными, если их удовлетворение ведет к взаимоуничтожению полученных результатов. Наличие психологического конфликта – это хорошо или плохо? И да, и нет. Благодаря внутренней борьбе человек развивается, совершенствуется. Это хорошо. Но если конфликт затягивается, становится хроническим, то создаются условия для развития невроза или психосоматического заболевания.

«Важно не то, что с нами происходит, а то, как мы к этому относимся», – говорили античные философы. С этим трудно не согласиться.

Какую роль в жизни пациента играют стрессовые или фрустрирующие ситуации – позитивную или негативную – зависит от того, что он в эти сложные для него моменты думает, что чувствует и как, в результате, ведет себя. То есть, как больной адаптируется к трудной ситуации и как выстраивает свои когнитивные, эмоциональные и поведенческие копинг-стратегии.

Каковы же разновидности критических жизненных ситуаций?

- **Стресс** – это ситуация, которая оценивается больным, как угрожающая, нарушающая эффективность его психофизиологической адаптации к меняющимся условиям внешней и внутренней среды организма, снижающая контроль своего поведения и препятствующая самоактуализации пациента.
- **Фрустрация** – ситуация наличия преград на пути достижения цели или удовлетворения требованиям при сильной мотивированности больного; при этом временно утрачивается контроль со стороны воли и сознания над ситуацией.
- **Конфликт** – столкновение двух полярных установок или тенденций пациента. Если у больного существует собственный жесткий запрет на удовлетворение какой-либо потребности, ее возникновение приводит к фрустрации. Если же появляются сомнения в целесообразности этого запрета, формируется конфликт.
- **Кризис** – ситуация, угрожающая самооценке пациента, его глобальным жизненным ценностям и установкам, подвергающая сомнению правильность и ценность всего жизненного пути, ставящая задачу кардинально поменять всю систему психофизиологической адаптации.

Что общего во всех этих сложных жизненных ситуациях?

- Жесткие требования к пациенту.
- Угроза самооценке больного.
- Необходимость достижения результата в условиях дефицита времени и отсутствия средств.
- Лишение больного социально значимых потребностей на длительное время.

Попадая в сложную ситуацию, связанную с болезнью, пациент кардиологической клиники вначале подключает механизмы психологической защиты. Впервые термин «психологическая защита» появился в работах З. Фрейда. В дальнейшем исследование этого вопроса продолжила его дочь Анна. В ее книге «Эго и механизмы защиты», вышедшей в свет в 1936 году, приведена классическая психодинамическая картина концепции психологической защиты.

Механизмы защиты оценивались психоаналитиками, как бессознательные, приобретаемые в процессе жизни, предназначенные для того, чтобы уменьшить тревогу, вызванную интрапсихическим конфликтом, с целью сохранения целостности и адаптивности личности.

Людвиг Иосифович Вассерман все механизмы психологической защиты подразделял на первичные (незрелые, примитивные, защиты низшего порядка) и вторичные (зрелые, развитые, защиты высшего порядка).

Первичные формируются в возрасте до трех-пяти лет, имеют дело с границей между собственным «я» (эго) и внешним миром, действуют общим, недифференцированным образом во всем сенсорном пространстве пациента. Эти защиты уже на стадии восприятия не допускают в организм поступления травмирующей информации, до сознания эту информацию не пропускают. К таким защитами относятся вытеснение, изоляция, отрицание и т. д.

Вторичные механизмы психологической защиты формируются в возрасте от пяти лет и старше, вплоть до подросткового периода. Они работают между внутренними границами личности больного. Эти защиты допускают травмирующую информацию до сознания, но определенным образом трансформируют ее, чтобы уменьшить болезненность данной информации для пациента. Иногда трансформируется не вся информация, а только мысли или только чувства пациента. Примеры таких защит: рационализация, интеллектуализация, проекция, компенсация, замещение, сублимация и т. д.

А теперь – о наиболее распространенных и важных механизмах психологической защиты, которые используют больные кардиологической клиники.

Если мы зададимся вопросом: была ли в вашей жизни очень неприятная ситуация, в которой вы испытывали острое чувство страха, стыда или вины, а, быть может, и все вместе, говорили ли вы себе потом: «Это было где-то далеко и давно, как будто бы не наяву и не со мной...»? Если да, то вы использовали вытеснение, цель которого: не допустить в сферу сознания или устранить из нее болезненные или противоречивые чувства и воспоминания, неприемлемые желания и мысли. Вытесняется и забывается обычно то, что снижает самооценку человека. Это один из наиболее примитивных способов психологической защиты, формируется у детей до пяти лет для сдерживания эмоции страха. Страх блокируется посредством забывания реального стимула, а также объектов, фактов и обстоятельств, ассоциативно связанных с ним. К вытеснению часто прибегают больные с истерическими чертами характера, незрелым «Я». Однако, справедливости ради надо заметить, что хотя бы раз в жизни с таким защитным механизмом встречается каждый. Как ведет себя больной, использующий вытеснение? Он тщательно избегает ситуаций, которые могут стать проблемными и вызвать страх; проявляет робость, покорность, забывчивость; иногда боится новых знакомств, новых методов диагностики и лечения, новых лекарств.

- **Подавление:** более сознательное, чем при вытеснении, избегание тревожащей информации, отвлечение внимания от осознаваемых аффектогенных импульсов и конфликтов.
- **Механизмы перцептивной защиты:** автоматические реакции не восприятия при наличии болезненного расхождения между поступающей и имеющейся информацией. Например, мать не хочет видеть – и не видит, что ее единственный любимый ребенок отстает от сверстников в психическом развитии. Пациент кардиологической клиники, применяющий этот защитный механизм, может не воспринимать тех ограничений в диете, которые рекомендует ему врач, особенно касающихся его любимых блюд, и после выписки из стационара ведет себя так же, как и до болезни.
- **Блокирование:** задержка и торможение, обычно временное, эмоций, мыслей или действий, возбуждающих тревогу.
- **Отрицание:** непризнание ситуаций, конфликтов, игнорирование болезненной реальности, фактов.

Немного подробнее о последнем защитном механизме – отрицании. Он считается одним из самых ранних, формируется в 1,5-2 года. Заключается в сдерживании принятия окружающих, в первую очередь, это касается матери, если она ведет себя холодно, отвергающе. Происходит инфантильная подмена чувств принятия вниманием. Любое внимание воспринимается как проявление чувств принятия (восхищения, признания, любви и т. д.). Все позитивные импульсы в сознание допускаются, негативные – нет. Это приводит к формированию демонстративного поведения, истероидных проявлений, невосприимчивости критики. Человек получает возможность безболезненно выражать чувство принятия мира и самого себя, но для этого он должен постоянно привлекать к себе внимание окружающих любыми доступными ему способами. Чем отличается больной, использующий для своей психологической защиты отрицание? Общительностью, стремлением быть в центре внимания, непринужденной манерой поведения (даже аффектированной), непереносимостью критических замечаний в свой адрес, высокой внушаемостью с использованием лестной для него информации.

- **Изоляция:** когда происходит разъединение эмоциональных и когнитивных компонентов. Если больной перенес сильнейшее эмоциональное потрясение, не успев его переработать психологически, то он будет о нем рассказывать отстраненно, как будто это произошло с кем-то другим, эмоции останутся заблокированными. Пациент кардиологической клиники, использующий изоляцию, может эмоционально рассказывать о своих сегодняшних жалобах (поступил в этот раз он в стационар по поводу гипертонического криза) и, в то же время, очень холодно и безжизненно – о перенесенном им в прошлом тяжелом инфаркте миокарда, осложнившимся клинической смертью.

Следующую группу защитных механизмов объединяет преобразование негативной для человека информации.

- **Рационализация** – проявляется в псевдообъяснении человеком собственных неприемлемых желаний, убеждений и поступков, интерпретации по-своему различных личностных черт (скупоности как бережливости, агрессивности как активности и т. д.) с целью самооправдания, т. к. осознание истинного их содержания может привести к снижению чувства собственной ценности, повышению тревоги и появлению других отрицательных переживаний. Этот механизм очень часто применяется психосоматическими больными, страдающими кардиальной патологией.

- **Интеллектуализация** – осуществление контроля над эмоциями и импульсами посредством преобладания размышления, рассуждения по их поводу вместо непосредственного переживания. Развивается в раннем подростковом возрасте, когда подростки постигали неудачи в конкуренции со сверстниками. Этот механизм сдерживает эмоцию разочарования, предвосхищает возможные обманутые ожидания. Используется пациентами, которые хотят все контролировать. Предполагает произвольную (волевую) схематизацию и истолкование событий для развития чувства субъективного контроля над любой ситуацией. Также часто выявляется у кардиологических больных психосоматического профиля.
- **Компенсация**. Этот защитный механизм применяется для сдерживания чувства печали по поводу реальной или мнимой потери, нехватки, недостатка или неполноценности. Предполагает попытку исправления или нахождения замены этой неполноценности, нехватки или потери. У пациентов формируется поведение с установкой на серьезную и методическую работу над собой, нахождение и исправление своих недостатков, преодоление трудностей. Если дать им на выбор – пойти к цели по легкому и короткому пути или по тяжелому и длинному, они предпочтут последний. Часто достигают высоких результатов в своей деятельности. И этот защитный механизм также характерен для психосоматических больных кардиологической клиники.
- **Проекция** – приписывание пациентом другому человеку личностных черт, мотивов, которые присущи ему самому (но он не осознает этого). Например, больной рассказывает, что его преследуют по национальному признаку, а сам является ярким националистом. Не осознавать ему помогают другие защитные механизмы (вытеснение, рационализация и др.)
- **Замещение**. Развивается для сдерживания эмоции гнева на более сильного, более старшего или значимого субъекта, выступающего как фрустратор (часто – кто-то из родителей). Формируется до пяти лет. Пациент снимает напряжение, обращая гнев и агрессию на более слабый (неодушевленный, чаще – одушевленный объект, например, после неприятного разговора с начальником на работе, дома «срывается» на близких – жене или детям) или на самого себя (аутоагрессия, приводящая к депрессии). Очень часто замещение используют именно психосоматические больные.

Какие еще механизмы психологической защиты могут использовать пациенты кардиологической клиники?

- **Реактивное образование**. Этот механизм развивается для сдерживания радости обладать определенным объектом, для сдерживания удовлетворения потребности в агрессии и сексе. Предполагает выработку в поведении (с их дальнейшим подчеркиванием) прямо противоположных установок. Например, если у пациента очень много агрессии, то он начинает вести себя, как очень добрый и мягкий человек. Резко отрицательно реагирует на все, что связано с функционированием организма и взаимоотношением полов, избегает пользоваться общественными банями, уборными, раздевалками. Больной не приемлет шутки, разговоры, книги, фильмы и спектакли на «неприличные» темы. Сильно переживает по поводу случайных соприкосновений с другими людьми, врачебных осмотров (особенно уролога, гинеколога и т. д.). Озабочен тем, чтобы вести себя, выражаться и выглядеть «прилично». Подобный механизм характерен для многих психосоматических больных, в том числе – с кардиоваскулярной патологией.
- **Идентификация** – это эмоционально-когнитивный процесс отождествления пациента с другим субъектом, какой-то моделью. Идентификация всегда имеет две противоположные тенденции: любви к эталону, модели и, напротив, (поскольку идет вытеснение собственной личности) – негатив вплоть до ненависти.

Перечень можно было бы продолжить, но о главных психологических защитных механизмах, используемых психосоматическими больными кардиологической клиники, мы уже сказали.

Эксквизитная ситуация, например, коронарная катастрофа, и механизмы психологической защиты позволяют осуществить переход на новый уровень отражения действительности и регуляции поведения, тем самым совершенствуя адаптивные способности пациента. Нормативное функционирование механизмов психологической защиты обеспечивает стабильность индивидуальной картины мира, целенаправленное и последовательное поведение, при котором интерперсональные конфликты повседневной жизни не создают угрозу самооценке кардиологического больного и не переходят в интрапсихические. Образно говоря, механизмы психологической защиты нужны психике больного, чтобы «выиграть время», чтобы успели включиться механизмы совладания (копинги).

Чем копинги отличаются от механизмов психологической защиты?

- Механизмы психологической защиты не приспособлены к требованиям ситуации, связаны с отказом от деятельности и являются ригидными.
- Механизмы психологической защиты быстрее приводят к уменьшению эмоционального напряжения, чем копинги. Используя механизмы совладания, пациент часто сам идет на продолжение испытывания отрицательных эмоций.
- Механизмы психологической защиты пытаются разрешить ситуацию «здесь и сейчас», не связывая ее с будущим, создают возможность для разового снятия напряжения, снижают эмоциональную напряженность однократно, применительно к данной ситуации. Действие копингов рассчитано на перспективу, на будущее.
- Механизмы психологической защиты, как правило, приводят к большему искажению понимания действительности и самого себя, чем копинги.
- Механизмы психологической защиты приводят к исключению из осознания себя частей своей личности.
- Копинги направлены на поиск информации, на непосредственные действия по изменению ситуации с включением рефлексии.

«Coping» происходит от английского «cope» (преодолевать). В отечественной литературе его переводят как «адаптивное, совладающее поведение» или «психологическое преодоление».

В словаре Владимира Даля (1995г.) читаем: слово совладание происходит от старорусского лад (ладить) и означает справляться, привести в порядок, подчинить себе. Т. е., совладать с ситуацией – значит подчинить себе обстоятельства, сладить с ними. Применительно к теме нашего сегодняшнего разговора – совладать с ситуацией кардиоваскулярного заболевания.

Самая известная из существующих копинг-моделей в рамках когнитивной теории стресса и копинга разработана R.S. Lazarus (1966, 1980), определившего и описавшего ключевую роль психических факторов в регулировании результатов поведения.

В своих ранних работах R.S. Lazarus (1966) рассматривает копинг-процессы как стратегии действий, предпринимаемые человеком в ситуации психологической угрозы. Например, в условиях приспособления к сердечно-сосудистому заболеванию как угрозе (в разной мере, в зависимости от вида и тяжести болезни) физическому, личностному и социальному благополучию. Каждая болезнь может восприниматься как жизненный кризис, который следует преодолеть путем адаптации.

Значительный вклад в изучение копинг-поведения у соматических больных внес Е. Heim (1988). Он подчеркивал, что соматическая болезнь обусловлена не только биологическими факторами, но также окружающей средой и социальными условиями. В соответствии с этим копинг-процессы приводят к успешному или неуспешному разрешению кризиса.

Что означает результат копинг-процесса? На этот вопрос можно ответить по-разному. Интересы пациента кардиологической клиники не всегда идентичны интересам окружающих его людей или же ответственного за пациента врача. В то время, как субъективные потребности пациента направлены, прежде всего, на гармонизацию состояния (устранение боли, одышки или эмоционального напряжения), с врачебной точки зрения на первом плане должно быть овладение процессом болезни, например, путем раннего распознавания заболевания и др.

По Э. Хайму, различное копинг-поведение оказывает влияние на первоначальное или более позднее сотрудничество в лечении, т.е., комплайнс. Промедление в начале лечения или игнорирование критических симптомов могут способствовать ухудшению течения болезни. Различное копинг-поведение не является причиной, а скорее следствием, и связано с соматическим процессом. Неблагоприятное течение болезни улавливается пациентом с помощью осознаваемых или даже полностью неосознаваемых сигналов, которые вынуждают его к соответствующему пассивно-покорному поведению. Адаптивное (желательное) или неадаптивное (нежелательное) копинг-поведение воздействует непосредственно на основной соматический процесс и на течение кардиоваскулярного заболевания.

Во многих работах как отечественных, так и зарубежных исследователей применялся адаптированный в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева вариант методики Э. Хайма (1988). Определенными ее преимуществами перед другими методами изучения копинг-механизмов являются простота и экономичность применения, высокая надежность, точность описания исследуемых вариантов копинг-стратегий в основных сферах человеческой деятельности (когнитивной, поведенческой и эмоциональной), а также способность наполнить содержанием описываемое копинг-поведение в указанных сферах пациента.

Методика Э. Хайма используется в кардиологической клинике в следующих целях.

- изучение характеристик копинг-поведения у пациентов с кардиологическими расстройствами для уточнения их роли в генезе указанной патологии;
- исследование неадаптивных форм копинг-стратегий у больных, находящихся в стрессовых ситуациях, для коррекции их копинг-поведения;
- проведение групповой или индивидуальной психотерапии, в ходе которых выявляются неадаптивные формы копинг-стратегий для последующей их коррекции и формирования адаптивного копинг-поведения;
- составление психогигиенических и психопрофилактических программ с учетом формирования адаптивных форм копинг-поведения как для здоровых лиц с факторами риска кардиоваскулярной патологии, подвергающихся стрессу, так и для пациентов кардиологической клиники с психосоматической составляющей в радикале их заболевания;
- использование данной методики для оценки эффективности психологической коррекции выявленных нарушений.

Адаптированный вариант методики Э. Хайма позволяет исследовать 26 вариантов копинга с дифференциацией по сферам (когнитивные, эмоциональные и поведенческие копинг-механизмы).

К когнитивным копинг-стратегиям относятся: игнорирование и переключение мыслей на другие, «более важные» темы, чем болезнь; принятие болезни как чего-то неизбежного, проявление своего рода определенной философии стоицизма; диссимуляция болезни, игнорирование и снижение ее серьезности, даже подшучивание над болезнью; сохранение самообладания – равновесия, самоконтроля, стремление не показывать своего болезненного состояния другим; проблемный анализ болезни и ее последствий, поиск соответствующей информации, распрос врачей, обдумывание, взвешенный подход к решениям; относительность в оценке болезни, сравнение с другими, находящимися в худшем положении; религиозность, стойкость в вере («со мною Бог»); состояние растерянности и переживание безысходности создавшегося положения; самоуважение – более глубокое осознание собственной ценности как личности; придание болезни значения и смысла, например отношение к болезни как вызову судьбы или проверке стойкости духа и др.

В методике имеются следующие варианты эмоциональных копинг-стратегий: переживание протеста, возмущения, противостояния болезни и ее последствиям; эмоциональная разрядка – отреагирование чувств, вызванных болезнью, например, плачем; изоляция – подавление, недопущение чувств, адекватных ситуации; оптимизм с уверенностью в благоприятный исход трудной ситуации; пассивная кооперация – доверие с передачей ответственности врачу; покорность, фатализм, капитуляция; самообвинение, возложение вины на себя; агрессивность, переживание злости, раздражение, связанные с ограничением жизни болезнью.

К поведенческим копинг-стратегиям относятся: отвлечение – обращение к какой-либо деятельности, уход в работу; альтруизм – забота о других, когда собственные потребности отодвигаются на второй план; компенсация – отвлекающее исполнение каких-либо собственных желаний, например покупки чего-то для себя или расслабление с помощью алкоголя и т.д.; активное сотрудничество – ответственное участие в диагностическом и лечебном процессе; поиск эмоциональной поддержки – стремление быть выслушанным, встретить содействие и понимание; активное избегание – стремление избегать погружения в процесс лечения; отступление, уединение – пребывание в покое, размышление о себе; конструктивная активность – удовлетворение какой-то давней потребности, например, совершить путешествие или отправиться со своей семьей на велосипедную прогулку.

Виды копинг-поведения распределены на три основные группы по степени их адаптивных возможностей: адаптивные (желательные), относительно адаптивные и неадаптивные (нежелательные).

**Все желательные (адаптивные) виды копинга включают:**

- активное поведение;
- положительную оценку окружающих этого активного поведения;
- копинг-ресурсы (локус контроля, адекватная самооценка и социальная поддержка).

**Нежелательные (неадаптивные) виды копинга включают:**

- пассивное поведение;
- диссимуляцию;
- социальное отчуждение.

Желательные копинги позволяют улучшить прогноз, уменьшить симптомы психосоматического кардиоваскулярного страдания. Пациент кардиологической клиники с хорошими копинг-ресурсами воспринимает экзистенциальную ситуацию как процесс, с плохими – как стабильную угрозу.

Копинги тесно связаны с механизмами психологической защиты (мы уже говорили, что последние помогают «выиграть время» для того, чтобы включилось совладание), взаимодействие их может складываться по-разному:

- эффективно сработали и механизмы психологической защиты, и копинги в экзистенциальной ситуации: пациент здоров психологически и социально адаптирован;
- не работают ни механизмы психологической защиты, ни копинги: больной социально дезадаптирован и нуждается в помощи клинического психолога и психиатра;
- эффективно сработали механизмы психологической защиты, а копинги – неадаптивны: пациент способен убрать напряжение в экзистенциальной ситуации, но изменить ее не может, поэтому она повторяется с завидным постоянством, больной «все время наступает на одни и те же грабли», часто обращается за помощью к клиническому психологу.

В двух последних случаях пациенты кардиологической клиники нуждаются в психологической коррекции, которая будет направлена на формирование желательных копингов во всех сферах психофизиологической адаптации: когнитивной, эмоциональной и поведенческой.

Врачу (в содружестве с клиническим психологом) важно добиться развития разнонаправленных механизмов совладания у больного. Это повысит эффективность лечебно-реабилитационных воздействий, позволит сократить сроки лечения кардиологических пациентов, уменьшить число повторных госпитализаций и снизить высокие показатели смертности от кардиоваскулярной патологии.

*Авторы:*

**Кодочигова А.И.** – д.м.н., профессор, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней, ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, член Восточно-Европейского Психосоматического Общества, зам. гл. ред. журнала "Психосоматика и саморегуляция", e-mail: [kodochigovaai@yandex.ru](mailto:kodochigovaai@yandex.ru)

**Киричук В.Ф.** – д.м.н., заслуженный деятель науки РФ, профессор, заведующий кафедрой нормальной физиологии им. И.А. Чувевского, ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России.

**Оленко Е.С.** – д.м.н., профессор кафедры нормальной физиологии им. И.А. Чувевского, ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, член Восточно-Европейского Психосоматического Общества.