
Е. А. Дубинина

**КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ АНОЗОГНОЗИИ
У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ,
ПЕРЕНЕСШИХ НЕОТЛОЖНЫЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ**

Представлены результаты исследования эмоционального состояния, локуса контроля, стиля стресс-преодолевающего поведения и приверженности лечению у пациентов, перенесших неотложные кардиологические состояния и отрицающих факт серьезного заболевания и его возможных неблагоприятных последствий.

Ключевые слова: отношение к болезни, анозогнозия, стресс-преодолевающее поведение, локус контроля, личность, адаптация, инфаркт миокарда.

E. Dubinina

**COGNITIVE-BEHAVIORAL MECHANISMS OF ILLNESS DENIAL
IN PATIENTS AFTER CARDIAC EMERGENCIES**

The article presents the results of the study of the emotional state, locus of control, coping style and adherence to treatment in patients after cardiac emergencies who deny the fact of serious illness and its possible negative consequences.

Keywords: attitude to the disease, illness denial, coping behavior, locus of control, personality, adaptation, myocardial infarction.

Ситуация развития неотложного кардиологического состояния является безусловно стрессовой, требующей мобилизации адаптационных и компенсаторных ресурсов личности. Исследования свидетельствуют о значительной распространенности расстройств психологической адаптации в подострый период коронарных катастроф [1; 7], однако преимущественное внимание исследователей привлекают психические расстройства, предполагающие активное предъявление пациентом жалоб. В кардиологической практике, однако, самостоятельную группу «трудных больных» составляют пациенты, отрицающие сам факт либо недооценивающие серьезность заболевания, — с анозогнозией.

В психопатологии анозогнозия при соматических заболеваниях (при отсутствии поражений головного мозга) традиционно рассматривается как вариант психогенной диссоциативной реакции, требующей коррекции.

Вместе с тем исследования позволяют предположить, что отрицание болезни способно выступать и как фактор, препятствующий нарушению психологической адаптации личности, а некоторые авторы указывают на ее роль в формировании благоприятного медицинского прогноза у кардиологических пациентов, по крайней мере в краткосрочной перспективе [12; 13; 15–17; 19]. В отечественной литературе проблема анозогнозии рассматривается преимущественно в связи с проблемой критики к болезни у лиц с психическими расстройствами, прежде всего у лиц с зависимостями от психоактивных веществ [9; 11]. Психологическое содержание и механизмы формирования анозогнозических реакций у соматических больных остаются недостаточно изученными, сохраняет актуальность проблема психологического сопровождения пациентов с анозогнозическим отношением к болезни. Это определило цель настоящего исследования: выявление

ние психологических особенностей лиц с анозогнозической реакцией на развитие неотложного кардиологического состояния (в связи с задачами психопрофилактики).

На базе кардиологических отделений Городской больницы № 23, а также Городской больницы Святой преподобномученицы Елизаветы г. Санкт-Петербурга было обследовано 165 пациентов (83 мужчины, 82 женщины в возрасте 41–75 лет), госпитализированных в связи с неотложными кардиологическими состояниями (нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, гипертонический криз). Средний возраст женщин был значимо выше, чем у мужчин ($61,5 \pm 0,86$ против $53,9 \pm 0,66$ лет, $p < 0,001$), что согласуется с эпидемиологическими данными [8].

Основные клинические и социальные характеристики обследованных представлены в таблице 1.

Психодиагностическое обследование осуществлялось на 4–8-й день пребывания на отделении (или после перевода из отделения кардиореанимации) при условии удовлетворительного самочувствия. В соответствии с целью исследования использовались следующие методы и методики:

- полуструктурированное интервью для получения информации об актуальной

жизненной ситуации и отношении к болезни;

- опросник для психологической диагностики типов отношения к болезни ТОБОЛ [5];

- госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale — HADS) [20];

- опросник «Стратегии совладающего поведения» (ССП) [4; 14] для оценки типичных способов поведения в стрессе;

- опросник «Уровень субъективного контроля» (УСК) [2] для определения локуса контроля;

- шкала для оценки приверженности лекарственной терапии [18];

- 10-балльные шкалы самооценки осведомленности о заболевании и приверженности лечению.

- Использовались следующие **методы математико-статистического анализа данных**: методы описательной статистики (частоты, среднее, стандартная ошибка среднего); методы сравнительного анализа (параметрический критерий t Стьюдента и непараметрический U критерий Манна — Уитни для количественных переменных, критерий χ^2 — для качественных). Нормальность распределения показателей оценивалась с применением критерия Колмогорова — Смирнова.

Таблица 1

Клинические и социальные характеристики обследованных пациентов

Клинические и социальные характеристики		Мужчины (n = 83)	Женщины (n = 82)	p
Причина госпитализации, чел. (%)	Инфаркт миокарда	69 (83,1%)	53 (64,6%)	0,06
	Нестабильная стенокардия	12 (14,5%)	25 (30,5%)	
	Гипертонический криз	2 (2,4%)	4 (4,9%)	
Частота госпитализаций, чел. (%)	Первичная	60 (72,3%)	44 (53,7%)	0,01
	Повторная	23 (27,7%)	38 (46,3%)	
Уровень образования, чел. (%)	Высшее	40 (48,2%)	37 (45,1%)	0,78
	Среднее / средне-специальное	43 (51,8%)	45 (54,9%)	
Трудовая занятость, чел. (%)	Есть	77 (92,8%)	77 (93,9%)	0,78
	Нет	6 (7,2%)	5 (6,1%)	
Семейное положение, чел. (%)	Состоит в браке	67 (80,7%)	40 (48,8%)	0,01
	Не состоит в браке	16 (19,3%)	42 (51,2%)	

Психологическое содержание анозогнозии у обследованных пациентов.

С использованием методики ТОБОЛ у 47 пациентов (28,5%) был диагностирован анозогнозический тип отношения к болезни — чистый или в составе смешанных типов. Для пациентов с анозогнозиями наиболее характерными являлись декларируемое хорошее самочувствие, бодрость, энергичность, оптимистическое видение будущего, убежденность в благоприятном медицинском прогнозе и в невозможности негативного влияния болезни на дальнейшую профессиональную деятельность и социальную активность.

Кроме того, по результатам частотного анализа было установлено, что из 47 пациентов с анозогнозическим типом отношения к болезни 30 пациентов (18,2% всей выборки и 63,8% анозогнозической подгруппы) выбрали утверждения методики ТОБОЛ, предполагающие иррациональное отрицание наличия или серьезности болезни: «Я здоров, и болезни меня не беспокоят», «Я ни в каком лечении не нуждаюсь», «Избегаю всякого лечения — надеюсь, что организм сам переборет болезнь», «Стараюсь не думать о своей болезни и жить беззаботной жизнью», «Считаю, что опасность моей болезни врачи преувеличивают».

Значимых различий по полу, возрасту и социальному положению (уровень образования, наличие / отсутствие профессиональной занятости, семейное положение) пациентов с анозогнозическим и неанозогнозическим вариантами реагирования на болезнь выявлено не было.

Характеристики образа жизни пациентов с анозогнозией.

Среди обследованных в догоспитальный период 27 (16,3%) пациентов принимали лекарственные препараты по профилактике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний в соответствии с назначениями врача, 37 (22,4%) — придерживались диеты, 45 (27,3%) — контролировали артериальное давление. При этом 55 (33,3%) — курили,

20 (12,1%) — регулярно (чаще одного раза в неделю) употребляли алкоголь.

Средний показатель по шкале приверженности лекарственной терапии составил $2,00 \pm 0,16$, что соответствует пониженному уровню, субъективная оценка приверженности медицинским рекомендациям по 10-балльной шкале — $8,72 \pm 1,50$, оценка готовности после выписки следовать медицинским рекомендациям — $7,96 \pm 1,50$, самооценка осведомленности о заболевании — $7,26 \pm 2,22$.

При сравнении характеристик приверженности лечению и образа жизни пациентов с разными типами отношения к болезни было выявлено единственное различие: пациенты с анозогнозией в догоспитальный период при наличии медицинских показаний значимо реже соблюдали рекомендации относительно лекарственной терапии (6,4% против 20,3%, $p < 0,05$).

Характеристики эмоционального статуса пациентов с анозогнозией.

При сравнении эмоциональных и личностных характеристик пациентов с различными типами реагирования было установлено, что для пациентов с анозогнозией характерны более низкие показатели по шкалам тревоги ($3,8 \pm 0,44$ против $5,9 \pm 0,34$, $p < 0,001$) и депрессии ($2,8 \pm 0,34$ против $4,8 \pm 0,28$, $p < 0,001$). Вместе с тем у шести (12,8%) пациентов с анозогнозией выявлялись признаки тревожного состояния, а у двух (4,3%) — депрессивного, при этом сочетание анозогнозии и эмоционального неблагополучия отмечалось только у впервые госпитализированных пациентов.

Когнитивно-поведенческие характеристики пациентов с анозогнозией.

По результатам сравнительного анализа у пациентов с анозогнозическим отношением был установлен более высокий уровень общей интернальности ($5,42 \pm 0,29$ против $4,40 \pm 0,15$, $p = 0,001$), интернальности в области семейных ($6,73 \pm 0,59$ против $4,74 \pm 0,32$, $p = 0,003$) и производственных ($5,60 \pm 0,60$ против $3,96 \pm 0,28$,

$p = 0,006$) отношений, нежели у пациентов с другими типами отношения к болезни.

Данные, иллюстрирующие специфику стиля совладания пациентов (по опроснику ССП), представлены в таблице 2.

Как следует из таблицы 2, для пациентов с анозогнозией характерно более редкое использование таких стратегий преодоления стресса, как самоконтроль, поиск социальной поддержки, принятие ответственности, избегание, положительная переоценка ситуации, чем у пациентов с другими вариантами реагирования на заболевание.

При сравнении психологических особенностей анозогностических пациентов, декларирующих хорошее самочувствие и убежденность в невозможности негативно-го влияния болезни на их будущее, но не отрицающих сам факт болезни и необходимости лечения, и пациентов, отрицающих сам факт серьезной болезни, было выявлено следующее. Для пациентов, отрицающих сам факт серьезной болезни, была характерна более выраженная тревога, чем для пациентов, отрицающих возможные последствия болезни ($p < 0,05$). Кроме того, на уровне тенденции у них отмечалось более частое использование в стрессогенной

ситуации стратегии дистанцирования ($p = 0,07$).

Настоящее исследование было направлено на оценку распространенности, психологического содержания и когнитивно-поведенческих механизмов анозогнозии у кардиологических пациентов, перенесших жизнеопасные состояния. Значимость данной проблемы определяется, прежде всего, высоким уровнем неприверженности медицинским рекомендациям кардиологических пациентов на всех этапах лечения, в особенности в отдаленном постгоспитальном периоде после перенесенных коронарных катастроф [1].

Известно, что неприверженность медицинским рекомендациям детерминирована комплексом клинических, ситуационных, эмоциональных и личностных характеристик, к которым относят малосимптоматическое течение заболевания, сложность схемы лечения, отсутствие поддержки ближайшего окружения в изменении образа жизни, низкий уровень информированности и неадекватные представления о сути и степени подконтрольности заболевания, а также различные варианты психических расстройств.

Таблица 2

**Стиль совладания со стрессом у пациентов с анозогнозиями
(по результатам применения методики ССП)**

Стратегии совладания со стрессом	Пациенты с анозогнозией (n = 47)	Пациенты без анозогнозии (n = 118)	t	p
	M ± m	M ± m		
Конфронтация	37,09 ± 2,31	40,96 ± 1,23	-1,60	0,11
Дистанцирование	42,58 ± 2,35	46,96 ± 1,29	-1,76	0,08
Самоконтроль	37,05 ± 2,38	44,05 ± 1,28	-2,82	0,006
Поиск социальной поддержки	42,79 ± 2,03	47,96 ± 1,22	-2,27	0,03
Принятие ответственности	41,33 ± 1,95	46,42 ± 1,14	-2,38	0,02
Избегание	39,19 ± 1,77	45,08 ± 1,11	-2,89	0,004
Планирование решения проблемы	43,49 ± 2,25	45,44 ± 1,40	-0,76	0,45
Положительная переоценка ситуации	38,81 ± 1,79	44,00 ± 1,16	-2,46	0,02

К числу последних относят анозогнозию — преимущественно нозогенное расстройство, проявляющееся парадоксальным отрицанием или недооценкой серьезности заболевания, в основе которых лежат диссоциативные механизмы [7]. Данная диссоциация представляет собой сочетание латентной тревоги и демонстративно-пренебрежительного отношения к ситуации болезни и лечения, в большинстве случаев, однако, не сопряженного с полным отказом от медицинской помощи.

Следует подчеркнуть, что феномен анозогнозии, представляя существенное значение в кардиологической практике, остается недостаточно разработанным с клинико-психологических позиций. Доминирующими трактовками являются либо психодинамические, объясняющие отрицание болезни как следствие действия психологической защиты против тревоги, либо психопатологические — как пограничное психогенное психическое расстройство, чаще всего — диссоциативного характера [19].

Неясными остаются психологические механизмы и детерминанты формирования именно этого типа отношения к болезни, противоречивы данные о влиянии анозогнозии на медицинский и психосоциальный прогноз [12; 15–17; 19]. В частности, имеются свидетельства сопряженности анозогнозии с более быстрым темпом восстановления в условиях стационара, а также со сниженным риском развития у пациентов тревожных и депрессивных расстройств. Вместе с тем отмечается склонность анозогностических больных оттягивать момент обращения за медицинской помощью и более низкая приверженность медицинским рекомендациям [15–17].

Работы, содержащие психологическое описание анозогностических пациентов, немногочисленны. Представляют интерес результаты британского исследования, проведенного в 1970-е годы Н. S. Croog с соав-

торами [13]. Обследовав 345 мужчин в возрасте 30–60 лет, перенесших первый инфаркт миокарда, авторы установили, что около 20% пациентов перед выпиской (то есть спустя три недели пребывания в стационаре) отрицают факт сердечного приступа. Примечательно, что полученные нами данные близки к данным Н. S. Croog с коллегами. Согласно настоящему исследованию, доля анозогностических пациентов среди лиц, госпитализированных с неотложными кардиологическими состояниями, составляет 28,5%, при этом 18,2% отрицают сам факт наличия у них серьезного заболевания. Примечательно, что вероятность анозогнозии не была связана ни с клиническими, ни с социально-демографическими характеристиками пациентов, включая пол, возраст, семейное положение, образование, профессиональную занятость. Это позволяет предположить ключевую роль личностных особенностей в формировании анозогнозии, прежде всего тех, которые оказывают наибольшее влияние на реакцию в стрессогенных ситуациях.

Н. S. Croog и соавторы указывают на склонность анозогностических кардиологических пациентов к игнорированию информации, касающейся жизнеугрожающих состояний, в частности, такие пациенты чаще отрицали, что среди их знакомых или родственников есть те, кто страдает заболеваниями сердца, были склонны преуменьшать соматические жалобы и чаще планировали скорейшее возвращение к трудовой активности, признавая при этом возможность несоблюдения медицинских рекомендаций. В личностном отношении пациенты с анозогнозией чаще отрицали у себя наличие социально неодобряемых характерологических особенностей (эгоцентризм, раздражительность, вспыльчивость и т. п.), а также каких-либо трудностей или конфликтов в супружеских отношениях. Таким образом, для анозогно-

зических пациентов характерен определенный когнитивный стиль, предполагающий игнорирование значимой отрицательной информации, что определяет особенности их поведения в стрессогенных ситуациях.

В настоящем исследовании были получены дополнительные данные о специфике когнитивных установок анозогностических пациентов. В этой группе была выявлена большая (по сравнению с другими типами отношения к болезни) выраженность интернальных тенденций, особенно в сфере семейных и производственных отношений. Этот результат свидетельствует, с одной стороны, о высокой потребности анозогностических пациентов в контроле над социально значимыми ситуациями, в ориентированности на активную позицию в общении, в профессиональной деятельности, урегулировании семейных отношений. С другой стороны, эти особенности определяют и повышенную уязвимость пациентов к ситуациям, не подлежащим контролю, развивающимся спонтанно, с неясным сценарием. Кроме того, можно предположить, что интернальность в сфере семейных и производственных отношений отражает актуализацию в сознании пациента тем семьи и профессиональной деятельности как подвергающихся наибольшему риску изменений в связи с серьезной болезнью. Следует отметить, что отдельные авторы отмечают более выраженную интернальность у лиц с жизнеопасными заболеваниями, имеющими анозогностические тенденции, однако аналогичных работ по кардиологическим пациентам в литературе не представлено [6].

Существенным представляется то, что, согласно полученным данным, потребность анозогностических пациентов в контроле сочетается с ограниченным репертуаром копинг-стратегий, прежде всего направленных на регуляцию эмоционального состояния (самоконтроль, избегание, поло-

жительная самооценка), поиск ресурсов (поиск социальной поддержки) и принятие ответственности за ситуацию. Для анозогностических пациентов характерен отчетливый проблемно-ориентированный стиль преодоления стресса с дефицитом пассивных и эмоционально-ориентированных стратегий, признанных наиболее эффективными в ситуации острого стресса и слабоконтролируемых ситуаций [3]. Наши данные лишь частично согласуются с данными Н. Д. Узлова и Н. Н. Габдрахмановой, также отмечающих у анозогностических пациентов (с туберкулезом легких) относительную ограниченность репертуара копинг-стратегий, но с преобладанием стратегии поиска социальной поддержки [10].

Наконец, среди значимых результатов исследования следует отметить отсутствие убедительных данных в пользу сопряженности анозогнозии и неприверженности медицинским рекомендациям, по крайней мере в период лечения. Вместе с тем по ретроспективной оценке пациенты с анозогнозией были несколько более склонны нарушать рекомендации относительно профилактического приема лекарственных препаратов в догоспитальный период, что может косвенно свидетельствовать о повышенном риске нарушения режима лекарственной терапии в постгоспитальный период. Это согласуется с данными и других авторов, указывающих на избирательность анозогностических пациентов в выполнении медицинских рекомендаций, особенно в амбулаторных условиях [12].

Таким образом, в исследовании были выявлены психологические особенности кардиологических пациентов с анозогнозией, заключающиеся в сочетании повышенной потребности в контроле над жизненными ситуациями (прежде всего в сфере семейных и производственных отношений) и ограниченного репертуара стратегий совладания со стрессом. Анозогностического

пациента, перенесшего неотложное кардиологическое состояние, можно охарактеризовать как личность, обладающую низкой толерантностью к слабоконтролируемым ситуациям и ограниченным репертуаром эмоционально-фокусированных и пассивных стратегий. Эти особенности, по-видимому, приводят к формированию парадоксальной реакции отрицания проблемы в ситуации острого стресса (жизнеопасного состояния) и, как следствие, избирательности в выполнении медицинских рекомендаций при деактуализации угрозы для жизни, что может иметь неблагоприятные последствия в отдаленной перспективе.

Полученные данные целесообразно использовать при разработке программ индивидуального психологического сопровождения пациентов, перенесших жизнеопасные кардиологические состояния, в процессе лечения и реабилитации, а также программ, направленных на расширение возможностей и эффективности коммуникации врача и пациента.

Выводы

У лиц, перенесших неотложные кардиологические состояния, анозогнозия является адаптационно-компенсаторной реакцией на острый стресс, направленной на подавление тревоги в связи с неподконтрольностью ситуации. На этапе стационарного лечения анозогнозия сопряжена с пониженной вероятностью развития тревожных и депрессивных состояний.

Вероятность формирования анозогностической реакции у экстренно госпитализированных кардиологических пациентов относительно не зависит от пола, возраста, социального положения и детерминируется преимущественно личностными характеристиками.

Для кардиологических пациентов с анозогнозией характерна недостаточность навыков саморегуляции (пассивного и эмоционально-ориентированного совладания со стрессом) в сочетании с повышенной потребностью в контроле над жизненными ситуациями.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алёхин А. Н., Сорокин Л. А., Трифонова Е. А., Чернорай А. В. Медико-психологический аспект адаптации пациентов, перенесших инфаркт миокарда: современное состояние проблемы // Вестник психотерапии. 2012. № 42. С. 26–45.
2. Бажин Е. Ф., Голынкина Е. А., Эткинд А. М. Опросник уровня субъективного контроля (УСК). М.: Смысл, 1993.
3. Вассерман Л. И., Абабков В. А., Трифонова Е. А. Совладание со стрессом: теория и психодиагностика. СПб.: Речь, 2010. 192 с.
4. Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Исаева Е. Р., Трифонова Е. А., Щелкова О. Ю., Новожилова М. Ю., Вукс А. Я. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессом и проблемными для личности ситуациями: Пособие для врачей и медицинских психологов. СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2009. 38 с.
5. Вассерман Л. И. и др. Психологическая диагностика отношения к болезни: Пособие для врачей / Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова, А. Я. Вукс. СПб.: СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2005. 32 с.
6. Пестерева Е. В., Чулкова В. А., Ильин Н. В., Симонова О. Н. Анозогнозия в формировании отношения к заболеванию у больных злокачественными лимфомами // Вопросы онкологии. 2008. Т. 54. № 3. С. 360–364.
7. Смулевич А. Б., Сыркин А. Л. Психокardiология. М.: Медицинское информационное агентство, 2005. 784 с.
8. Сыркин А. Л. Инфаркт миокарда. М.: Медицинское информационное агентство, 2006. 464 с.
9. Трифонова Е. А., Яровинская А. В. Актуальные вопросы изучения алкогольной анозогнозии // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. 2010. № 8. С. 375–379.

-
10. Узлов Н. Д., Габдрахманова Н. Н. Совладающее поведение и защитные механизмы личности у больных туберкулезом легких с анозогнозическим типом отношения к болезни // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2013. № 3 (20). [Электронный ресурс] URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 01.02.2015).
 11. Чирко В. В., Демина М. В. Синдромы нарушения сознания и самосознания. Сознание болезни // Наркология. 2009. Т. 8. № 6. С. 83–88.
 12. Covino J. M., Stern T. W., Stern T. A. Denial of cardiac illness: consequences and management // Primary Care Companion for CNS Disorders. 2011. Vol. 13 (5). pii: PCC. 11f01166. doi: 10.4088/PCC.11f01166.
 13. Croog S. H., Shapiro D. S., Levine S. Denial among male heart patients. An empirical study // Psychosom Med. 1971. Vol. 33. № 5. P. 385–397.
 14. Lazarus R., Folkman S. Manual for Ways of Coping Questionnaire. Palo Alto, CA, 1988.
 15. Levenson J. L., Mishra A., Hamer R. M., Hastillo A. Denial and medical outcome in unstable angina // Psychosom Med. 1989. Vol. 51(1). P. 27–35.
 16. Levine J., Warrenburg S., Kerns R., Schwartz G., Delaney R., Fontana A., Gradman A., Smith S., Allen S., Cascione R. The role of denial in recovery from coronary heart disease // Psychosom Med. 1987. Vol. 49(2). P. 109–117.
 17. Lowery B. J., Jacobsen B. S., Cera M. A., McIndoe D., Kleman M., Menapace F. Attention versus avoidance: attributional search and denial after myocardial infarction // Heart Lung. 1992. Vol. 21(6). P. 523–528.
 18. Morisky D. E., Green L. W., Levine D. M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence // Med Care. 1986. Vol. 24(1). P. 67–74.
 19. Vos M. S., Haes J. C., de. Denial in cancer patients: An explorative review // Psychooncology. 2007. Vol. 16. P. 12–25.
 20. Zigmond A. S., Snaith R. P. The hospital anxiety and depression scale // Acta Psychiatr Scand. 1983. Vol. 67(6). P. 361–370.

REFERENCES

1. Aljohin A. N., Sorokin L. A., Trifonova E. A., Chernoraj A. V. Mediko-psihologicheskij aspekt adaptatsii patsientov, perenessih infarkt miokarda: sovremennoe sostojanie problemy // Vestnik psihoterapii. 2012. № 42. S. 26–45.
2. Bazhin E. F., Golyunkina E. A., JETkind A. M. Oprosnik urovnja subjektivnogo kontrolja (USK). M.: Smysl, 1993.
3. Vasserman L. I., Ababkov V. A., Trifonova E. A. Sovladanie so stressom: teorija i psihodiagnostika. SPb.: Rech', 2010. 192 s.
4. Vasserman L. I., Iovlev B. V., Isaeva E. R., Trifonova E. A., Shchelkova O. Ju., Novozhilova M. Ju., Vuks A. Ja. Metodika dlja psihologicheskoi diagnostiki sposobov sovladanija so stressom i problemnymi dlja lichnosti situatsijami: Posobie dlja vrachej i medicinskih psihologov. SPb.: NIPNI im. V. M. Behtereva, 2009. 38 s.
5. Vasserman L. I. i dr. Psihologicheskaja diagnostika otnoshenija k bolezni: Posobie dlja vrachej / L. I. Vasserman, B. V. Iovlev, JE. B. Karpova, A. JA. Vuks. SPb.: SPb NIPNI im. V. M. Behtereva, 2005. 32 s.
6. Pestereva E. V., CHulkova V. A., Il'in N. V., Simonova O. N. Anozognozija v formirovanii otnoshenija k zabolevaniju u bol'nyh zlokachestvennymi limfomami // Voprosy onkologii. 2008. T. 54. № 3. S. 360–364.
7. Smulevich A. B., Syrkin A. L. Psihokardiologija. M.: Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo, 2005. 784 s.
8. Syrkin A. L. Infarkt miokarda. M.: Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo, 2006. 464 s.
9. Trifonova E. A., JArovinskaja A. V. Aktual'nye voprosy izuchenija alkohol'noj anozognozii // Aktual'nye problemy gumanitarnyh i estestvennyh nauk. 2010. № 8. S. 375–379.
10. Uzlov N. D., Gabdrahmanova N. N. Sovladajushchee povedenie i zashchitnye mehanizmy lichnosti u bol'nyh tuberkulezom legkih s anozognozicheskim tipom otnoshenija k bolezni // Medicinskaja psihologija v Rossii: jelektron. nauch. zhurn. 2013. № 3 (20). [JElektronnyj resurs] URL: <http://medpsy.ru> (data obrashchenija: 01.02.2015).
11. Chirko V. V., Demina M. V. Sindromy narushenija soznanija i samosoznanija. Soznanie bolezni // Nar-kologija. 2009. Т. 8. № 6. С. 83–88.

-
12. Covino J. M., Stern T. W., Stern T. A. Denial of cardiac illness: consequences and management // Primary Care Companion for CNS Disorders. 2011. Vol. 13 (5). pii: PCC. 11f01166. doi: 10.4088/PCC.11f01166.
 13. Croog S. H., Shapiro D. S., Levine S. Denial among male heart patients. An empirical study // Psychosom Med. 1971. Vol. 33. № 5. P. 385–397.
 14. Lazarus R., Folkman S. Manual for Ways of Coping Questionnaire. Palo Alto, CA, 1988.
 15. Levenson J. L., Mishra A., Hamer R. M., Hastillo A. Denial and medical outcome in unstable angina // Psychosom Med. 1989. Vol. 51(1). P. 27–35.
 16. Levine J., Warrenburg S., Kerns R., Schwartz G., Delaney R., Fontana A., Gradman A., Smith S., Allen S., Cascione R. The role of denial in recovery from coronary heart disease // Psychosom Med. 1987. Vol. 49(2). P. 109–117.
 17. Lowery B. J., Jacobsen B. S., Cera M. A., McIndoe D., Kleman M., Menapace F. Attention versus avoidance: attributional search and denial after myocardial infarction // Heart Lung. 1992. Vol. 21(6). P. 523–528.
 18. Morisky D. E., Green L. W., Levine D. M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence // Med Care. 1986. Vol. 24(1). P. 67–74.
 19. Vos M. S., Haes J. C., de. Denial in cancer patients: An explorative review // Psychooncology. 2007. Vol. 16. P. 12–25.
 20. Zigmond A. S., Snaith R. P. The hospital anxiety and depression scale // Acta Psychiatr Scand. 1983. Vol. 67(6). P. 361–370.

Е. П. Суворова

РОЛЬ ТЕКСТОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ФОРМИРОВАНИИ УМЕНИЯ УЧИТЬСЯ

Статья посвящена актуальной для современного общества проблеме формирования умения учиться, развития готовности к самообразованию. Выделены причины трудностей при освоении учебно-научного текста, приведена динамика введения в практику обучения в начальных классах эффективных приемов работы с учебно-научным текстом, приведены примеры использования отдельных приемов в практической работе.

Ключевые слова: познавательная деятельность, учебно-научный текст, методический прием.

Е. Suvorova

ROLE OF TEXT ACTIVITIES FOR THE DEVELOPMENT OF THE SKILL TO LEARN

The article is dedicated to the relevant for the contemporary society problem of the development of the skill to learn, the development of readiness for the self-education. The grounds of the difficulties in the mastery of scientific learning text are identified, and the dynamics of the introduction into the practice of instruction in primary school of the effective methods of work with the scientific learning text is suggested, the examples of the use of the methods in the practical work are given.

Keywords: cognitive activities, scientific learning text, teaching technique.

Одним из значимых противоречий пост-индустриального мира является противоречие между потребностью общества в мобильной личности, готовой к самообразо-

ванию, и экранной зависимостью, которая формируется практически с первых лет жизни человека и характерна для значительной части молодого поколения.