

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ
ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ
СЕРДЦА И ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Татьяна Владимировна Чапала

*Тольяттинский государственный университет,
4405667, г. Тольятти, ул. Белорусская, д. 14, klini.tat@yandex.ru*

Реферат. Представлены результаты психологического исследования 152 пациентов, страдающих ишемической болезнью сердца и пациентов, перенесших инфаркт миокарда. Даны дифференциально-диагностические психологические характеристики с учетом диагноза пациентов. Применен новый психодиагностический комплекс. Представлен качественный и сравнительный анализ психодиагностики. Получены новые данные о психологических факторах риска, важных для проведения психокоррекционных мероприятий с данным контингентом больных.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, психологические факторы риска, психокоррекция.

DIFFERENTIAL-DIAGNOSTIC PSYCHOLOGICAL
CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ISCHEMIC
HEART DISEASE AND MYOCARDIAL INFARCTION

Tatyana V. Chapala

Toliatti State University, 4405667,
Toliatti, Belorusskaya street, 14, klini.tat@yandex.ru

The article presents the results of a psychological study of 152 patients suffering from coronary heart disease and patients after myocardial infarction. There were given differential diagnostic psychological characteristics with regard to the diagnosis of patients. We used a new psycho-diagnostic complex. There was provided a qualitative and comparative analysis of psychodiagnostics. New data on psychological risk factors that are important for carrying out corrective treatment with this patient population were obtained.

Key words: ischemic heart disease, myocardial infarction, psychological risk factors, psychological correction.

Психологическая картина, сопровождающая ишемическую болезнь сердца, крайне разнообразна и вариативна. Отечественными и зарубежными исследователями рассматривалось наличие у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) высокой личностной тревожности со склонностью к соматизации проявлений, хронического стресса, трудностей дифференциации и вербализации эмоций, неотрагированных аффективных переживаний, эмоциональных нарушений тревожного, ипохондрического, депрессивного типов, коррелирующих

с тяжестью заболевания, использования относительно конструктивных и неконструктивных поведенческих стратегий и типов психических защит [1–3]. Наряду с перечисленными психологическими коррелятами ИБС в ряде работ также отмечаются устойчивые ригидные поведенческие установки, характеризующиеся склонностью к соревновательности, высоким темпом жизни, неспособностью к релаксации, дефицитарной формой реализации агрессивности [4].

Современное общество негативно относится к публичному проявлению агрессии, обязывая своих членов строго контролировать агрессивные реакции. Одновременно особенности развития общества требуют от субъекта необходимой агрессивности, позволяющей ему добиваться своих целей. При этом субъект оказывается перед дилеммой контроля и проявления агрессии. Агрессивность как устойчивая личностная характеристика и ее составляющие (враждебность, гнев, вина) сопровождаются висцеро-вегетативными расстройствами, приводящими к изменениям в сердечно-сосудистой системе [5].

В основе проведенного исследования лежит предположение о том, что психологические факторы риска (низкая фрустрационная толерантность, агрессивность, враждебность, переживание чувства обиды, вины, депрессия) оказывают влияние на развитие негативной динамики и неблагоприятный прогноз ИБС. В исследовании принимали участие пациенты с верифицированным диагнозом ИБС различной тяжести, а также пациенты с ИБС, осложненной инфарктом миокарда (ИМ).

Экспериментальная группа состояла из 152 человек и была распределена на подгруппы в соответствии с клинической формой ИБС: 92 со стабильным течением ИБС, 31 из числа перенесших ИМ. Всем пациентам диагноза были

поставлены врачами в соответствии с МКБ-10 на основании общих клинических данных с применением инструментальных, лабораторных методов исследования.

Группы участников исследования были составлены по нозологическому критерию. Экспериментальная группа (ЭГ), состоящая из пациентов с ИБС, была распределена по трем подгруппам в соответствии с клинической формой ИБС: ИБС-1 – 35% пациентов (21 женщина и 10 мужчин) с безболевой ишемией (функциональные изменения сердца регистрируются по результатам обследования ЭКГ), ИБС-2 – 30% больных (18 женщин и 12 мужчин) со стабильным течением ИБС, стенокардией напряжения I ФК, ИБС-3 – 35% больных (25 женщин и 6 мужчин) со стабильной стенокардией напряжения II ФК. Подгруппу ИМ составили 30 пациентов (18 мужчин и 12 женщин) с ИМ без зубца Q. В контрольную группу (КГ) вошли 30 здоровых лиц (20 мужчин и 10 женщин). Возраст участников исследования варьировал от 47 до 60 лет (средний возраст – 55,4 года).

Для проведения исследования был разработан психологический диагностический комплекс, направленный на выявление особенностей эмоционального и поведенческого реагирования в трудных ситуациях: диагностика фрустрационных реакций «Проективный рисуночный фрустрационный тест Розенцвейга»; проективный Hand-test; методика показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки; дифференцированная диагностика депрессивных состояний В. Зунга, позволяющая выявить психологические факторы риска в негативной клинической динамике ИБС. Значимые различия между выборками по уровню признака определялись с применением критерия Манна–Уитни (U), для опросника Зунга использовался критерий Фишера (F).

Выявлены следующие значимые различия: показатели эго-защитных (E-D) реакций в КГ выше, чем в ЭГ ($U=805,5$ при $p<0,01$), т.е. лица в КГ характеризовались низкой стрессоустойчивостью, уделяли больше внимания защите своего «Я», чем пациенты ЭГ; показатели необходимо-упорствующих (N-P) реакций в ЭГ были выше, чем в КГ ($U=1061,0$ при $p<0,01$), т.е. пациенты с ИБС демонстрировали большую мотивацию достижения поставленной цели, чем из КГ. Интропунитивные реакции (I) в КГ были выражены меньше, а импунитивные (M) реакции больше, чем в ЭГ ($U=1479,0$ и $948,5$ при $p<0,01$),

Таблица 1

Сравнение типов и направлений фрустрационных реакций в ЭГ и КГ (средние значения)

Показатели	U-критерий Манна–Уитни	p
O-D	1853,50	0,09
E-D	805,50	0,00
N-P	1061,00	0,00
E	991,00	0,00
I	1479,00	0,00
M	948,50	0,02
GCR	1718,00	0,00

т.е. здоровые обследованные реже брали на себя ответственность и чаще снимали ответственность со всех участников ситуации, чем пациенты с ИБС. Индекс социальной адаптации (GCR) в КГ был значимо выше, чем в ЭГ ($U=1718,0$ при $p<0,02$), что указывало на большую социальную дезадаптацию пациентов с ИБС.

Практически во всех группах у пациентов с ИБС ИМ был достоверно больше, чем у обследованных КГ с выраженным необходимо-упорствующим типом. Полученные данные согласовывались с литературными сведениями, согласно которым лицам с заболеваниями сердечно-сосудистой системы свойственно сочетание мотивации достижения, постоянной соревновательности, враждебности и подавленной агрессии.

Качественный анализ результатов методики Hand-test, направленной на выявление устойчивых поведенческих тенденций субъекта, показал, что ведущими поведенческими тенденциями у пациентов без клинических проявлений стенокардии являются аффектация и коммуникация. Аффектация отражает способность субъекта к активной социальной жизни, желание сотрудничать с другими, а тенденция к коммуникации – потребность субъекта в общении. В подгруппах, включавших пациентов с выраженной клинической симптоматикой (ИБС-2, ИБС-3, ИМ), доминировали тенденции к агрессии, директивности, коммуникации и напряжения. В отличие от пациентов первой подгруппы, эти пациенты не испытывали потребности в эмоциональном одобрении, но нуждались в общении, принятии референтной группой. При этом они были склонны к вербальной или физической агрессии, а также испытывали потребность подчинить другого человека своему влиянию, ощутить превосходство над другими людьми, демонстрировали повышенную готовность использовать других людей в своих интересах.

Таблица 2

Сравнение значимых переменных методики Hand-test (средние значения для ЭГ и КГ)

Показатели	U-критерий Манна–Уитни	p
Коммуникативность	1758,50	0,03
Физическая ущербность	1640,00	0,01
Напряжение	1700,50	0,02
Активность	1738,50	0,02
Пассивность	1146,50	0,00
Индекс агрессивности	1588,50	0,01

Таблица 3

Сравнение значимых переменных методики Басса–Дарки (средние значения для двух групп)

Показатели	U-критерий Манна–Уитни	p
Негативизм	1241,00	0,00
Подозрительность	1023,50	0,00
Обида	1576,50	0,00
ФА	1356,00	0,00
ВА	1306,00	0,00
Индекс агрессивности	1552,00	0,00

Сравнительный анализ данных ЭГ и КГ показал, что отличительной особенностью ЭГ в сравнении с КГ является повышение показателя «коммуникация». Потребность в доверительных отношениях возрастала с появлением клинических признаков болезни. Достоверно чаще показатели «физическая ущербность», «пассивность», «напряжение» встречались в выборке ЭГ в сравнении с КГ.

Исследование уровня и структуры агрессивности методикой Басса–Дарки выявило, что ведущими составляющими в структуре общей агрессивности во всех клинических подгруппах были физическая, вербальная и косвенная агрессивность. Пациенты с различной тяжестью ИБС демонстрировали высокую готовность к использованию физической силы против другого лица, к направлению агрессии на лицо или предмет, замещающие фрустратора, а также к выражению негативных чувств как через форму (крик), так и через содержание (оскорбления, угрозы) словесных ответов. У пациентов с выраженной клинической симптоматикой, наряду с агрессией, появлялись готовность выразить негативные чувства при малейшем возбуждении, вспыльчивость и грубость, а также подозрительность. У больных с ИБС без клинических симптомов имели место показатели агрессии, более низкие в сравнении с таковыми в других клинических подгруппах. Анализ динамики индекса агрессивности показал, что его увеличение прямо пропорционально усилению тяжести заболевания и развитию осложнений, что, возможно, взаимосвязано и является следствием влияния эмоционального состояния в виде агрессивных тенденций на отягощение симптомов ИБС.

Сравнительный анализ данных при помощи U-критерия Манна–Уитни показал превышение показателей представленных в таблице переменных в ЭГ в сравнении с таковым в КГ. Лица

без клинической симптоматики демонстрировали поведенческие тенденции, типичные для них в большинстве жизненных ситуаций (преморбидные), в частности высокий контроль агрессии. После проявления первых клинических признаков заболевания контроль за аффективными реакциями снижался, возрастали ранее подавляемая агрессия и директивность, эмоционально негативные всплески оправдывались тяжелой болезнью, раздражительностью, страхом. Таким образом, сама ситуация болезни являлась пусковым механизмом, приводившим к изменению на деструктивные поведенческие стратегии.

Самый высокий показатель депрессии был выявлен по методике Зунга у пациентов с ИМ и у лиц с осложненной формой ИБС. Среди групп пациентов с ИБС самые высокие показатели депрессии были зарегистрированы у больных стабильной стенокардией напряжения. Сравнение между подгруппами ИБС-1, ИБС-2, ИБС-3 и группами ИМ и КГ выявило высокую степень различий между показателями депрессии. Самые высокие различия между показателями депрессии наблюдались при сравнении выборок ИБС-1 и ИБС-2 с подгруппами ИМ ($F = 0,48$ при $p \leq 0,01$), т.е. проявление депрессии было значительно выше в группах с ИМ, что позволяет предположить рост депрессии в зависимости от нозологической формы.

При использовании психологического диагностического комплекса и анализ полученных результатов была установлена взаимосвязь между рядом психологических параметров и развитием определенной нозологической формы ИБС – осложнения по типу ИМ. Пациенты с ИБС, общаясь с окружающими людьми, видят лишь отражение собственных негативных эмоций и деструктивных жизненных установок – директивности, враждебности, высокомерия и с трудом

сдерживаемой агрессии. Собственное враждебное восприятие мира с преобладанием «налета» недоверия и негативизма проецируется ими на других людей, что влияет на формирование иррациональных представлений о социальном окружении вообще и о медицинских работниках в частности. Фиксируя только негативный опыт, пациенты не видят и соответственно не чувствуют необходимой им эмоциональной поддержки и участия. Стойкое раздражение, враждебность в отношениях и отрицание авторитетов делают неэффективной любую коммуникацию. Выработанные годами паттерны поведения оказывают негативное влияние на состояние здоровья. Страх перед беспомощностью вследствие болезни, возможной инвалидностью, страх перед развитием осложнений, панический страх смерти приводят к формированию фобического синдрома, развитию депрессии. Соматические изменения влияют на психическую сферу, вызывая повышенную агрессивность и враждебность. Подозрительность, гневливость, взрывы ярости негативно влияют на субъективную оценку состояния здоровья, ведут к развитию нозоманических и параноических идей и усугубляют течение болезни. Таким пациентам необходима психологическая и социальная поддержка, которая может быть реализована через психологическое сопровождение в муниципальных медицинских учреждениях. Психологические методы коррекции помогут пациенту справиться с возникающими негативными эмоциями. Регулируемое эмоциональное состояние может улучшить самочувствие, позволит контролировать болезнь. Целесообразны разработка и внедрение стратегий развития психологической службы в медицинских муниципальных учреждениях для оптимизации процесса лечения больных ИБС с применением опыта психологического сопровождения пациентов. Объединение усилий медиков и психологов значительно повысит качество обслуживания пациентов, поможет нивелировать негативные проявления заболевания, явиться превентивной мерой в лечебном процессе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Березин Ф.Б., Безносюк Е.В., Соколова Е.Д. Психологические механизмы психосоматических заболеваний // Российский медицинский журнал. 1998. № 2. С. 43–49.
2. Ковшова О.С. Артериальная гипертония подростков: психосоматический подход к диагностике и лечению. Самара: НВФ ООО «СМС», 2001. 100 с.
3. Соловьева С.Л. Медицинская психология: новейший справочник практического психолога. М. – СПб: Сова, 2006. 575 с.
4. Соловьева С.Л. Агрессивность как свойство личности в норме и патологии: Дис. ... д-ра психол. наук. СПб: СПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова, 1996. 600 с.
5. Соловьева С.Л. Задачи психологической реабилитации в клинике внутренних болезней / Сборник тезисов Всероссийской научно-практической конференции «Биопсихосоциальный подход к проблеме нейрореабилитации». Санкт-Петербург, май 2015. С. 77–79.

REFERENCES

1. Berezin F.B., Beznosyuk E.V., Sokolova E.D. *Rossiiskii meditsinskii zhurnal*. 1998. № 2. pp. 43–49. (in Russian)
2. Kovshova O.S. *Arterial'naya gipertoniya podrostkov: psikhosomaticheskii podkhod k diagnostike i lecheniyu*. Samara: NVF ООО «SMS», 2001. 100 p. (in Russian)
3. Solov'eva C.L. *Meditsinskaya psikhologiya: noveishii spravochnik prakticheskogo psikhologa*. Moscow – St.Petersburg: Sova, 2006. 575 p. (in Russian)
4. Solov'eva S.L. *MD dissertation (Psychology)*. St.Petersburg: SPb GMU im. akad. I.P. Pavlova, 1996. 600 p. (in Russian)
5. Solov'eva S.L. Abstracts of Papers, «*Biopsikhosotsial'nyi podkhod k probleme neiroreabilitatsii*». *Proceedings of the Conference*. St. Petersburg, may 2015. pp. 77–79. (in Russian)

Поступила 11.06.15.