

## ИНДИВИДУАЛЬНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

**Коновальцева Е.А.<sup>1</sup>, Коновальцев Е.Б.<sup>2</sup>, Набойченко Е.С.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра клинической психологии, Екатеринбург

<sup>2</sup>МО «Новая больница», отделение реанимации и интенсивной терапии, Екатеринбург

<sup>3</sup>ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра клинической психологии, Екатеринбург

Различные исследования свидетельствуют о наличии психологических факторов, в т.ч. личностных особенностей, влияющих на возникновение, течение и прогноз сердечно-сосудистых заболеваний. Цель: выявить индивидуально-типологические особенности пациентов с первичным инфарктом миокарда в зависимости от типа реагирования на болезнь. Обследованы 60 пациентов с первичным инфарктом миокарда. После анализа выявленных типов реагирования на болезнь (ТОБОЛ) выделены 3 группы пациентов: 1) с эргопатическим, аносогнозический и смешанным ТОБОЛ, включающем эргопатический и аносогнозический, эргопатический и сенситивный ТОБОЛ; 2) с тревожным и диффузным (состоящий из 4 и более типов) ТОБОЛ; 3) с «чистым» гармоничным ТОБОЛ. Выявлены индивидуально-типологические особенности, присущие каждой из рассматриваемых групп и корреляционные связи между ними. Для успешной реабилитации после перенесенного заболевания и снижения риска повторных эпизодов болезни пациенты из первых двух групп нуждаются в коррекции стратегии поведения и дополнительной психологической поддержке.

**Ключевые слова:** инфаркт миокарда, индивидуально-типологические особенности.

## Individual-typological features of patients with primary myocardial infarction

**Konovaltseva E.A.<sup>1</sup>, Konovaltsev E.B.<sup>2</sup>, Naboychenko E.S.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Urals State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Department of Clinical Psychology, Ekaterinburg

<sup>2</sup>Medical association «New Hospital», Department of Reanimation and Intensive Care, Ekaterinburg

<sup>3</sup>Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Urals State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Department of Clinical Psychology, Ekaterinburg

Various studies indicate the presence of psychological factors, including, personality traits that affect the occurrence, course and prognosis of cardiovascular diseases. Purpose: to identify the individual typological characteristics of patients with primary myocardial infarction, depending on the type of response to the disease. Sixty patients with primary myocardial infarction were examined. After the analysis of the revealed types of response to the disease (TRD), 3 groups of patients were identified: 1) with ergopathic, anosognotic and mixed TRD, including ergopathic and anosognotic, ergopathic and

sensitive TRD; 2) with an alarming and diffuse (consisting of 4 or more types) TRD; 3) with a "clean" harmonious TRD. Individual-typological features inherent in each of the groups under study and correlation links between them are revealed. For successful rehabilitation after a previous illness and reducing the risk of repeated episodes of the disease, patients from the first two groups need a correction of the behavior strategy and additional psychological support.

**Key words:** myocardial infarction, individual-typological features.

## **Введение**

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) сердечно-сосудистые заболевания до сих пор являются основной причиной временной утраты трудоспособности, инвалидности и преждевременной смертности в мире. Уже начиная со второй половины XX века, учеными было доказано, что огромное влияние на возникновение, течение и прогноз сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) имеют три фактора риска ишемической болезни сердца: повышенный уровень холестерина, артериальная гипертензия и курение, однако есть и психологические факторы, такие как стресс, депрессия, личностные особенности (Фридман, Розенман, Беарфут, Дальстром, Уильямс, Шеккеле, А.Б.Смулевич, Э.Б.Дубницкая, Н.А. Ильина).

Ишемическая болезнь сердца (в дальнейшем ИБС), острой формой которой является инфаркт миокарда, в 2014 г. зарегистрирована у 7,6 миллиона больных (18 лет и старше), из них первичный диагноз поставлен 984,2 тысячам; число умерших от болезней системы кровообращения составило 940,5 тысяч, в т.ч. от ИБС – 492,3 тысяч (52,3%). Эксперты ожидают, что в ближайшие десятилетия риск увеличения развития сердечно-сосудистых заболеваний будет только расти. Этому способствует ускорение темпа жизни населения и рост доли пожилого населения [1].

В российской и зарубежной литературе все чаще обсуждаются вопросы выявления психологических факторов, влияющих не только на возникновение ССЗ, но и на их течение, с целью снижения негативного влияния данных факторов и их коррекции для успешной реабилитации кардиологических пациентов.

Адекватное и конструктивное отношение пациентов к выявленному заболеванию, соблюдение рекомендаций существенно продлевают жизнь пациента и снижают риски повторных эпизодов болезни. В связи с этим всё более актуальным становится определение особенностей пациентов с тем или иным заболеванием с целью выявления ресурсов личности для успешного преодоления болезни, её последствий, снижению их влияния на качество жизни пациента. Поэтому изучение обозначенной проблемы, на наш

взгляд, является актуальным и высокозначимым как в практическом, так и в теоретическом аспекте.

### **Цель исследования**

Выявить индивидуально-типологические особенности пациентов с первичным инфарктом миокарда в зависимости от типа реагирования на болезнь.

### **Материалы и методы исследования**

Для проведения исследования отобраны 60 анкет, полученных при работе с пациентами, поступившими с первичным инфарктом миокарда в отделение реанимации и интенсивной терапии МО «Новая больница» г.Екатеринбург в 2016-2017 гг. Всем пациентам была выполнена процедура чрескожной транслюминальной ангиопластики и стентирования коронарных артерий, в связи с чем дальнейший прогноз и течение заболевания при соблюдении пациентами рекомендаций врача представляются благоприятными. Возраст испытуемых составил от 33 лет до 77 лет (средний возраст – 54,6 лет), 52 пациента были мужчинами, 8 – женщинами, распределение по уровню образования следующее: 28 человек с высшим образованием, 24 – со специальным, 8 – со средним. В исследовании участвовали пациенты, не имеющие выраженных психических и когнитивных нарушений. Для проведения исследования использовались следующие методики: индивидуально-типологический опросник (Л.Н. Собчик), «Тип отношения к болезни» (Л.И. Вассерман, А.Я. Вукс, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова), «Способы совладающего поведения» (методика Р.Лазариуса и С.Фолкмана в адаптации Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяка, М.С. Замышляевой и дополнительной стандартизации Л.И. Вассермана, Б.В. Иовлева, Е.Р. Исаевой, Е.А. Трифионовой, О.Ю. Щелковой, М.Ю. Новожиловой), опросник «Уровень субъективного контроля» (методика Дж.Роттера в адаптации Е.Ф. Бажина, Е.А. Голынкиной, Л.М. Эткинда).

В целях проведения исследования испытуемым выдавалась для заполнения анкета на 13 листах, включающая в себя общие характеристики (пол, возраст, образование, семейное положение, наличие детей, профессия), и 4 опросных листа согласно методикам, описанным выше.

### **Результаты исследования**

По результатам проведенного опроса были отобраны анкеты, удовлетворяющие показателям достоверности по шкалам «Ложь» и «Аггравация» согласно индивидуально-типологическому опроснику.

Исходя из деления исследуемых по типам отношения к болезни (ТОБОЛ) на 3 блока, выделяя при этом пациентов с гармоничным типом реагирования на болезнь, как

наиболее благоприятных, а также учитывая итоги проведения расчетов коэффициента Манна-Уитни, оценивающие различия между выделенными группами по примененным методикам, полученные результаты были разделены на 3 блока:

1) В первый блок вошли пациенты с эргопатическим (Р), анозогнозический (З) и смешанным (РЗ) ТОБОЛ, а также смешанным ТОБОЛ, включающем эргопатический (Р) и сенситивный (С) ТОБОЛ. Отличительными чертами данных пациентов являются: бодрость, хорошее самочувствие, хороший аппетит, стремление не поддаваться болезни, продолжить профессиональную деятельность на том же уровне или даже больше, не показывать виду, что больны окружающим и близким, готовность к лечению, в некоторых случаях – отрицание факта влияния болезни на здоровье и будущее (З, РЗ) или беспокойство за будущее, ухудшение настроения, раздражительность, проявление агрессии (Р, РС).

2) Второй блок состоит из пациентов с тревожным (Т) и диффузным (состоящий из 4 и более типов) ТОБОЛ. Эти пациенты характеризуются плохим самочувствием и настроением, тревогой за свое будущее и будущее близких, связанной с болезнью, ухудшением настроения, мыслями о неизлечимости болезни и возможных осложнениях, связанных с ней, страхом лишиться работы, проблемами со сном, аппетитом, раздражением по отношению к окружающим, недоверием врачам.

3) Третий блок объединил пациентов с «чистым» гармоничным (Г) ТОБОЛ, которые характеризуются желанием вылечиться, соблюдают предписания врачей, при этом адекватно оценивают свое состояние и стремятся сохранить активную социальную позицию. Они демонстрируют уравновешенность настроения либо стремление побороть плохое настроение, хороший аппетит, готовность к лечению и надежды на его продуктивность, готовность к продолжению профессиональной деятельности, желание перебороть болезнь, не поддаваться ей, желание не показывать виду, что больны, близким и окружающим.

Стоит отметить, что пациенты первой группы разведены в 19% случаев, второй группы – в 60% случаев, 3 группы – в 100% случаев состоят в браке.

Распределение пациентов по полученным группам в процентном соотношении указано в таблице 1.

Таблица 1  
Распределение пациентов по группам в зависимости от ТОБОЛ

ТОБОЛ	Количество	%
1 тип (Р, З, РЗ, РС)	42	70,0
2 тип (Т, диффузный)	10	16,7
3 тип (Г)	8	13,3

По итогам проведения методики УСК большинство полученных средних значений характеризует всех испытуемых как экстернальных личностей, что свидетельствует о пониженном уровне субъективного контроля. Низкие показатели по интернальности в области здоровья и болезни (Из), выявленные у пациентов первых двух типов, говорят о том, что эти пациенты считают болезнь и здоровье результатом случая, а не собственных действий или бездействий, и надеются, что выздоровление придет в результате действий врачей. Пациенты из третьей группы, с гармоничным ТОБОЛ, характеризуются нормой интернальности в области здоровья и болезни, что подтверждает их адекватную оценку своего заболевания, его последствия и необходимость лечения. Пациенты второго типа имеют самые низкие показатели по всем шкалам, кроме общей интернальности и существенно отличаются от двух других групп низким показателем интернальности в области неудач и семейных отношений. При этом стоит отметить, что пациенты второго типа в 60% случаев разведены, а все пациенты третьего типа имеют высокие показатели по интернальности в области семейных и межличностных отношений и состоят в браке. Возможно, интернальность в области семейных отношений и наличие партнера являются важными условиями формирования гармоничного типа отношения к болезни.

Согласно некоторым исследованиям выявлено, что внутренний локус контроля коррелирует с низким уровнем депрессии и повышение уровня интернальности положительно влияет на психологическое и клиническое восстановление (Feifel H., Strack S., Tong Nagy V., 1987; Maeland J., Navic O., 1987). В связи с этим в целях реабилитации важно изменять локус контроля в ходе психотерапевтических мероприятий.

Таблица 2  
Средние арифметические значения показателей по УСК

ТОБОЛ	Ио	Ид	Ин	Ис	Ип	Им	Из
1 тип (Р, З, РЗ, РС)	5,2	4,2	4,9	5,3	4,7	5,0	4,7
2 тип (Т, диффузный)	5,0	4,0	2,8	3,2	3,8	3,6	4,2
3 тип (Г)	4,8	4,3	5,0	6,5	4,0	6,0	5,5

Примечание.

Ио – общая интернальность;

- Ид – интернальность в области достижений;
- Ин – интернальность в области неудач;
- Ис – интернальность в области семейных отношений;
- Ип – интернальность в области производственных отношений;
- Им – интернальность в области межличностных отношений;
- Из – интернальность в области здоровья и болезни.

При интерпретации результатов, полученных после проведения методики «Способы совладающего поведения» выявлено, что наибольший набор копинг-стратегий проявляет третья группа пациентов, в связи с чем можно предположить о наличии высокой вариабельности поведения данных пациентов в зависимости от той или иной ситуации и, соответственно, их устойчивости к различным жизненным ситуациям и адекватности поведения. Анализ копинг-стратегий пациентов первой и второй групп подтверждают выводы, сделанные после проведения методик ТОБОЛ и УСК. Так, выраженность у первой группы пациентов копинг-стратегий «планирование решения проблемы», «поиск социальной поддержки», «самоконтроль» может говорить о чрезмерной рационализации, формировании зависимой позиции от окружающих, сдерживании переживаний, их подавлении и укрытии, в т.ч. от близких. Дополнительно к указанным характеристикам пациентов первой группы, пациенты второй группы, имея выраженную копинг-стратегию «принятие ответственности», которая в неадаптивном варианте говорит о чрезмерной самокритике, что вкупе с экстернальностью может привести к ощущению бессилия, проявляют раздражительность, тревожность. Все три группы пациентов показывают высокий уровень демонстрации копинг-стратегий «самоконтроль», «поиск социальной поддержки», «планирование решения проблемы», проявление указанных стратегий может повлиять на уменьшение вероятности длительного приема препаратов пациентами во время реабилитации [2].

Таблица 3  
Средние арифметические значения показателей по методике «Способы совладающего поведения»

ТОБОЛ	Кон-фрон-тация	Дистан-цирование	Само-контроль	Поиск соци-альной под-держк и	Приня-тие от-ветст-венности	Бегство-избегание	Плани-рование реше-ния проб-лемы	Поло-жительна я пере-оценка
1 тип (Р, З, РЗ, РС)	45,0	50,0	59,9	62,9	56,7	35,3	<b>66,7</b>	52,1
2 тип (Т, диффуз-ный)	43,2	42,4	65,6	<b>68,0</b>	<b>68,2</b>	46,8	62,0	48,8
3 тип (Г)	61,0	57,0	65,5	<b>79,0</b>	68,8	57,5	<b>79,3</b>	70,0

При анализе результатов ИТО выявлено, что агрессивность у пациентов первой группы (Р, З, РС, РЗ ТОБОЛ) выше, чем у пациентов третьей группы с гармоничным ТОБОЛ. Данный результат подтверждает одну из характеристик основной группы пациентов с ишемической болезнью сердца, клинической формой которой является инфаркт миокарда, описанную, как группу с поведенческой моделью типа А (М.Фридман, Р.Розенман, исследования Беарфута, Дальстрома, Уильямса, Шеккеле). Поведенческая модель типа А характеризуется агрессивностью, нетерпеливостью, враждебностью и практически всегда – глубоко скрытой беззащитностью [3].

Таблица 4  
Средние арифметические значения показателей по ИТО

ТОБОЛ	Экстра-версия	Интро-версия	Спонтанность	Сензитивность	Агрессивность	Тревожность	Лабильность	Регидность
1 тип (Р, З, РЗ, РС)	5,2	4,4	5,1	5,2	4,3	5,0	5,1	6,2
2 тип (Т, диффузный)	3,2	6,6	4,6	6,6	4,0	7,0	5,4	5,6
3 тип (Г)	5,3	5,3	3,5	6,0	2,3	6,5	6,3	5,5

После общей оценки полученных результатов и вычисления средних значений показателей была проведена оценка достоверности различий выборок с помощью критерия Манна-Уитни [4].

Достоверные различия по первому уровню статистической значимости ( $p=0,05$ ) были выявлены между следующими группами по показателям:

1) Интернальность в области неудач (Ин) у пациентов второй группы (с тревожным и диффузным ТОБОЛ) ниже, чем у пациентов первой группы (Р, З, РС, РЗ ТОБОЛ). При критическом значении для сравниваемых групп в количестве 42 и 10 человек, равном 138, экспериментальное значение равняется 96.

2) Интернальность в области семейных отношений (Ис) у пациентов второй группы (с тревожным и диффузным ТОБОЛ) ниже, чем у пациентов первой группы (Р, З, РС, РЗ ТОБОЛ). При критическом значении для сравниваемых групп в количестве 42 и 10 человек, равном 138, экспериментальное значение равняется 125.

3) Интернальность в области семейных отношений (Ис) у пациентов второй группы (с тревожным и диффузным ТОБОЛ) ниже, чем у пациентов третьей группы с гармоничным ТОБОЛ. При критическом значении для сравниваемых групп в количестве 10 и 8 человек, равном 20, экспериментальное значение равняется 10.

4) Агрессивность у пациентов первой группы (Р, З, РС, РЗ ТОБОЛ) выше, чем у пациентов третьей группы с гармоничным ТОБОЛ. При критическом значении для

сравниваемых групп в количестве 42 и 8 человек, равно 105, экспериментальное значение равняется 97.

Таким образом, все три группы, разделенные ранее в работе по ТОБОЛ, имеют между собой различия по 1-2 критериям, определяемым в рассматриваемых методиках.

Для выявления корреляционных связей между индивидуально-типологическими особенностями пациентов в каждой из рассматриваемых групп применялся критерий Пирсона. В первой группе были выявлены корреляции второго уровня значимости, во второй и третьей группах – первого уровня значимости.

### **Выводы**

Опираясь на вышеуказанные результаты по каждой из методик и корреляционные связи, выявленные между ними, сделаны следующие выводы о характеристиках выделенных групп:

1) первая группа – в большей степени склонны приписывать ответственность за результаты своей деятельности не себе, а влиянию других людей, окружающим обстоятельствам, в частности, не присваивают себе результаты своих же достижений, неудач, производственных и межличностных отношений, контроля за состоянием здоровья; обладают чертами регидности, которая иногда может им мешать принимать советы и помощь от других людей; характеризуются проявлением тенденций самоутверждения и отстаивания своих интересов; рациональны при решении трудностей; считают необходимым самостоятельно справляться со своими проблемами, стараясь не волновать близких, хотя нуждаются в эмпатии; при болезни демонстрируют стратегию «ухода» в работу, отрицания болезни, но проявляют готовность к лечению;

2) вторая группа – экстерналы, в частности, больше чем другие обследуемые считают не себя, а своих партнеров (бывших или настоящих) ответственными за события, происходящие в их семье, свои неудачи считают результатом невезения; во время острого периода болезни отличаются подавленным состоянием, отказом от борьбы с болезнью, что вкупе с проявлением основной копинг-стратегией «принятие ответственности» может привести к неоправданной самокритике, переживанию чувства вины и неудовлетворенности собой с дальнейшим риском развития депрессивных состояний; проявляют тревогу за свое будущее и будущее близких в связи с болезнью, страх социальной дезадаптации, раздражение, недоверие врачам; характеризуются сдерживанием эмоций, стремлением скрывать от окружающих свои переживания и побуждения в связи с проблемной ситуацией; испытывают проблемы в получении поддержки в профессиональной сфере;



3) третья группа – характеризуются желанием вылечиться, соблюдают предписания врачей, при этом адекватно оценивают свое состояние и стремятся сохранить активную социальную позицию; демонстрируют уравновешенность настроения либо стремление побороть плохое настроение, хороший аппетит, готовность к лечению и надежды на его продуктивность, готовность к продолжению профессиональной деятельности, желание перебороть болезнь, не поддаваться ей, желание не показывать близким виду, что больны; считают себя ответственным за события, происходящие в своей семейной жизни и за построение межличностных отношений, но, несмотря на это, при наличии каких-либо проблем в семье, пытаются их отрицать, уклоняются от действий, необходимых для решения возникших трудностей, проявляют нетерпение, раздражение; демонстрируют экстернальность в области производственных отношений, достижений при низком уровне тревожности, что говорит об отсутствии страха потерять уже достигнутое; при решении проблем предпочитают действовать уже проверенными на собственном опыте способами, т.к. проявляют некоторые черты ригидности; могут демонстрировать бурное отреагирование негативных эмоций с дальнейшим проявлением замкнутости, желании уединиться, подумать; осуществляют преодоление сложных жизненных ситуаций с помощью переосмысления, рассмотрения их как стимула для личностного роста; имеют самый большой набор копинг-стратегий, что возможно, позволяет данным пациентам быть более устойчивыми к различным жизненным ситуациям и адекватно оценивать их.

Учитывая приведенные характеристики, сделан вывод о том, что первые две выделенные группы пациентов с перенесенным инфарктом миокарда проявляют тенденции нарушения социальной адаптации, которые могут помешать их успешной реабилитации после перенесенного заболевания, в связи с чем стратегии поведения этих пациентов требуют коррекции, а сами пациенты нуждаются в дополнительной поддержке.

#### Список литературы

1. Чазова И.Е. Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями: проблемы и пути их решения на современном этапе / И.Е. Чазова, Е.В. Ощепкова // Вестник Росздравнадзора №5, 2015.
2. Строкова Е.В. Влияние внутренней картины болезни, копинг-стратегий и самооотношения пациенток, перенесших инфаркт миокарда, на регулярность и приверженность к длительной терапии ишемической болезни сердца. Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал), №1(09), 2012.
3. Гринберг Дж. С. Управление стрессом. 8-е изд. — СПб.: Питер, 2012.

4. Некрасов С.Д. Математические методы в психологии (MS Excel): учеб. пособие. 3-е изд., испр. и доп. / С.Д. Некрасов. Краснодар: Кубанский гос. ун-т, 2014.

---

Коновальцева Елена Александровна - аспирант кафедры клинической психологии ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, 620014, Екатеринбург, ул.Репина, 3, каб.222, рабочий телефон: +7 (343) 214-86-75; e-mail [KonovaltcevaEA@trcont.ru](mailto:KonovaltcevaEA@trcont.ru).