



оригинальная статья

Психологические характеристики пациентов с инфарктом миокарда: от группы риска до реабилитации

Эльзессер Анастасия Сергеевна

Тихоокеанский государственный медицинский университет,
Россия, г. Владивосток

<https://orcid.org/0000-0002-3833-0502>

Кадыров Руслан Васитович

Тихоокеанский государственный медицинский университет,
Россия, г. Владивосток

<https://orcid.org/0000-0002-3778-5548>

Капустина Татьяна Викторовна

Тихоокеанский государственный медицинский университет,
Россия, г. Владивосток

<https://orcid.org/0000-0001-9833-8963>

12_archetypesplus@mail.ru

Поступила в редакцию 28.01.2022. Принята после рецензирования 19.02.2022. Принята в печать 22.02.2022.

Аннотация: Исследование пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями является актуальным, поскольку эта категория относится к группе социально значимых заболеваний и имеет широкую распространенность среди населения. Важны диагностика, лечение и профилактика этой группы заболеваний. Цель настоящего исследования – описать психологические характеристики пациентов с инфарктом миокарда на разных этапах заболевания (на этапе риска ИМ, после недавнего ИМ, по прошествии реабилитации). В исследовании приняли участие 159 человек в возрасте от 38 до 47 лет, среди них находящиеся в группе риска (43), недавно перенесшие инфаркт (39), прошедшие реабилитацию (37), условно здоровые респонденты (40). Оценка психологических характеристик осуществлялась с помощью ряда психодиагностических методик, охватывающих когнитивный, эмоциональный, поведенческий компоненты личности. Выявлены активные ранние дезадаптивные схемы. На всех этапах развития заболевания обнаружены противоречивое сочетание потребности в одобрении и непримиримости в отношении чужих ошибок, высокая тревожность и раздражительность, неконструктивные стратегии совладания со стрессом, низкий уровень рефлексивности. Показана взаимосвязь указанных факторов, поддерживающих разрушительные формы поведения, усиливающих психоэмоциональное напряжение. Проанализированы отношение к прошлому, настоящему и будущему на разных этапах развития заболевания. Обнаруженные тенденции позволяют проследить влияние психологических характеристик на поведенческие факторы, повышающие риск первичного и повторного инфаркта миокарда, скорректировать программы психологической поддержки при реабилитации пациентов, разработать адресные меры для профилактического воздействия на группы риска и наметить мишени для психотерапевтической работы с данными категориями лиц.

Ключевые слова: факторы риска инфаркта миокарда, психологические предикторы, тревожность, ригидность, агрессивность

Цитирование: Эльзессер А. С., Кадыров Р. В., Капустина Т. В. Психологические характеристики пациентов с инфарктом миокарда: от группы риска до реабилитации. *Вестник Кемеровского государственного университета*. 2022. Т. 24. № 1. С. 113–120. <https://doi.org/10.21603/2078-8975-2022-24-1-113-120>

original article

Psychological Profile of Patients with Myocardial Infarction: from Risk Group to Rehabilitation

Anastasia S. Elzesser

Pacific State Medical University, Russia, Vladivostok

<https://orcid.org/0000-0002-3833-0502>

Ruslan V. Kadyrov

Pacific State Medical University, Russia, Vladivostok

<https://orcid.org/0000-0002-3778-5548>

Tatyana V. Kapustina

Pacific State Medical University, Russia, Vladivostok

<https://orcid.org/0000-0001-9833-8963>

12_archetypesplus@mail.ru

Received 28 Jan 2022. Accepted after peer review 19 Feb 2022. Accepted for publication 22 Feb 2022.

Abstract: High morbidity and mortality make cardiovascular diseases socially significant. The Health Development Strategy of the Russian Federation though 2025 states the importance of diagnosis, treatment, and prevention of cardiovascular diseases.

This research featured the psychological profile of patients with myocardial infarction at different stages: 1) risk of myocardial infarction, 2) soon after myocardial infarction, 3) after rehabilitation. The study involved 159 patients aged 38–47, including those at risk (43), those soon after a heart attack (39), those after rehabilitation (37), and a conditionally healthy control group (40). The psychological characteristics were assessed using a number of psychodiagnostic methods and included cognitive, emotional, and behavioral components of personality. The obtained data were processed using the nonparametric Mann-Whitney U-test (significance level=0.05) and calculated with STATISTICA 10.0. The research revealed active early maladaptive schemes. At all stages, the patients experienced a contradictory combination of the need for approval and intransigence in relation to other people's mistakes, high anxiety and irritability, non-constructive strategies for coping with stress, and a low level of reflexivity. These factors were interconnected, caused destructive behavior, and increased the psycho-emotional stress. The research also covered the attitude to the past, present, and future at different stages of disease development. The trends revealed the effect of psychological profile on behavioral factors that could increase the risk of primary and recurrent myocardial infarction. The results can help specialists to improve the existing psychological support programs for cardiovascular patients, develop preventive measures for risk groups, and identify targets for psychotherapeutic work with these two categories.

Keywords: risk factors for myocardial infarction, psychological predictors, anxiety, rigidity, aggressiveness

Citation: Elzesser A. S., Kadyrov R. V., Kapustina T. V. Psychological Profile of Patients with Myocardial Infarction: from Risk Group to Rehabilitation. *Vestnik Kemerovskogo gosudarstvennogo universiteta*, 2022, 24(1): 113–120. (In Russ.) <https://doi.org/10.21603/2078-8975-2022-24-1-113-120>

Введение

Сердечно-сосудистые заболевания относятся к категории социально значимых¹ и имеющих широкую распространенность среди населения [1; 2]. Период 2015–2019 гг. демонстрировал повышение смертности от случаев острого и повторного инфаркта миокарда (ИМ) в 21 субъекте РФ [3]. Важность диагностики, лечения и профилактики этой группы заболеваний отражены в Стратегии развития здравоохранения в РФ на период до 2025 г.², поэтому исследование пациентов с данным видом заболевания является актуальным. Впоследствии эпидемия коронавируса ограничила возможности оказания медицинской помощи населению, а сложности кодирования причин смерти коморбидных пациентов привели к искажению картины статистических данных. Высокая нагрузка на систему здравоохранения показала важность поиска путей профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. В то же время одной из задач отечественного здравоохранения является поиск путей формирования у населения ответственного отношения к своему здоровью, а также изменение существующих моделей поведения, вносящих вклад в возникновение и развитие заболеваний [3–5].

В настоящее время внимание исследователей обращается к тем или иным психологическим факторам риска ИМ [6]. В исследованиях психологических предикторов ИМ накоплен большой массив эмпирических данных, полученный на отличающихся выборках, зачастую с применением различного методического аппарата. Среди психологических факторов рассматриваются: 1) психические состояния – стресс, депрессивность; 2) психические свойства личности – личностная

тревожность, низкий уровень стрессоустойчивости, враждебность; 3) симптомы психических нарушений: инверсия эмоционального отражения, алекситимия (во взаимосвязи с личностной тревожностью); 4) стратегии поведения: альтруизм, сотрудничество, избегание; 5) социальные факторы: уровень социальной поддержки, социальная интегрированность [7–14]. При этом в планировании исследования данного вопроса существуют известные сложности. Так, изучение факторов возникновения и развития заболеваний требует проведения лонгитюдных исследований, включающих десятилетия наблюдений. К примеру, исследование В. В. Гафарова и соавторов позволило проследить динамику таких психосоциальных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, как тревога и стресс, в течение 22 лет [6]. Полученные данные подтвердили высокую уязвимость старших возрастных групп, особенно женской выборки, и показали потенциальные возможности масштабных исследований социально-психологических факторов в динамике. Однако задача поиска паттернов поведения, влекущих за собой ИМ, требует тщательного подбора методик и их своевременной корректировки для определения наиболее перспективных областей изучения в дальнейшем лонгитюдном исследовании. Поэтому в данной статье представлено пилотажное исследование-псевдолонгитюд с участием лиц, находящихся на разных этапах заболевания ИМ.

Цель – описать психологические характеристики пациентов, находящихся на разных этапах заболевания ИМ, а также лиц с угрозой возникновения ИМ.

¹ Перечень социально значимых заболеваний. Утв. постановлением Правительства РФ № 715 от 01.12.2004. Режим доступа: <http://ivo.garant.ru/#/document/12137881/paragraph/3:0> (дата обращения: 28.01.2022).

² О Стратегии развития здравоохранения в РФ на период до 2025 г. Указ Президента РФ № 254 от 06.06.2019. Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/44326/page/1> (дата обращения: 28.01.2022).

Методы

В соответствии с целью исследования одной из групп сравнения должны стать респонденты, имеющие риск возникновения ИМ. Для этого применялась авторская анкета, включающая следующие научно доказанные факторы риска ИМ: употребление алкоголя, тревожность, наличие стресса, низкая физическая активность или гиподинамия, курение, лишний вес (абдоминальное ожирение), гипертония, депрессия, ненормальные липиды, сахарный диабет [10]. При наличии трех и более факторов респондент считался относящимся к группе риска ИМ.

Отбор респондентов производился среди случайной выборки населения г. Владивосток. Общее количество – 159 человек в возрасте от 38 до 47 лет, средний возраст – 42,3 года. Респонденты были разделены на следующие группы:

- 1) с риском ИМ: 43 человека: 28 мужчин и 15 женщин;
- 2) недавно перенесшие ИМ (после ИМ): 39 пациентов, находящихся на стационарном этапе восстановления в течение 2–5 дней после ИМ: 23 мужчины и 16 женщин;
- 3) прошедшие реабилитацию после ИМ (после реабилитации): 37 пациентов после постстационарного периода реабилитации: 23 мужчины и 14 женщин;
- 4) условно здоровые (УЗ): 40 человек, не имеющие в анамнезе ИМ и не входящие в группу риска его возникновения на момент исследования: 22 мужчины и 18 женщин.

Для полного охвата различных психологических характеристик методики подобраны в соответствии с компонентами, соответствующими сферам психической деятельности: когнитивный, эмоциональный, поведенческий (табл. 1).

Статистическая обработка данных проводилась при помощи программы Statistica 10.0. Для выявления различия основных групп исследуемых с группой сравнения применялся U-критерий Манна-Уитни с уровнем значимости не более 0,05 ($p \leq 0,05$).

Результаты

Когнитивный компонент

Результаты, продемонстрированные респондентами разных групп по Опроснику рефлексивности А. В. Карпова, приведены в табл. 2. Среди пациентов с риском ИМ и после ИМ чаще встречается низкий уровень рефлексивности, чем в группе УЗ. Вероятно, в той мере, в какой затруднены способность к анализу собственной психической деятельности и поступков, понимание их взаимосвязи и взаимовлияния, осложняется критический пересмотр тех психологических и поведенческих характеристик, которые считаются связанными с возникновением инфаркта миокарда.

Группа после реабилитации демонстрирует преобладание среднего уровня рефлексивности по сравнению с группой после ИМ ($U=258,5$; $p<0,03$), однако рефлексивность остается заметно более низкой, чем у группы УЗ ($U=264,0$; $p<0,03$).

Реабилитация способствует становлению привычки к анализу своих мыслей, переживаний и действий, что позволяет скорректировать собственную реакцию. Вероятно, развитие рефлексивности с низкого до среднего уровня позволит снизить и даже нивелировать некоторые психологические и поведенческие факторы риска рецидива ИМ.

По результатам методики РДС Дж. Янга в переводе П. М. Касьяник и Е. В. Романовой определены достоверные различия с группой сравнения и группами респондентов с риском ИМ ($U=306,0$; $p<0,01$), после ИМ ($U=237,5$; $p<0,01$) по шкале *неуспешность*. При этом РДС *неуспешность* чаще достигает высоких значений в группе после ИМ и может означать, что ситуация заболевания ИМ задействует схемы, связанные с неуверенностью в себе и своем будущем, ощущением своей несостоятельности

Табл. 1. Методики для диагностики психологических характеристик пациентов

Tab. 1. Psychological diagnostic methods

Компонент	Используемые методики
Когнитивный	- Опросник рефлексивности А. В. Карпова [15] - Методика диагностики ранних дезадаптивных схем (РДС) Дж. Янга в переводе П. М. Касьяник и Е. В. Романовой [16] - Диагностика уровня развития ценностно-смысловой сферы личности М. С. Яницкого, А. В. Серого [17]
Эмоциональный	- Интегративный тест тревожности А. П. Бизюк, А. И. Вассермана, Б. В. Иовлева [18] - Диагностика уровня эмпатии В. В. Бойко [19] - Шкала эмоционального опыта [20]
Поведенческий	- Стратегии совладающего поведения (ССП) А. И. Вассермана [21] - Индивидуально-типологический опросник (ИТО) А. Н. Собчик [22]

Табл. 2. Уровень рефлексивности респондентов, находящихся на разных этапах заболевания ИМ

Tab. 2. Reflexivity at different stages of myocardial infarction

Эмпирическая выборка	Низкий уровень (1–3)	Средний уровень (4–7)	Высокий уровень (7 и более)	Сравнение с группой УЗ
С риском ИМ	25	18	–	$U=180,0$; $p \leq 0,0001$
После ИМ	23	16	–	$U=163,0$; $p \leq 0,0001$
После реабилитации	14	23	–	$U=264,0$; $p \leq 0,1$
УЗ	10	30	–	–

при реализации планов. Схема *уязвимость* сильнее выражена как у недавно перенесших ИМ пациентов, так и у прошедших реабилитацию, по сравнению с другими выборками. Вероятно, после заболевания ИМ для исследуемых групп мир предстает менее предсказуемым и более опасным, при этом данная схема сохраняет активность после реабилитации, что говорит о необходимости коррекции психологических реабилитационных мероприятий в этом направлении, указывает на значимость реабилитации для данной категории пациентов и определяет направления психологической работы с ними.

Обнаружены РДС, выраженные в большей степени у группы с риском ИМ. Так, *поиск одобрения* связан с зависимостью самоуважения от внимания и одобрения других людей, зачастую выражается в гиперчувствительности к отвержению. Важные жизненные решения принимаются исходя из представлений об ожиданиях окружающих, что препятствует самоактуализации и не приносит удовлетворения. Страх отвержения, являющийся оборотной стороной данной схемы, составляет одну из черт типа D [13; 23]. *Пунитивность* означает непримиримую убежденность в том, что за совершенные ошибки следует наказывать, это выражается в гневе и агрессии, направленных на виновника (другого человека или самого себя), когда в его поступках обнаруживается несоответствие ожиданиям или стандартам. *Поиск одобрения* и *пунитивность* могут быть связаны с типом D, который включает страх отвержения, непреходящий дистресс и стремление его скрыть, а также агрессию, порожденную неумением разделить свои эмоции с другими людьми [13; 23].

Картина результатов у группы с риском ИМ служит косвенным подтверждением выбранной схемы исследования с включением групп, находящихся на разных этапах развития ИМ [9].

Диагностика уровня развития ценностно-смысловой сферы личности (М. С. Яницкий и А. В. Серый) показала сниженные показатели по шкалам, отражающим психологическое прошлое, настоящее и будущее, у всей выборки недавно переживших ИМ пациентов ($n=39$), что может объясняться проживанием опыта ИМ как травматического события, снизившего готовность воспринимать и осознавать свой жизненный путь. После ИМ у пациентов можно констатировать дискретное восприятие жизни, неудовлетворенность прожитым, настоящим, отсутствием целей в будущем, свобода выбора видится иллюзорной. Согласно интерпретации, этому варианту соответствуют защитные механизмы проекции, отрицания, отказа от своих намерений, что приводит к пассивному подчинению требованиям группы на фоне настороженного отношения к ней. Пациенты после ИМ обладают низкой самооценкой, испытывают высокую фрустрационную напряженность, подчиняются установленным нормам и правилам, но настороженно воспринимают лечение.

У прошедших реабилитацию актуальное смысловое состояние заключается в сочетании синхронизации смыслов настоящего и будущего при блокировании смыслов прошлого. По шкале *результативность жизни* (психологическое

прошлое) преобладают низкие показатели. Прошедшие реабилитацию воспринимают прожитую жизнь пессимистично, свой труд – непродуктивным, а себя – не успевшими реализовать потенциал, проведшими годы недостаточно осмысленно. Иная картина наблюдается в шкалах, предназначенных для оценки психологического настоящего (*процесс жизни*) и будущего (*цели в жизни*). Высокие показатели по шкале *процесс жизни* у большей части респондентов ($n=27$) означают, что после реабилитации настоящее представляется им интересным и увлекательным, они способны получать удовольствие от жизни здесь и теперь. У большинства прошедших реабилитацию пациентов ($n=25$) выражена направленность на реализацию жизни во временной перспективе. Таким образом, респонденты имеют планы на будущее и готовность распределять время и ресурсы для достижения своих целей.

В целом у прошедших реабилитацию временной локус прошлого оказывается блокирован в плане смысловой и когнитивной нагруженности. Неосмысленное отношение к субъективно пережитому опыту выражается в неудовлетворенности собой, что может вступать в противоречие с активным вниманием к себе в настоящем и приводить к внутреннему конфликту.

Эмоциональный компонент

Применение Интегративного теста тревожности А. П. Бизюк, А. И. Вассермана, Б. В. Иовлева позволило установить, что у пациентов после ИМ и с риском ИМ выражены следующие компоненты личностной тревожности: астенический, фобический и компонент эмоционального дискомфорта. При этом высокий уровень личностной тревожности сохраняется на всех этапах развития ИМ [10].

По Шкале эмоционального опыта выявлены значимые различия между группой с риском ИМ и УЗ ($U=333,5$; $p<0,001$). Респонденты с риском ИМ часто испытывают злость, раздражение и агрессию по отношению к объекту, непосредственно вызвавшему эмоцию, или переходному, замещающему его объекту ($11,9\pm 2,7$). По-видимому, многие из исследуемых регулярно оказываются в условиях, которые вызывают у них напряжение и злость, что мешает сосредотачиваться на выполнении текущих задач и усиливает стресс.

Пациенты после ИМ регулярно испытывают раздражение и злость (16 респондентов), у 23 исследуемых данный показатель выражен слабо (в среднем по группе: $8,7\pm 3,0$). Преимущественно низкий уровень выраженности злости по сравнению с респондентами с риском ИМ ($U=249,0$; $p<0,03$) может объясняться психологически травмирующей ситуацией коронарного события. У группы после реабилитации раздражительность соответствует среднему уровню ($10,6\pm 2,9$), что говорит о постепенном возвращении к эмоциональному состоянию, которое предшествовало инфаркту.

В методике «Диагностика уровня эмпатии» В. В. Бойко принят следующий порядок оценки общего уровня эмпатии: 30 баллов и выше – очень высокий уровень, 29–22 – средний, 21–15 – сниженный, менее 14 баллов – очень низкий.

Определено, что очень низкий и сниженный уровни эмпатии встречаются у большей части выборки с риском ИМ ($n=32$), у 21 – после ИМ, у 28 – после реабилитации, у 17 – УЗ, что характеризует трудности дифференцирования и осознания эмоций, равнодушие к чужим переживаниям. Уровень эмпатии у респондентов после реабилитации значительно ниже, чем у группы УЗ ($U=233,5$; $p<0,01$). Это показывает, что низкий уровень эмпатии сохраняется и после реабилитации, вероятно, дополняя ряд психологических характеристик, связанных с уязвимостью перед ИМ.

Поведенческий компонент

В методике ССП Л. И. Вассермана высокие показатели по шкале *бегство – избегание* наблюдаются у почти половины группы с риском ИМ (табл. 3). Данная защита предполагает неконструктивную реакцию на стресс (отрицание, пассивность, вспышки раздражения, фантазирование, переживание, злоупотребление алкоголем), поддерживая факторы риска ИМ. Отметим, что *бегство – избегание* значительно реже встречается у пациентов с ИМ: коронарное событие становится своеобразным ультиматумом, заставляющим пересмотреть образ жизни.

Для выборок, связанных с ИМ, значительно выражены стратегии *дистанцирование* и *самоконтроль*. *Самоконтроль* заключается в подавлении и сдерживании эмоций вплоть до стремления полностью скрывать свои переживания, что способствует накоплению психического и соматического напряжения. *Дистанцирование* предполагает преодоление негативных переживаний путем субъективного снижения значимости с помощью таких приемов, как рационализация, переключение внимания, юмор и т. п.

Принятие ответственности у группы после реабилитации показывает, что осознание пациентом своей роли в лечении повышается, это может способствовать снижению рисков повторной манифестации ИМ, однако сохраняются и по-прежнему преобладают у большинства респондентов неадаптивные стратегии подавления эмоций – *самоконтроль* и *дистанцирование*. Пациенты склонны к подавлению эмоций, что усугубляет их состояние, и стремятся

Табл. 3. Ведущие стратегии совладания у респондентов, находящихся на разных этапах заболевания ИМ

Tab. 3. Main coping strategies at different stages of myocardial infarction

Стратегия совладающего поведения	С риском ИМ	Недавно перенесшие ИМ	Прошедшие реабилитацию
Самоконтроль	32	31	28
Дистанцирование	30	28	26
Избегание	18	11	12
Принятие ответственности	12	12	22

отстраниться от проблемной ситуации или обесценить ее. Так, отмечается недостаточная степень приверженности лечению после перенесенного ИМ, сохраняющаяся в долгосрочной перспективе [3; 24].

По результатам ИТО Л. Н. Собчик, связанные с ИМ выборки отличаются от показателей УЗ высокие значения характеристик *спонтанность, агрессивность, ригидность, тревожность* (табл. 4).

Табл. 4. Характеристики респондентов в сравнении с группой УЗ

Tab. 4. Psychological profile: experimental group vs. control

Эмпирическая выборка	Спонтанность	Агрессивность	Ригидность	Тревожность
С риском ИМ	$U=232,5$; $p\leq 0,001$	$U=257,5$; $p\leq 0,0001$	$U=214,5$; $p\leq 0,001$	$U=226,5$; $p\leq 0,0001$
Недавно перенесшие ИМ	$U=278,5$; $p\leq 0,0001$	$U=262,5$; $p\leq 0,0001$	$U=218,0$; $p\leq 0,001$	$U=182,5$; $p\leq 0,001$
Прошедшие реабилитацию	$U=148,0$; $p\leq 0,1$	$U=167,0$; $p\leq 0,1$	$U=171,5$; $p\leq 0,1$	$U=111,5$; $p\leq 0,1$

В мышлении респонденты данных выборок характеризуются субъективизмом и тугоподвижностью установок, не склонны прислушиваться к мнениям, отличным от их собственного. При этом респонденты эмоциональны, восприимчивы, ощущают свою незащищенность. Тревожность и агрессивность описаны как психологические предикторы ИМ [10]. Сочетание высоких показателей спонтанности и агрессивности характерно для неконформно-импульсивной акцентуации; сочетание агрессивности и ригидности интерпретируется как эксплозивно-паранойальная акцентуация характера [22]. Таким образом, пациенты имеют несколько ярко выраженных, заостренных черт характера: склонность легко «вскипать» и приходить в негодование; ригидность – психологическая негибкость, которая проявляется в трудности пересмотра своих взглядов, неготовности менять поведение в связи с изменившимися условиями, тенденции переживать одни и те же эмоции снова и снова, только вспоминая случившееся (застываемость аффекта); повышенная подозрительность и болезненная обидчивость, стойкость отрицательных переживаний.

Заключение

Результаты исследования позволили описать психологические характеристики пациентов, находящихся на разных этапах заболевания ИМ, а также лиц с угрозой возникновения ИМ с позиции трех компонентов – когнитивного, эмоционального и поведенческого (табл. 5). Описанные характеристики личности позволили сделать следующие выводы:

1. Развитие рефлексивности до среднего уровня у недавно перенесших инфаркт пациентов позволит снизить и даже

нивелировать некоторые психологические и поведенческие факторы риска рецидива ИМ, поскольку будет способствовать пересмотру неадаптивных поведенческих стратегий, таких как курение, переедание, злоупотребление алкоголем.

2. РАС у респондентов с риском ИМ связаны с сочетанием потребности в одобрении и непримиримости в отношении чужих ошибок, готовности жертвовать своими настоящими интересами, самоактуализацией ради чужого одобрения и гневом на несоответствие других людей собственным стандартам и ожиданиям. Такое сочетание предполагает внутрличностный конфликт. Кризисная ситуация ИМ актуализирует паттерны восприятия действительности, связанные с утратой уверенности в себе, ощущением своей несостоятельности при реализации планов. По прохождении реабилитации данные установки сохраняются, что указывает на важные направления совершенствования психологической работы.

3. Эмоциональный компонент респондентов с риском ИМ включает высокую тревожность и раздражительность при низком уровне эмпатии. Сразу после ИМ раздражительность снижается, однако после реабилитации возрастает. Указанные характеристики представляют собой факторы риска повторного ИМ и требуют проработки в рамках реабилитации и оказания психологической помощи.

4. Поведенческий компонент включает ряд неадаптивных поведенческих стратегий поведения в стрессе.

Неконструктивные стратегии совладания (пассивность, раздражение, фантазии, переедание, злоупотребление спиртными напитками и т. д.) распространены среди половины людей, входящих в группу риска по ИМ, и, по-видимому, вносят вклад в ухудшение их медицинских показателей. Стратегия подавления эмоций в стрессовой ситуации преобладает на всех этапах развития ИМ и приводит к накоплению психического и соматического напряжения, повышая риски повторного ИМ после реабилитации.

Таким образом, проведенное исследование позволило наметить мишени психологической диагностики предрасположенности к инфаркту миокарда и психологической работы при его профилактике.

Конфликт интересов: Авторы заявили об отсутствии потенциальных конфликтов интересов в отношении исследования, авторства и / или публикации данной статьи.

Conflict of interests: The authors declared no potential conflict of interests regarding the research, authorship, and / or publication of this article.

Критерии авторства: Авторы в равной степени участвовали в подготовке и написании статьи.

Contribution: All the authors contributed equally to the study and bear equal responsibility for information published in this article.

Табл. 5. Психологические характеристики пациентов на разных этапах ИМ, систематизированные в соответствии с компонентами психической деятельности

Tab. 5. Components of mental activity at different stages of myocardial infarction

Группа	Когнитивный компонент	Эмоциональный компонент	Поведенческий компонент
Респонденты с риском ИМ	низкий уровень рефлексивности; самоуважение зависит от чужого одобрения, проблемы самоактуализации, гиперчувствительность к отвержению; непримиримость к своим и чужим ошибкам, гневливость	высокая тревожность; склонность переживать раздражение и злость; очень низкий и сниженный уровень эмпатии у большинства	дистанцирование от переживаний, подавление эмоций, уход в неконструктивные формы поведения в стрессовой ситуации
Недавно перенесшие ИМ	низкий уровень рефлексивности; утрата уверенности в себе, ощущение несостоятельности; мир воспринимается непредсказуемым и опасным	высокая тревожность; низкий уровень выраженности раздражения и злости; низкий уровень эмпатии у половины респондентов	дистанцирование от переживаний, подавление эмоций в стрессовой ситуации
Прошедшие реабилитацию	рефлексивность достигает средних значений, у трети сохраняется низкий уровень; мир воспринимается непредсказуемым и опасным	высокая тревожность; средний уровень выраженности раздражения и злости; уровень эмпатии ниже, чем у условно здоровых; очень низкий и сниженный уровень эмпатии у большинства	дистанцирование от переживаний, подавление эмоций, готовность взять на себя ответственность в стрессовой ситуации
Общие характеристики для трех групп	тугоподвижность установок	тревожность, агрессивность	импульсивность поведения

Литература / References

1. Самородская И. В., Барбараш О. Л., Кашгалап В. В., Старинская М. А. Анализ показателей смертности от инфаркта миокарда в Российской Федерации в 2006 и 2015 годах. *Российский кардиологический журнал*. 2017. Т. 22. № 11. С. 22–26. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2017-11>
Samorodskaya I. V., Barbarash O. L., Kashtalap V. V., Starinskaya M. A. Mortality from myocardial infarction in Russia in the years 2006 and 2015. *Russian Journal of Cardiology*, 2017, 22(11): 22–26. (In Russ.) <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2017-11>
2. Циванюк М. М., Гельцер Б. И. Инфаркт миокарда без обструктивного поражения коронарного русла. *Тихоокеанский медицинский журнал*. 2021. № 2. С. 93–95. <https://doi.org/10.34215/1609-1175-2021-2-93-95>
Tsivanyuk M. M., Geltser B. I. Myocardial infarction with nonobstructive coronary arteries. *Pacific Medical Journal*, 2021, (2): 93–95. (In Russ.) <https://doi.org/10.34215/1609-1175-2021-2-93-95>
3. Переверзева К. Г., Якушин С. С., Грачева А. И., Лукьянов М. М., Драпкина О. М. Пациент с инфарктом миокарда в анамнезе: сравнение тактики ведения терапевтом и кардиологом по данным регистра РЕГАТА (РЕГистр пациентов, перенесших инфаркт миокарда). *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2020. Т. 19. № 3. С. 13–19. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2020-2525>
Pereverzeva K. G., Yakushin S. S., Gracheva A. I., Lukyanov M. M., Drapkina O. M. Post-myocardial infarction patients: a comparison of management by a physician and a cardiologist according to the REGATA register. *Cardiovascular Therapy and Prevention*, 2020, 19(3): 13–19. (In Russ.) <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2020-2525>
4. Чермянин С. В., Кустова Е. И., Кузнецова М. Е., Леякова И. А. Психологические особенности больных кардиологического профиля с типом личности D. *Вестник Ленинградского государственного университета им. А. С. Пушкина*. 2017. № 2. С. 43–55.
Chermyanin S. V., Kustova E. I., Kuznetsova M. E., Leliakova I. A. Psychological features of cardiovascular patients with personality type D. *Vestnik Leningradskogo gosudarstvennogo universiteta im. A. S. Pushkina*, 2017, (2): 43–55. (In Russ.)
5. Гафаров В. В., Громова Е. А., Панов Д. О., Гагулин И. В., Гафарова А. В. Высокий уровень тревожности и риск развития в течение 16 лет сердечно-сосудистых заболеваний среди населения в России / Сибири (программа ВОЗ «MONICA-психосоциальная»). *Российский кардиологический журнал*. 2017. Т. 22. № 1. С. 106–113. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2017-1-106-113>
Gafarov V. V., Gromova E. A., Panov D. O., Gagulin I. V., Gafarova A. V. High prevalence of anxiety and 15-year cardiovascular risk in Russia / Siberia inhabitants (who framework "MONICA-psychosocial"). *Russian Journal of Cardiology*, 2017, 22(1): 106–113. (In Russ.) <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2017-1-106-113>
6. Гафаров В. В., Гагулин И. В., Гафарова А. В., Панов Д. О., Крымов Э. А., Громова Е. А. Психосоциальные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний: гендерные различия и 22-летняя динамика среди населения Сибири (программы ВОЗ «MONICA-психосоциальная», НАРПЕЕ). *Терапевтический архив*. 2020. Т. 92. № 1. С. 15–24. <https://doi.org/10.26442/00403660.2020.01.000249>
Gafarov V. V., Gagulin I. V., Gafarova A. V., Panov D. O., Krymov E. A., Gromova E. A. Psychosocial risk factors for cardiovascular disease: gender differences and 22-year dynamics among the population of Siberia (who MONICA-psychosocial program, NARPEE). *Terapevticheskii Arkhiv*, 2020, 92(1): 15–24. (In Russ.) <https://doi.org/10.26442/00403660.2020.01.000249>
7. Дусказиева Ж. Г. Внутриличностный конфликт как фактор возникновения психосоматических расстройств. *Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика*. 2015. № 3. Режим доступа: http://medpsy.ru/climp/2015_3_9/article08.php (дата обращения: 28.01.2022).
Duskazieva Zh. G. Intrapersonal conflict as a factor in the occurrence of psychosomatic disorders. *Klinicheskaya i meditsinskaya psikhologiya: issledovaniia, obuchenie, praktika*, 2015, (3). Available at: http://medpsy.ru/climp/2015_3_9/article08.php (accessed 28 Jan 2022). (In Russ.)
8. Винокуров Е. В., Собенников В. С., Рычкова Л. В. Взаимосвязь депрессии и сердечно-сосудистых заболеваний (обзор литературы). *Acta Biomedica Scientifica (East Siberian Biomedical Journal)*. 2017. Т. 2. № 5-1. С. 124–128. https://doi.org/10.12737/article_59e8bd26de45e8.00423846
Vinokurov E. V., Sobennikov V. S., Rychkova L. V. Relationship between depression and cardiovascular disease (review of literature). *Acta Biomedica Scientifica (East Siberian Biomedical Journal)*, 2017, 2(5-1): 124–128. (In Russ.) https://doi.org/10.12737/article_59e8bd26de45e8.00423846
9. Кадыров Р. В., Эльзессер А. С., Бартковская Н. С. Психологические факторы инфаркта миокарда как поле для клинико-психологических исследований. *Вестник Кемеровского государственного университета*. 2020. Т. 22. № 2. С. 437–443. <https://doi.org/10.21603/2078-8975-2020-22-2-437-443>
Kadyrov R. V., Elzesser A. S., Bartkovskaia N. S. Psychological factors of myocardial infarction: prospects for clinical and psychological research. *Vestnik Kemerovskogo gosudarstvennogo universiteta*, 2020, 22(2): 437–443. (In Russ.) <https://doi.org/10.21603/2078-8975-2020-22-2-437-443>

10. Кадыров Р. В., Эльзессер А. С., Бартковская Н. С. Тревожность пациента на разных этапах генеза инфаркта миокарда. *Психолог*. 2020. № 3. С. 75–86. <https://doi.org/10.25136/2409-8701.2020.3.32992>
Kadyrov R. V., Elzesser A. S., Bartkovskaia N. S. Patient's anxiety at the different stages of genesis of myocardial infarction. *Psychologist*, 2020, (3): 75–86. (In Russ.) <https://doi.org/10.25136/2409-8701.2020.3.32992>
11. Черняева М. С., Петрова М. М., Савченко А. А., Шимохина Н. Ю., Каскаева Д. С., Пронина Е. А. Острый инфаркт миокарда и расстройства аффективного спектра. *Сибирское медицинское обозрение*. 2015. № 3. С. 5–14.
Chernyaeva M. S., Petrova M. M., Savchenko A. A., Shimokhina N. Yu., Kaskaeva D. S., Pronina E. A. Acute myocardial infarction and affective spectrum disorders. *Siberian Medical Review*, 2015, (3): 5–14. (In Russ.)
12. Bishop G. D. Personality and cardiovascular disease: overview. *Handbook of Psychocardiology*, eds. Alvarenga M. E., Byrne D. Singapore: Springer Science+Business Media Singapore, 2016, 631–643. https://doi.org/10.1007/978-981-287-206-7_28
13. Denollet J. Type D personality: a potential risk factor refined. *Journal of Psychosomatic Research*, 2000, 49(4): 255–266. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(00\)00177-x](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(00)00177-x)
14. Norton J., Pastore M., Ancelin M.-L., Hotopf M., Tylee A., Mann A., Palacios J. Time-dependent cognitive and somatic symptoms of depression as predictors of new cardiac-related events in at-risk patients: the UPBEAT-UK cohort. *Psychological Medicine*, 2021, 51(8): 1271–1278. <https://doi.org/10.1017/S0033291719004082>
15. Карпов А. В. Рефлексивность как психическое свойство и методика ее диагностики. *Психологический журнал*. 2003. Т. 24. № 5. С. 45–57.
Karpov A. V. Reflectiveness as a mental quality and the method to diagnose it. *Psikhologicheskii Zhurnal*, 2003, 24(5): 45–57. (In Russ.)
16. Касьяник П. М., Романова Е. В. Диагностика ранних дезадаптивных схем. СПб.: СПбПУ Петра Великого, 2014. 120 с.
Kasyanik P. M., Romanova E. V. *Diagnosis of early maladaptive schemas*. St. Petersburg: SPbPU, 2014, 120. (In Russ.)
17. Яницкий М. С., Серый А. В. Диагностика уровня развития ценностно-смысловой сферы личности. Новокузнецк: МАОУ ДПО ИПК, 2010. 102 с.
Yanitskiy M. V., Seryy A. V. *Diagnostics of the level of development of the value-semantic sphere of individual*. Novokuznetsk: MAEI APE IAS, 2010, 102. (In Russ.)
18. Бизюк А. П., Вассерман Л. И., Иовлев Б. В. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ). Новая медицинская технология. СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2005. 23 с.
Bizyuk A. P., Wasserman L. I., Iovlev B. V. *Application of the Integrative Anxiety Test (IAT)*. New medical technology. St. Petersburg: BPRI, 2005, 23. (In Russ.)
19. Бойко В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. М.: Филинъ, 1996. 472 с.
Boiko V. V. *The energy of emotions in communication: a look at yourself and others*. Moscow: Filin, 1996, 472. (In Russ.)
20. Kang S.-M., Shaver P. R. Individual differences in emotional complexity: their psychological implications. *Journal of Personality*, 2004, 72(4): 687–726. <https://doi.org/10.1111/j.0022-3506.2004.00277.x>
21. Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Исаева Е. Р., Трифонова Е. А., Щелкова О. Ю., Новожилова М. Ю. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными ситуациями личности. СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2009. 38 с.
Wasserman L. I., Iovlev B. V., Isaeva E. R., Trifonova E. A., Shchelkova O. Yu., Novozhilova M. Y. *Methods for psychological diagnosis of ways of coping with stressful and problematic situations of the individual*. St. Petersburg: BPRI, 2009, 38. (In Russ.)
22. Собчик Л. Н. Психология индивидуальности. Теория и практика психодиагностики. СПб.: Речь, 2017. 480 с.
Sobchik L. N. *Psychology of individuality. Theory and practice of psychodiagnostics*. St. Petersburg: Rech, 2017, 480. (In Russ.)
23. Горшков-Кантакузен В. А., Григорьев А. А. Распространенность личностного типа Д среди студентов высших учебных заведений. *Вестник Нижневартковского государственного университета*. 2017. № 4. С. 96–99.
Gorshkov-Cantacuzene V. A., Grigorev A. A. Prevalence of type D personality among undergraduate students. *Bulletin of Nizhnevartovsk State University*, 2017, (4): 96–99. (In Russ.)
24. Кужелева Е. А., Борель К. Н., Гарганеева А. А. Низкая приверженность лечению после перенесенного инфаркта миокарда: причины и способы коррекции с учетом психоэмоционального состояния пациентов. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2016. Т. 12. № 3. С. 291–295. <https://doi.org/10.20996/1819-6446-2016-12-3-291-295>
Kuzheleva E. A., Borel K. N., Garganeeva A. A. Low adherence to treatment after myocardial infarction: causes and ways of adjustment considering psycho-emotional state of patients. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*, 2016, 12(3): 291–295. (In Russ.) <https://doi.org/10.20996/1819-6446-2016-12-3-291-295>