

В. М. АРУТЮНЯН, Г. А. МИНАСЯН, Г. А. ЕГАНЯН

## ЛИЧНОСТНЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

С помощью ряда психологических методик исследованы личностно-психологические особенности больных ишемической болезнью сердца (ИБС). Показано наличие ряда преморбидных личностных характеристик и форм фрустрационного поведения, выступающих в качестве факторов риска ИБС.

Неуклонный рост заболеваемости ишемической болезнью сердца (ИБС) делает первоочередной задачу всестороннего и комплексного ее изучения. В попытке многостороннего подхода к изучению ИБС в последние годы большое внимание уделяется личности больных, однако имеющиеся литературные данные по этому вопросу весьма разноречивы [6—12] и отражают личность больных лишь в разгаре заболевания, т. е. в момент ее наиболее глубоких изменений [2—4]. Поэтому в этих работах не дается четкого ответа на вопросы, какие конкретно преморбидные особенности личности играют роль в патогенезе заболевания, как трансформируется личность в процессе прогрессирования болезни и т. п. Учитывая вышесказанное, мы поставили задачу путем поэтапного личностно-психологического обследования группы больных ИБС выявить преморбидную личность и проследить динамику ее изменений по мере усугубления нарушений коронарного кровообращения.

С этой целью в течение ряда лет у 117 больных (60 мужчин и 57 женщин в возрасте от 35 до 70 лет) проводилось параллельное исследование и сопоставление клинико-электрокардиографических и личностно-психологических показателей. Личность больных изучалась с помощью методики многостороннего исследования личности ММР1 [1] и шкал реактивной и личностной тревожности Спилбергера (по Ю. Л. Ханину [5]). Результаты тестирований сопоставлялись с данными психологического интервью, углубленного анамнеза и целенаправленного опроса ближайшего социального окружения больных. Сравнительный анализ клинико-электрокардиографических и личностно-психологических показателей проводился в три этапа. На первом этапе у всех обследуемых наблюдалось субклиническое, констатируемое лишь на ЭКГ нарушение коронарного кровообращения. Контингент второго этапа составили 39 мужчин и 30 женщин из числа обследованных на первом этапе, у которых нарушение коронарного кровообращения приняло клинически четко очерченную форму стенокардии. Группу больных третьего этапа обследования составили 16 мужчин и 9 женщин, перенесших инфаркт миокарда и имевших в анамнезе стенокардию, и 12 мужчин и 4 женщины, у которых инфаркт миокарда развился непосредственно из субклинических нарушений питания миокарда. Диагноз инфаркта миокарда во всех случаях был поставлен на основании клинической картины, динамического ЭКГ-наблюдения и ряда лабораторных показателей (лейкоцитоз, повышение СОЭ, С-реактив-



ного белка, фибриногена и т. п.). В сомнительных случаях проводилось также энзимологическое обследование, в частности, определение аспаратаминотрансферазы и лактатдегидрогеназы. Контрольная группа (здоровые) включала 25 мужчин и 22 женщины в возрасте от 38 до 65 лет.

Проведенное исследование дало следующие результаты.

Усредненный профиль лиц, страдающих субклиническим нарушением коронарного кровообращения, по методике ММР1 характеризовался статистически значимой, по сравнению с контролем, акцентуацией шкал асоциальной психопатии ( $22,6 \pm 0,36$  и  $21,5 \pm 0,32$  соответственно,  $P < 0,05$ ), ригидности аффекта ( $10,4 \pm 0,24$  и  $9,3 \pm 0,3$  соответственно,  $P < 0,001$ ) и аутизма ( $22,2 \pm 0,38$  и  $28,1 \pm 0,34$  соответственно,  $P < 0,05$ ). С появлением приступов стенокардии повторное тестирование выявило наряду с общим повышением усредненного профиля пик шкал ипохондрии ( $18,3 \pm 0,28$ , в контроле— $12,4 \pm 0,31$ ,  $P < 0,001$ ), депрессии ( $26,7 \pm 0,29$ , в контроле— $20,3 \pm 0,28$ ,  $P < 0,001$ ), фиксации тревоги ( $29,3 \pm 0,48$ , в контроле— $27,6 \pm 0,42$ ,  $P < 0,01$ ) и социальной интраверсии ( $30,3 \pm 0,54$ , в контроле— $28,7 \pm 0,46$ ,  $P < 0,05$ ), в значительной мере нивелирующие ранее имеющиеся акцентуации.

Тестирование у части обследуемых после констатации у них инфаркта миокарда обнаружило еще более глубокие изменения профилей, различные сочетания акцентуаций и их большой, исключая усреднение разброс.

Шкалы тревожности Спилберга у обследуемых в стадии субклинических нарушений питания миокарда выявили незначительное, по сравнению с контролем, статистически недостоверное преобладание ситуационной тревожности ( $49,8 \pm 2,8$  и  $46,2 \pm 2,4$  соответственно,  $P > 0,05$ ). С появлением приступов стенокардии ситуационная тревожность возросла, и разница с контролем приобрела статистически значимый характер ( $53,9 \pm 2,6$  и  $46,2 \pm 2,4$ ,  $P < 0,05$ ). После инфаркта миокарда обследование по шкале тревожности дало противоречивые результаты.

Психологическое интервью больных и опрос их ближайшего социального окружения в целом подтвердили результаты, полученные в начале заболевания опросником ММР1. Действительно, в преморбидный период больные характеризовались импульсивностью, ригидностью аффекта и аутизмом. В этот период окружающие отмечали также большую сдержанность и самообладание больных в ситуациях эмоционального стресса. Сами больные указывали, что, несмотря на большой эмоциональный отклик, их поведение в ситуации фрустрации характеризовалось торможением двигательных, мимических и вербальных реакций. Отрицательные чувства при этом пролонгировались. Вместе с тем анамнестические данные свидетельствуют об изменениях в стереотипе фрустрационного поведения больных: ранее оно характеризовалось более энергичной моторной и вербальной реакцией на аффект, т. е. эмоциональная напряженность более непосредственно реализовалась в поведении. В то же время у многих больных по мере блокировки моторно-вербального компонента реакции на стресс наблюдалось появление и нарастание сердцебиений, болей в области сердца, тремора, мы-



шечных подергиваний и т. п. Особый интерес представляет то обстоятельство, что при фрустрации в воображении больных намного реже, чем у здоровых, появлялись образные представления, позволяющие путем воображаемого разрешения ситуации и консумации снизить уровень эмоциональной напряженности.

Таким образом, больные ИБС в преморбидный период отличались от лиц контрольной группы как по конкретным личностным чертам, так и по характеру фрустрационного поведения и психологической адаптации к стрессу. Надо полагать, что эти особенности хотя и фатально не определяют заболевания ИБС, но, тем не менее, являются одним из ведущих факторов риска при ней. В условиях средового стресса импульсивность и ригидность аффекта, свойственные личности больных ИБС, способствуют, с одной стороны, чрезмерному реагированию на аффект, с другой — кумуляции и пролонгированию отрицательных эмоций. При этом особое значение приобретает непосредственная реализация эмоциональной напряженности в поведении. Торможение моторных, мимических и вербальных реакций в преморбидный период у больных ИБС ведет к резкому усилению вегетативного отклика на аффект. При этом, видимо, в первую очередь нарушаются сложившиеся в процессе филогенеза нормальные функциональные отношения между деятельностью мышечной и сердечно-сосудистой систем. Кроме этого, задержка мышечных реакций блокирует утилизацию в мышечной системе ряда биологически активных веществ, обычно направляющих организм при эмоциональном стрессе. Это обстоятельство, бесспорно, небезразлично для нормальной деятельности сердечно-сосудистой системы.

Недостаточность механизмов «демпферовки», «гашения» эмоций, обуславливающая ригидность аффекта у больных ИБС, в известной мере связана с особенностями психологической адаптации этого контингента к эмоциональному стрессу. Характерны, в частности, статичность ассоциаций, фиксация на цель, редкое оперирование образными представлениями с разыгрыванием воображаемых сцен разрешения ситуации и удовлетворения заблокированной потребности. Потенцирование отрицательных эмоций создает предпосылки к значительной эмоциональной напряженности даже при отсутствии острого средового стресса. Именно поэтому нередко из анамнеза больных ИБС не удается выявить каких-либо существенных стрессогенных факторов.

С другой стороны, прогрессирование заболевания вызывает ряд личностных изменений, которые, нивелируя преморбидные особенности личности, обрекают на неудачу попытки выявления последних в процессе манифестации болезни. Вследствие этого изучение личности в разгар заболевания чаще всего на первом плане выявляет ипохондрические, депрессивные и тревожные тенденции, которые в действительности являются лишь следствием, а не причиной заболевания.

Таким образом, анализ причинно-следственных отношений, анамнеза и особенностей преморбидного периода ИБС выявляет ряд условий, способствующих развитию заболевания. Результаты наших наблюдений свидетельствуют о том, что сами по себе средовой стресс и



эмоциональные перегрузки явно недостаточны для развития ИБС, необходимы также наличие особого личностного склада и торможение адекватных личности форм разрядки эмоциональной напряженности. Личность и формы ее реагирования на ситуацию фрустрации являются важными составляющими этиопатогенетического комплекса ИБС. Импульсивность, ригидность аффекта и аутизм в сочетании с торможением реакций на аффект являются той основой, на которой стресс реализует патогенетические сдвиги в сердечно-сосудистой системе.

Кафедра факультетской терапии  
Ереванского медицинского института

Поступила 15/XII 1981 г.

Վ. Մ. ՀԱՐՈՒԹՅՈՒՆՅԱՆ, Հ. Ա. ՄԻՆԱՍՅԱՆ, Գ. Ա. ԵԳԱՆՅԱՆ

# ԱՆՁԻ ԱՌԱՆՁԱՀԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԴԵՐԸ ՄՐՏԻ ԻՇԵՄԻԿ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ՊԱԹՈԳԵՆԵԶԻՍ

Սրտի իշեմիկ հիվանդության պաթոգենեզում մեծ դեր են խաղում անձի անհատականության աճանձնահատկությունները (իմպուլսիվություն, բացասական հույզերի պաշարում, ինքնամիտոփոխություն և այլն): Դրանք առավելագույնս մեծ նշանակություն են ստանում ստրեսի նկատմամբ անձի ազդելիստ արձագանքի արգելակման պայմաններում:

V. M. HAROUTYUNIAN, H. A. MINASSIAN, G. A. YEGANIAN

## PERSONAL ASPECTS OF THE PATHOGENESIS OF ISCHEMIC HEART DISEASE

With the help of a number of psychological methods there have been studied the personal-psychological peculiarities of patients with ischemic heart disease. The presence of some premorbid personal characteristics and forms of frustrative behaviour is shown in the role of the risk factor in development of this disease.

### Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Рожанец Р. В. Методика многостороннего исследования личности. М., 1976.
2. Ревенко Е. Н., Завилянская Л. И., Морозов С. М., Футерман Н. А., Блейхер В. М. Врач. дело, 1979, 8, стр. 97.
3. Сидоренко Г. И., Борисова Г. С., Аггенова Е. К. Тезисы XVIII Всесоюзного съезда терапевтов, ч. I. М., 1981, стр. 106.
4. Симаненков В. И. Автореф. дисс. канд. Л., 1980.
5. Ханин Ю. Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера. Л., 1976.
6. Alexander F., French Th., Pollock H. Psychosomatic Specificity J. London, 1963.
7. Dunbar F. Psychiatry in Medical Specialities. N. Y, 1959.
8. Eliot R. S. Europ. J. Cardiol., 1977, 5, 2, 97.
9. Friedman M. Bull. N. Y. Acad. Med., 1977, 53, 7, 593.
10. Rosenman K. H., Brand R. I., Sholtz R. R. Amer. J. Cardiol., 1976, 37, 6, 903.
11. Waldron I. Soc. Sci. Med., 1973, 12, 38, 167.
12. Weiss E., English O. Psychosomatic Medicine. Philadelphia-London, 1943.