

## Влияние психотерапии на психологические особенности больных инфарктом миокарда на санаторном этапе реабилитации

Р.В. Юсупходжаев, Г.Г. Ефремушкин

Санаторий “Барнаульский”, Алтайский государственный медицинский университет. Барнаул, Россия

## Psychotherapy effects on psychological traits of myocardial infarction patients undergoing sanatorium rehabilitation

R.V. Yusupkhodzhaev, G.G. Efremushkin

Sanatorium Barnaulsky, Altay State Medical University. Barnaul, Russia

---

**Цель.** Изучить типы отношения к болезни, механизмы психологической защиты и преодоления у больных инфарктом миокарда (ИМ) и их изменение под влиянием эриксоновского гипноза, электросонотерапии, аудиовизуальной стимуляции на санаторном этапе реабилитации.

**Материал и методы.** Обследованы 155 больных в возрасте 32–66 лет, перенесших ИМ. Исследование осуществлялось с использованием следующих методов: “Индекс жизненного стиля”, опросников Хейма, “Тип отношения к болезни”.

**Результаты.** Гипнотерапия положительно влияет на копинг-стратегии у пациентов без психопатологических синдромов, с аритмией, без постинфарктной стенокардии, с большей пороговой мощностью  $\geq 75$  Вт и со средним образованием; электросонотерапия – у пациентов без артериальной гипертензии, с высшим образованием; аудиовизуальная стимуляция на копинг-стратегии воздействует преимущественно негативно. Механизмы психологической защиты у больных ИМ в процессе лечения и в отдаленном периоде не меняются. Под влиянием аудиовизуальной стимуляции увеличивается использование эргопатического типа.

**Ключевые слова:** механизмы психологической защиты, копинг-стратегии, инфаркт миокарда.

**Aim.** To analyze disease attitude types, psychological protection mechanisms and their dynamics during ericksonian hypnosis, electrosomnotherapy, and audiovisual stimulation in patients with myocardial infarction (MI) undergoing sanatorium rehabilitation.

**Material and methods.** The study included 155 MI patients, aged 32–66 years. Lifestyle index, Heim questionnaire, and Disease Attitude Type methods were used.

**Results.** Hypnosis improved coping strategies in patients without psychopathologic symptoms or post-MI angina, with arrhythmias, threshold capacity  $\geq 75$  Wt, or secondary education. Electrosomnotherapy was effective in participants with higher education and without arterial hypertension. Audiovisual stimulation negatively affected coping strategies. Psychological protection mechanisms remained the same at various treatment stages. Audiovisual stimulation was associated with ergopathic type usage.

**Key words:** Psychological protection mechanisms, coping strategies, myocardial infarction.

---

Результаты исследований последних десятилетий позволяют утверждать, что стресс является независимым фактором риска развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний [5]. В условиях стресса психологическая адаптация человека происходит, главным образом, посредством двух механизмов: психологической защиты и “совладания” (преодоления) [1]. Психологическая за-

щита – это специальная система стабилизации личности, направленная на ограждение сознания от неприятных, травмирующих переживаний, сопряженных с внутренними и внешними конфликтами, состояниями тревоги и дискомфорта [4]. С одной стороны, механизмы психологической защиты (МПЗ) являются адаптивными и предохраняют сознание больного от болезненных чувств и воспоминаний,

но, с другой стороны, нередко от человека требуется слишком много сил, чтобы держать свои страхи и желания “на привязи”. В этом случае защита создает для личности множество ограничений, неизбежно приводит человека к замкнутости и изоляции. Значительные затраты энергии на удержание себя “в футляре” могут ощущаться как хроническая усталость или повышение общего уровня тревожности. В связи с этим в ходе проведения психотерапии следует стремиться к замене примитивных незрелых защитных реакций на более сознательные и избирательные адаптивные способы “совладания”. Копинг-механизмы следует понимать как стратегии действий, предпринимаемые человеком в ситуациях психологической угрозы, в частности, в условиях приспособления к болезни как угрозе физическому, личностному и социальному благополучию. Поэтому знание и учет МПЗ и “совладания” необходимы при проведении патогенетически обоснованных, психотерапевтических мероприятий с целью повышения эффективности терапии и реабилитации [7]. В доступной литературе отсутствует информация об изучении МПЗ и “совладания” у больных инфарктом миокарда (ИМ) в подостром периоде.

Целью исследования было изучить типы отношения к болезни (ТОБ), МПЗ и “совладания” у больных ИМ в подостром периоде на санаторном этапе реабилитации и провести сравнительный анализ влияния эриксоновского гипноза, электросонотерапии, аудиовизуальной стимуляции (АВС) на психологические характеристики больных ИМ.

## Материал и методы

Для изучения эффективности психологической реабилитации в исследование включены 155 пациентов в возрасте 32–66 лет (средний возраст  $50,8 \pm 0,6$ ), поступивших в отделение реабилитации санатория “Барнаульский” через 4 недели после перенесенного ИМ. До включения в исследование пациенты подписывали информированное согласие установленной формы, одобренной локальным Этическим комитетом Алтайского государственного медицинского университета. Методом случайного отбора больные были разделены на 2 группы: I – основная (ОГ) ( $n=103$ ), II – контрольная (ГК) ( $n=52$ ), которым психологическая реабилитация не проводилась. С учетом лечения из ОГ были сформированы следующие подгруппы: Ia ( $n=42$ ), гипнотерапия; Ib ( $n=31$ ) – электросонотерапия аппаратом “Адаптон-Слип”; Ic ( $n=30$ ), – АВС с применением аппарата “Вояджер XL”. При электросонотерапии использовали лобно-сосцевидный метод с частотой импульсного тока 10 Гц, силой тока – 5–8 мА и продолжительностью 25–40 мин; курс лечения – 10 ежедневных процедур. АВС проводили по программе Relax A-4 “Прогрессивная мышечная релаксация” продолжительностью 20 мин; курс лечения – 10 ежедневных процедур.

В исследовании были использованы следующие методы: клиническое интервью; методика “Индекс жизненного стиля” (ИЖС), которая позволяет диагностировать основные МПЗ [1]; опросник Хейма для определения ведущих механизмов “совладания” (копинг-поведения) со

сложными стрессовыми ситуациями, в данном случае с ситуацией реальной витальной угрозы, обусловленной болезнью [9]; опросник “Тип отношения к болезни” для определения типа личностной реакции на болезнь [2]. Психологическое тестирование выполняли на 3 этапах: 1 – на 4 неделе от начала заболевания (до начала психотерапевтического лечения в отделении реабилитации санатория); 2 – за 3–4 дня перед выпиской из санатория и 3 – спустя полгода после лечения в санатории (больным высылались домой тесты и анкеты). Состояния всех пациентов анализировали в зависимости от наличия психопатологических синдромов, артериальной гипертензии (АГ), аритмии, постинфарктной стенокардии (ПИС), функционального класса (ФК) ПИС, показателей пороговой мощности (ПМ), по которым больные были разделены на две группы:  $<75$  ВТ и  $\geq 75$  ВТ, уровня образования.

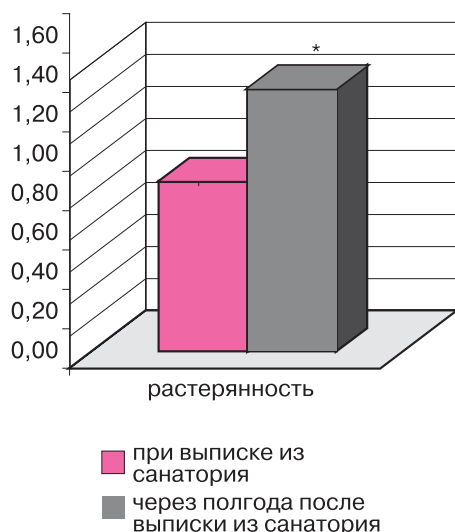
При обработке полученных данных использовался пакет статистических программ Statistica 6.0. Динамику показателей в ходе психологической реабилитации оценивали с помощью t-критерия Стьюдента для связанных выборок и критерия U (Вилкоксона-Манна-Уитни) при независимых выборках.

## Результаты и обсуждение

В начале лечения в санатории у 71,6 % больных ИМ отсутствовали выраженные явления дезадаптации и отношение к болезни складывалось из эргопатического (32,9 %), гармоничного (25,2 %), анозогнозического (13,5 %) типов. Из дезадаптивных типов реагирования на болезнь встречались смешанный (18,7 %), сенситивный (6,5 %), тревожный с элементами навязчивых страхов и опасений (1,3 %) и диффузный (1,9 %).

При исследовании копинг-стратегий установлено, что больные ИМ интенсивно использовали конструктивные стратегии: в поведенческой сфере – “альтруизм”, “сотрудничество”, “обращение”; в когнитивной – “сохранение самообладания”, “проблемный анализ”, “установка собственной ценности”; в эмоциональной – “оптимизм”. Относительно конструктивные стратегии применялись: в поведенческой сфере – “отвлечение”; в когнитивной – “диссимуляция”, “относительность”, “религиозность”, “придача смысла”. Не конструктивными стратегиями были: в поведенческой сфере – “активное избегание”; в когнитивной – “игнорирование”; в эмоциональной – “подавление эмоций”.

По опроснику “ИЖС” отмечено, что в начале санаторной реабилитации у больных ИМ психологические защиты (ПЗ): “отрицание”, “вытеснение”, “интеллектуализация”, “реактивное образование” были выше нормы ( $p < 0,01$ ), а “регрессия” и “замещение” – ниже нормы ( $p < 0,001$ ). Значительное напряжение четырех ПЗ свидетельствует о разнонаправленных, амбивалентных мотивах, проявляющихся внутри личности, а также указывает на то, что больные ИМ не склонны к анализу и рефлексии своих поступков, мотивов, желаний. Снижение показателей по какой-либо из шкал опросника



Примечание: \* – различие достоверно ( $p < 0,05$ ) по сравнению со значением в конце санаторного лечения.

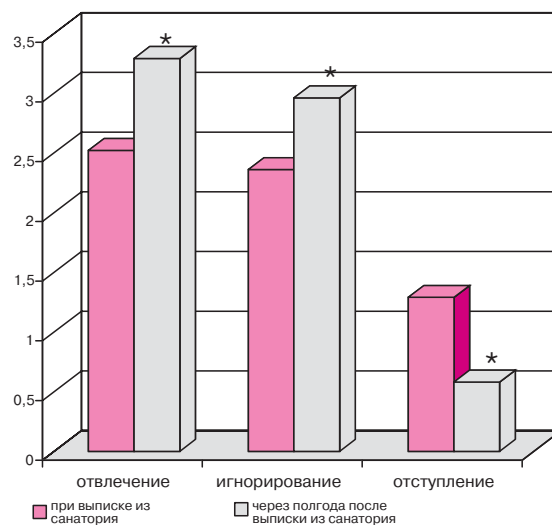
Рис. 1 Динамика копинг-стратегии “растерянность” в ГК.

ИЖС свидетельствует о неэффективности данного МПЗ, о блокаде поведения, направленного на снижение напряжения, вызываемого активацией связанной с ним базовой эмоции и, при соответствующих изменениях внешних условий, является наиболее вероятной причиной дезадаптации. Снижение средних показателей защитного механизма по типу “замещение”, говорит о том, что у больных ИМ, блокирована относительно безопасная разрядка раздражения (гнева) и, таким образом, повышается риск психосоматических расстройств [3]. “Регрессия” рассматривается как ПЗ, посредством которой личность в своих поведенческих реакциях стремится избежать тревоги, используя формы реагирования, характерные для более ранних стадий развития. Низкие показатели “регрессии” могут свидетельствовать о том, что она не является тем МПЗ, который используется больными ИМ, т.к. для них характерно стремление во что бы то ни стало сохранить профессиональный статус и возможность продолжения активной трудовой деятельности.

В ГК в процессе санаторной реабилитации динамики в психологическом статусе больных ИМ не наблюдали.

У больных с гипнотерапией в конце лечения увеличилось использование диффузного ( $p < 0,05$ ) типа. Различия по сравнению с ГК по ТОБ отсутствовали. У них чаще, чем в ГК, использовались конструктивная стратегия “сотрудничество” ( $p < 0,05$ ), относительно адаптивная – “придача смысла” ( $p < 0,05$ ) и реже стал применяться относительно конструктивный способ “совладания” со стрессом – “отвлечение” ( $p \leq 0,06$ ). После гипнотерапии изменений копинг-стратегий по сравнению с началом лечения не установлено.

У больных с электросонотерапией в конце лечения не произошло изменений по сравнению с началом лечения по ТОБ, но чаще по сравнению с



Примечание: \* – различие достоверно ( $p < 0,05$ ) по сравнению со значением в конце санаторного лечения.

Рис. 2 Динамика копинг-стратегий “отвлечение”, “игнорирование”, “отступление” в группе с гипнотерапией.

ГК применялся гармоничный тип ( $p < 0,05$ ). Влияние электросонотерапии по воздействию на ТОБ было более предпочтительным по сравнению с гипнотерапией у больных ИМ без АГ, без психопатологических синдромов, без ПИС и со II ФК ПИС, без аритмии, независимо от величины ПМ, со средним образованием. Менее позитивное влияние на ТОБ при электросонотерапии по сравнению с гипнотерапией было у больных ИМ с АГ и аритмией.

В конце лечения электросонотерапией изменений копинг-стратегий не произошло, но она была более предпочтительным методом воздействия по сравнению с гипнотерапией у больных ИМ без аритмии, с ПИС. Гипнотерапия оказала более позитивное влияние на копинг-стратегии по сравнению с электросонотерапией у больных ИМ без психопатологических синдромов, с аритмией.

После АВС у больных ИМ увеличилось по сравнению с началом лечения использование эргопатического типа ( $p < 0,05$ ), а гармоничный тип ( $p < 0,05$ ) применялся чаще по сравнению с ГК. Таким образом, у больных ИМ АВС положительно влияла на ТОБ, приводя к увеличению эргопатического типа, за счет снижения сенситивного и диффузного. Одним из самых существенных факторов, влияющих на отношение к болезни, осознание ее фрустрирующего (блокирующего основные потребности личности) характера, является угроза личности и связанная с этим тревога [2]. Уровень личностной тревожности достоверно уменьшался у больных после лечения АВС [8]. Этим, скорее всего, объясняется положительное воздействие АВС на ТОБ. АВС влияла на ТОБ более позитивно, чем гипнотерапия у больных ИМ с психопатологическими синдромами и без них, с I–II ФК ПИС, без аритмии, независимо от величины ПМ, со

Таблица 1

Сравнительная характеристика ТОБ через 6 месяцев после выписки из санатория у больных ИМ в ОГ и ГК (%)

ТОБ	Больные ИМ(ОГ)			
	ГК (n=22)	Гипнотерапия (n=24)	Адаптон (n=17)	Вояджер (n=21)
Гармоничный	36,4	25	11,8 <sup>''</sup>	42,9 <sup>''</sup>
Эргопатический	31,8	20,8	53 <sup>''</sup>	28,5 <sup>*</sup>
Смешанный	18,2	16,7	17,6	14,2
Анозогнозический	9,1	33,3 <sup>*</sup>	17,6 <sup>*</sup>	4,8 <sup>''</sup>
Сенситивный	4,5	0 <sup>*</sup>	0 <sup>*</sup>	4,8 <sup>''</sup>
Диффузный	0	4,2 <sup>*</sup>	0	4,8 <sup>''</sup>

Примечание: \* – различие статистически значимое (p<0,05) по сравнению со значением в ГК; <sup>''</sup> – различие статистически значимое (p<0,05) по сравнению со значением с гипнотерапией; <sup>''</sup> – различие статистически значимое (p<0,05) по сравнению со значением с электросонотерапией.

средним образованием. Применение АВС было наиболее предпочтительным по сравнению с электросонотерапией по воздействию на ТОБ у больных ИМ с АГ, психопатологическими синдромами, I ФК ПИС, с аритмией.

В конце лечения АВС у больных ИМ изменений копинг-стратегий по сравнению с началом лечения не произошло. У них реже, чем в ГК, использовались неконструктивная стратегия “самообвинение” (p<0,05). АВС снимает избыточный самоконтроль [10,11] и с этим, вероятно, связано то, что “самообвинение” использовалось реже, чем в ГК. Позитивное влияние на копинг-стратегии АВС оказала у больных ИМ с психопатологическими синдромами, с I ФК ПИС, показателями ПМ<75BT, у лиц с высшим образованием, но не имела предпочтений по сравнению с электросонотерапией. Положительное влияние АВС на копинг-стратегии было выявлено у больных ИМ с психопатологическими синдромами и с высшим образованием.

Динамика показателей МПЗ в процессе лечения в ОГ отсутствовала. Трудно проводить конструктивную модификацию МПЗ или их устранение, даже если психотерапевт создаёт устойчивую эмпатическую коммуникацию с пациентом. Следовательно, у больных ИМ МПЗ являются устойчивыми и ригидными.

Через 6 месяцев после выписки из санатория (таблица 1) у больных ИМ без психотерапевтического воздействия и после АВС увеличилось использование гармоничного типа с 13,5 % до 36,4 % (p<0,001) и с 26,7 % до 42,9 % (p<0,05), соответственно. У больных с гипнотерапией, увеличилось применение анозогнозического типа с 11,9 % до 33,3 %; (p<0,01), у пациентов с электросонотерапией – уменьшилось использование гармоничного типа с 29 % до 11,8 %; (p<0,01), перестал встречаться сенситивный с 9,7 % до 0 %; (p<0,01) и произошло нарастание эргопатического с 29 % до 53 %; (p<0,01).

В ГК через 6 месяцев (рисунок 1) больные ИМ стали чаще, чем после лечения в санатории, использовать самую неконструктивную стратегию “растерянность” (p<0,05).

В группе с гипнотерапией (рисунок 2) возрастала относительно конструктивная стратегия “отвлечение” (p<0,01), неконструктивная стратегия “игнорирование” (p<0,05) и уменьшался неконструктивный копинг – “отступление” (p<0,01).

Больные с АВС стали чаще применять конструктивную стратегию “альтруизм” (p≤0,06). После электросонотерапии динамики в использовании копинг-стратегий в отдаленном периоде не наблюдалось.

Значения МПЗ через 6 месяцев после санаторной реабилитации у больных ИМ в ОГ и в ГК по сравнению с выпиской из санатория не изменились.

## Выводы

У больных ИМ в начале санаторной реабилитации в 71,6 % случаев отсутствуют явления дезадаптации и преобладающими типами отношения к болезни являются эргопатический (32,9 %), гармоничный (25,2 %); используются преимущественно конструктивные и относительно конструктивные копинг-стратегии.

Оптимальным методом воздействия на ТОБ у больных ИМ с АГ и аритмией является гипнотерапия, у больных ИМ без АГ – электросонотерапия, у больных ИМ с психопатологическими синдромами, с I ФК ПИС – АВС.

Положительное влияние гипнотерапия оказывает на копинг-стратегии у пациентов без психопатологических синдромов, с аритмией; электросонотерапия – у пациентов с психопатологическими синдромами, без аритмии, с ПИС, с высшим образованием; АВС – у пациентов с психопатологическими синдромами, с высшим образованием.

В отдаленном периоде (до 6 месяцев) у больных ИМ наиболее благоприятная динамика ТОБ имеет место после электросонотерапии и АВС. Позитивная динамика копинг-стратегий наблюдается в группах с гипнотерапией и АВС.

МПЗ остаются неизменными на всех этапах реабилитации независимо от методики психологического воздействия.

## **Литература**

1. Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б. и др. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: пособие для врачей и психологов. С-Пб 2005; 48 с.
2. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. и др. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей. С-Пб 2005; 31 с.
3. Изард К.Э. Психология эмоций. С-Пб “Питер” 2000; 464 с.
4. Набиуллина Р.Р., Тухтарова И.В. Механизмы психологической защиты и совладания со стрессом (определение, структура, функции, виды, психотерапевтическая коррекция). Учебное пособие. Казань 2003; 99с.
5. Погосова Г.В. Признание значимости психоэмоционального стресса в качестве сердечно-сосудистого фактора риска первого порядка. Кардиология 2007; 2: 65–72.
6. Психотерапевтическая энциклопедия. Под ред. Б.Д. Карвасарского. С-Пб “Питер Ком” 2005; 944 с.
7. Ташлыков В.А. Психологическая защита у больных неврозами и с психосоматическими расстройствами: пособие для врачей. С-Пб 1997; 24 с.
8. Филатова О.В., Павленко С.С., Пальцев А.И. Аудиовизуальная стимуляция в лечении болевого синдрома язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Российская научно-практическая конференция “Организация медицинской помощи больным с болевыми синдромами”. Новосибирск 1997; 198–203.
9. Heim E. Coping und Adaptivitat: Gibt es geeignetes oder ungeeignetes coping? Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 1988; 1: 8–17.
10. Siever D. The Rediscovery of Audio-Visual Entrainment. Medical Miracles with Pulsing Light and Sound 1997.
11. Young F. Mind State Management: the Software of the Mind. Fall City: Theta Technologies, Inc., 1993; 7–20.

Поступила 09/07–2007