

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У ЖЕНЩИН И МУЖЧИН

© Николаева Т.О., Аникин В.В., Изварина О.А., Седова А.А.

Тверской государственный медицинский университет (ТГМУ)

Россия, 170100, Тверская область, г. Тверь, ул. Советская, д. 4

Изменения психологического статуса, несомненно, оказывают большое влияние на развитие и течение инфаркта миокарда (ИМ).

Цель исследования – изучение изменений психологического статуса больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) женщин в сравнении с пациентами мужского пола и отражения этих изменений на качестве жизни.

Материалы и методы. Одномоментное обсервационное исследование выполнено в городских больницах г. Твери. Обследовано 120 женщин с ОИМ в возрасте 36-74 лет и 50 мужчин с ОИМ 37-72 лет. Основная группа (женщины с ОИМ) делилась на две подгруппы: первая – пациентки до 60 лет, вторая – 60 лет и старше. Изучение психологических особенностей личности проводилось с применением сокращенного многофакторного опросника личности (СМОЛ), личностного опросника Бехтеревского института (ЛОБИ), методики оценки качества жизни больного (КЖБ) по В.П. Зайцеву.

Результаты. У женщин 60 лет и старше было выявлено повышение профиля СМОЛ по всем шкалам. Наиболее заметное возрастание показателей наблюдалось по шкалам невротической триады (1-й, 2-й, 3-й) и 6-й шкале СМОЛ. Анализ теста ЛОБИ позволил установить, что уровень тревожного, ипохондрического, сензитивного, неврастенического, дисфорического и меланхолического типов отношения к болезни преобладал у женщин с наибольшей выраженностью изменений в группе женщин до 60 лет. В блоке интерпсихической направленности наиболее значимо повышался сензитивный тип отношения к болезни, который преобладал в обеих группах женщин по сравнению с мужчинами. Суммарный показатель «качества жизни» был снижен у всех обследованных групп, причем это снижение было наиболее выраженным у женщин старшего возраста.

Заключение. Женщины с ОИМ по сравнению с мужчинами имеют более выраженные изменения личностно-эмоционального статуса. Это проявляется в нарастании ипохондрической, депрессивной, эмоционально-лабильной симптоматики; тревожным, ипохондрическим, неврастеническим типами реагирования на болезнь и снижением «качества жизни».

Ключевые слова: психологический статус; женщины с инфарктом миокарда; профиль СМОЛ; тест ЛОБИ; качество жизни.

Николаева Татьяна Олеговна – канд. мед. наук, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней, ТГМУ, г. Тверь. ORCID iD: 0000-0002-1103-5001. E-mail: tabo051610@gmail.com (автор, ответственный за переписку)

Аникин Виктор Васильевич – д-р мед. наук, профессор, заслуженный врач РФ, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней, ТГМУ, г. Тверь. ORCID iD: 0000-0002-6158-5706. E-mail: propedeo@mail.ru

Изварина Ольга Анатольевна – канд. мед. наук, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней, ТГМУ, г. Тверь. ORCID iD: 0000-0003-1722-7271. E-mail: oldot@list.ru

Седова Анна Александровна – канд. мед. наук, доцент кафедры детских болезней, ТГМУ, г. Тверь. ORCID iD: 0000-0001-6146-6857. E-mail: asedova72@mail.ru

Психологические личностные особенности в виде тревоги и депрессии, повышенного уровня психосоциального стресса не только являются значимыми независимыми факторами риска в возникновении инфаркта миокарда (ИМ), но и играют важную роль в утяжелении клинического течения заболевания, развитии осложнений, снижении качества жизни и как следствие влияют на прогноз заболевания в целом [1, 4, 7, 8, 9]. При остром инфаркте миокарда пациент, находясь в стационаре, осознает, что его состояние угрожает жизни, работоспособности, снижает физические возможности. Естественно у всех пациентов это сопровождается эмоциональными переживаниями, но отношение к болезни при этом может кардинально различаться от полного отрицания до выраженной тревоги и депрессии [2, 4, 5, 8]. При этом симптомы де-

прессии даже малой степени выраженности увеличивают тяжесть течения ИМ, частоту развития осложнений, риск летального исхода, повторения ИМ [3, 4, 8]. Следует отметить, что женщины страдают депрессией, тревожными и тревожно-депрессивными состояниями в два и более раза чаще, чем мужчины [4]. Это связано, прежде всего, с особенностями нейроэндокринной системы женщины, обеспечивающей регуляцию менструальной и детородной функций. В связи с этим целью настоящего исследования явилось изучение изменений психологического статуса больных ОИМ женщин в сравнении с пациентами мужского пола и отражение этих изменений на качестве жизни.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В кардиологических отделениях городских больниц г. Твери (ГБУЗ ГКБ № 6, № 7, БСМП) проведено обследование 120 женщин с острым инфарктом миокарда (ОИМ) в возрасте от 36 до 74 лет (средний возраст – $56,1 \pm 1,9$ года) и 50 мужчин с ОИМ в возрасте от 37 до 72 лет (средний возраст – $55,8 \pm 1,2$ года). Основная обследованная группа (женщины с ОИМ) делилась на две подгруппы: первая – пациентки до 60 лет, вторая – 60 лет и старше.

Изучение психологических особенностей личности проводилось с применением сокращенного многофакторного опросника личности (СМОЛ). Качество жизни определяли по методике оценки качества жизни больного (КЖБ) по В.П. Зайцеву, которая основывается на отношении больного к изменениям в его жизни, связанным с болезнью и ее лечением. Личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ) был применен для диагностики типов отношения к болезни при ОИМ.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием методов вариационной статистики с помощью компьютерных программ «Microsoft Excel 2006» и «Statistica 6.1». С целью проверки данных использовались параметрические и непараметрические методы математической статистики. Для оценки статистической значимости различий двух групп по каким-либо параметрам при нормальном распределении признака применялся t-критерий Стьюдента. При распределении признаков, отличном от нормального, использовался критерий Манна-Уитни. Достоверными принимали различия при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В результате проведенного исследования оценены усредненные показатели теста СМОЛ у женщин с ОИМ в сравнении с пациентами мужского пола (таблица 1, рисунок 1). Они были достоверно выше у женщин по сравнению с группой мужчин по 1-й (ипохондрии), 2-й (депрессии), 3-й (эмоциональной лабильности), 4-й (импульсивности), 6-й (риgidности), 8-й (индивидуалистичности) и 9-й (оптимистичности) шкалам.

В группе женщин с ОИМ повышение показателей 1-й шкалы (ипохондрии) демонстрирует осторожность, осмотрительность. При этом тип психологических реакций становится смешанным с сочетанием сдержанности и раздражительности, что характерно для лиц с психосоматической

предрасположенностью, то есть эмоциональная напряженность трансформируется в болезненные реакции органов и систем (сердечно-сосудистой системы, вегетативной нервной системы). Нарастание уровня 3-й шкалы (эмоциональной лабильности) поглощает повышение 1-й, если шкалы находятся на одном уровне, значит у обследованных лиц женского пола имелись признаки эмоциональной неустойчивости, демонстративности, нарушения самооценки. Важно отметить, что в стрессовых условиях нарастание уровня 3-й шкалы в профиле сопровождается выраженными вегетативными реакциями, трансформирующими в психосоматические расстройства, которые способствуют утяжелению течения ИМ и развитию его осложнений. Повышение показателей 2-й шкалы (депрессии) у женщин обеих групп по сравнению с мужчинами демонстрирует более пессимистичное, скептическое отношение к своему состоянию, перспективам, значительную глубину переживаний и неуверенности в себе. Повышение уровня 6-й шкалы (риgidности) свидетельствует об усилении раздражительности, переживания чувства обиды и косвенно связаны со склонностью к артериальной гипертензии, которая действительно имела место более чем у 90% больных женского пола. Это подтверждает тесную связь между соматическими и психологическими факторами.

Старшая возрастная группа женщин по сравнению с более молодыми пациентками демонстрировала более высокий уровень кризисной профиля СМОЛ по всем шкалам: 1-й (ипохондрии), 2-й (депрессии), 3-й (эмоциональной лабильности), 4-й (импульсивности), 6-й (риgidности), 7-й (тревожности), 8-й (индивидуалистичности), 9-й (оптимистичности). В целом это характеризует смешанный тип реагирования на свое состояние с тенденцией к депрессивно-ипохондрическим реакциям. У женщин в возрасте до 60 лет с ОИМ отмечался «линейный» профиль СМОЛ (в пределах 46-55 Т), однако уровень всех показателей был выше по сравнению с мужчинами.

У пациентов с ОИМ мужского пола наблюдалось снижение показателей профиля СМОЛ ниже 45-50 Т-баллов по большинству шкал. Относительное преобладание 1-й (ипохондрии) и 3-й (эмоциональной лабильности) шкал СМОЛ над 2-й (депрессии) свидетельствует о трансформации эмоциональной напряженности в среду соматических расстройств. При этом низкие показатели 3-й шкалы у мужчин менее 50Т демонстрируют большую эмоциональную устойчивость и пониженную реакцию на средовые воздействия по сравнению с группами женщин.

Таблица 1

Table 1

Усредненные показатели теста СМОЛ при инфаркте миокарда
у женщин различного возраста и мужчин (в баллах, $M \pm m$)

Average values of the abbreviated multifactor questionnaire for personality research (SMOL) in myocardial infarction in women of different ages and men (in points, $M \pm m$)

Шкала СМОЛ SMOL Scale	Группы обследованных Examined groups				p	
	Женщины Women			Мужчины Men (n=50)		
	Все All (n=120)	Моложе 60 лет Under 60 years (n=65)	60 лет и старше 60 years and older (n=55)			
L	46.02±1.01	46.18±1.3	45.65±1.53	49.58±1.95		
F	55.95±1.78	54.58±1.87	59±3.95	44±1.9	$p_1 < 0.001, p_2 < 0.001, p_3 < 0.001$	
K	46.07±1.69	46.42±1.79	45.29±3.81	50.63±1.78		
1	53.58±1.34	52.24±1.57	56.59±2.46	46.89±1.59	$p_1 < 0.01, p_2 < 0.05, p_3 < 0.001$	
2	53.44±1.38	52.24±1.62	56.12±2.54	44.63±2.35	$p_1 < 0.01, p_2 < 0.01, p_3 < 0.001$	
3	54.55±1.38	53.55±1.75	56.76±2.11	47.58±1.77	$p_1 < 0.01, p_2 < 0.05, p_3 < 0.001$	
4	47.76±1.84	46.39±2.27	50.82±3.12	40.74±2.78	$p_1 < 0.05, p_3 < 0.05$	
6	52.96±1.28	51.47±1.36	56.29±2.73	43.89±1.93	$p_1 < 0.001, p_2 < 0.01, p_3 < 0.001$	
7	48.71±1.71	46.84±2.01	52.88±3.1	44.89±1.92	$p_3 < 0.05$	
8	50.35±1.53	48.76±1.68	53.88±3.11	41.53±1.82	$p_1 < 0.001, p_2 < 0.01, p_3 < 0.001$	
9	51.69±1.35	51±1.57	53.24±2.61	44.68±2.41	$p_1 < 0.05, p_2 < 0.05, p_3 < 0.05$	

Примечание: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 – шкалы профиля СМОЛ. 1 – ипохондрии, 2 – депрессии, 3 – эмоциональной лабильности, 4 – импульсивности, 6 – ригидности, 8 – индивидуалистичности, 9 – оптимистичности). L, F, K – оценочные шкалы теста СМОЛ. Шкала «лжи» – L, шкала «достоверности» – F и шкала «коррекции» – K. p_1 – достоверность различий при сравнении показателей между группами женщин и мужчин; p_2 – достоверность различий при сравнении показателей между группой женщин до 60 лет и группой мужчин; p_3 – достоверность различий при сравнении показателей между группой женщин старше 60 лет и группой мужчин.

Note: SMOL Scale – abbreviated multifactor questionnaire for personality research. 1,2,3,4,5,6,7,8,9 – dial profile of the abbreviated multifactor questionnaire for personality research (SMOL). 1 – hypochondriasis, 2 – depression, 3 – emotional lability, 4 – impulsivity, 6 – rigidity, 8 – individualistically, 9 – optimism. L, F, K – evaluation scale of the multi-factor personality questionnaire (SMOL). The "lie" scale is L, the "confidence" scale is F, and the "correction" scale is K. p_1 – reliability of differences when comparing indicators between groups of women and men; p_2 – reliability of differences when comparing indicators between a group of women under 60 years and a group of men; p_3 – reliability of differences when comparing indicators between the group of women older than 60 years and a group of men.

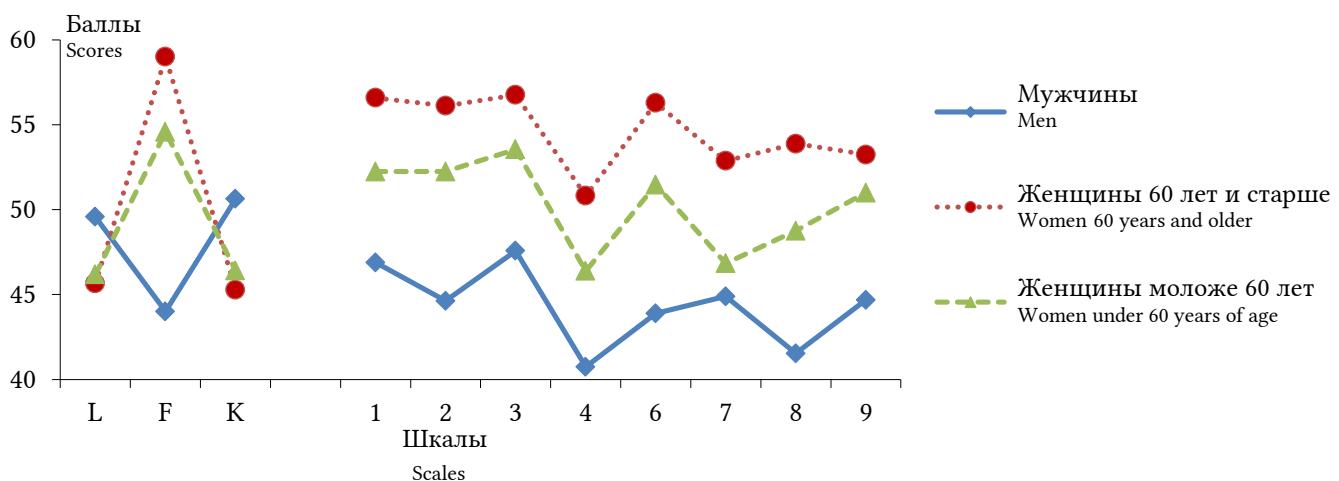


Рис. 1. Усредненный профиль СМОЛ при инфаркте миокарда у женщин различного возраста и мужчин.

Fig. 1. Average profile of abbreviated multifactor questionnaire for personality research (SMOL) in myocardial infarction in women of different ages and men.

Таблица 2

Table 2

Значения шкал методики ЛОБИ при инфаркте миокарда
у женщин различного возраста и мужчин (в баллах, $M \pm m$)

Values of the personality questionnaire of the Bekhterev Institute (LOBI) scales for myocardial infarction
in women of different ages and men (in points, $M \pm m$)

Шкала ЛОБИ (тип отношения к болезни) LOBI scale (type of attitude to the disease)	Группы обследованных Examined groups				p	
	Женщины Women			Мужчины Men (n=50)		
	Все All (n=120)	Моложе 60 лет Under 60 years (n=65)	60 лет и старше 60 years and older (n=55)			
Гармоничный (Г) Harmonious (H)	14.33±3.02	17.63±3.94	7.53±3.18	22.82±5.68	$p_3 < 0.05$ $p_4 < 0.05$	
Эргопатический (Р) Ergopathic (R)	22.17±2.25	24.29±2.63	17.82±3.89	28.76±3.87	$p_3 < 0.05$	
Анозогностический (З) Anosognosic (Z)	4.21±1.42	3.63±1.68	5.41±2.37	14.76±4.09	$p_1 < 0.01$ $p_2 < 0.01$ $p_3 < 0.05$	
Тревожный (Т) Anxious (T)	16.15±1.49	16.51±1.88	15.41±2.46	8±1.7	$p_1 < 0.001$ $p_2 < 0.001$ $p_3 < 0.05$	
Ипохондрический (И) Hypochondriac (Y)	12.08±1.07	12.89±1.36	10.41±1.68	8.59±1.1	$p_1 < 0.05$ $p_2 < 0.05$	
Неврастенический (Н) Neurasthenic (N)	10.4±0.97	11.83±1.24	7.47±1.25	5.71±1.34	$p_1 < 0.01$ $p_2 < 0.05$ $p_3 < 0.001$	
Меланхолический (М) Melancholic (M)	4.83±0.75	5.23±1.02	4±0.9	2±0.61	$p_1 < 0.01$ $p_3 < 0.01$	
Апатический (А) Apathetic (A)	2.81±0.44	2.63±0.53	3.18±0.8	16.59±2.28	$p_1 < 0.001$ $p_2 < 0.001$ $p_3 < 0.001$	
Сенситивный (С) Sensitive (S)	23.1±1.26	22.23±1.55	24.88±2.17	16.59±2.28	$p_1 < 0.05$ $p_2 < 0.05$ $p_3 < 0.01$	
Эгоцентрический (Я) Egocentric (I)	10.17±0.78	10.51±1.01	9.47±1.18	6.12±0.9	$p_1 < 0.001$ $p_2 < 0.01$ $p_3 < 0.05$	
Паранойяльный (П) Paranoid (P)	6.46±0.69	6.6±0.79	6.18±1.39	3.41±0.87	$p_1 < 0.01$ $p_2 < 0.01$	
Дисфорический (Д) Dysphoric (D)	5.79±0.78	6.49±0.97	4.35±1.29	3.35±1.03	$p_2 < 0.05$	

Примечание: p_1 – достоверность различий при сравнении показателей между группами женщин и мужчин; p_2 – достоверность различий при сравнении показателей между группой женщин до 60 лет и группой мужчин; p_3 – достоверность различий при сравнении показателей между группой женщин старше 60 лет и группой мужчин; p_4 – достоверность различий при сравнении показателей между группами женщин.

Note: LOBI scale – personality questionnaire of the Bekhterev Institute (LOBI) scale. p_1 – reliability of differences when comparing indicators between groups of women and men; p_2 – reliability of differences when comparing indicators between a group of women under 60 years and a group of men; p_3 – reliability of differences when comparing indicators between the group of women older than 60 years and a group of men; p_4 – reliability of differences when comparing indicators between groups of women.

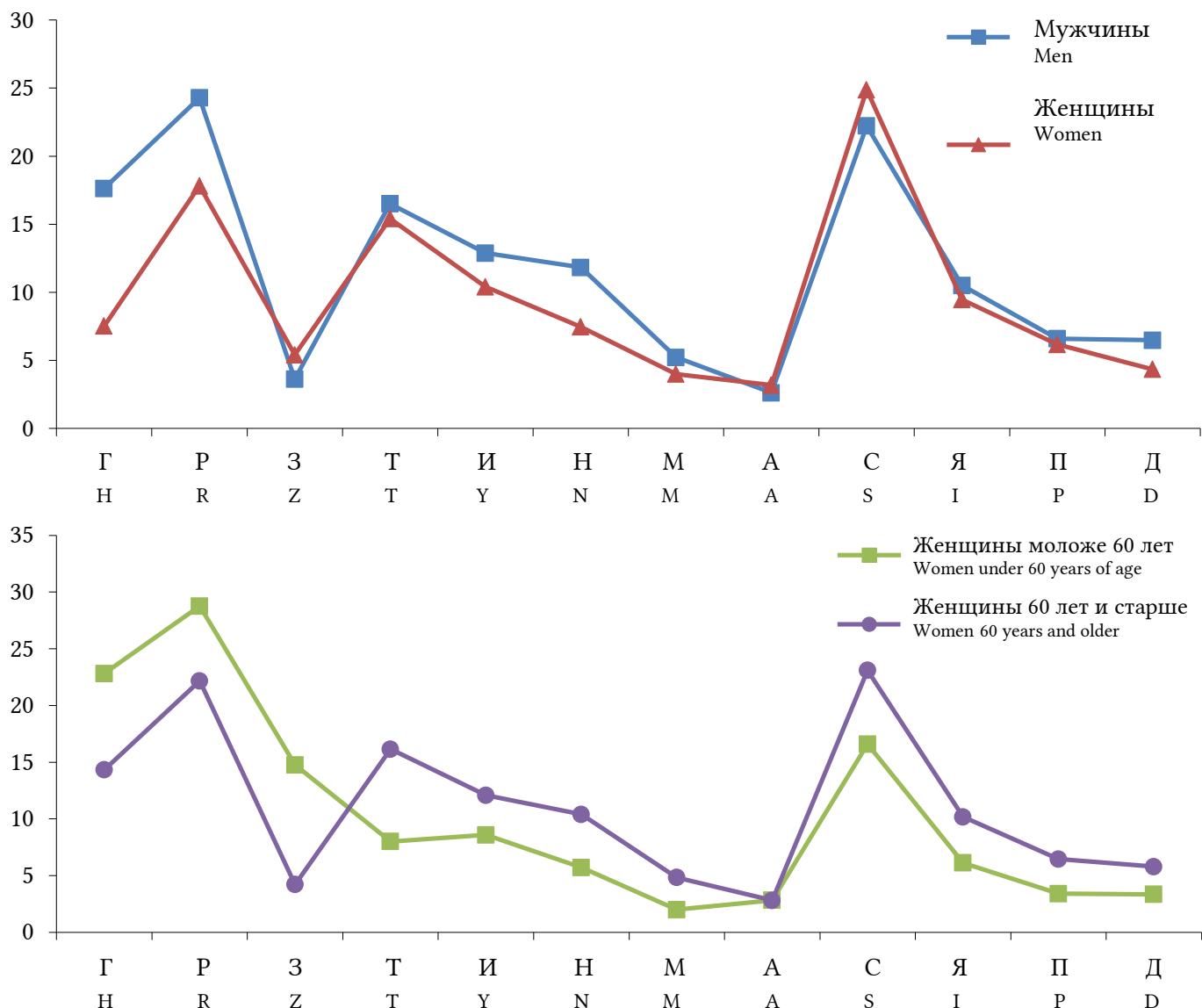


Рис. 2. Усредненные профили типов отношения к болезни у больных ИМ по методике ЛОБИ.

Примечание: Г – гармоничный; Р – эргопатический; З – аноногнозический; Т – тревожный; И – ипохондрический; Н – неврастенический; М – меланхолический; А – апатический; С – сензитивный; Я – эгоцентрический; П – паранойяльный; Д – дисфорический.

Fig. 2. Averaged profiles of the types of attitude to the disease in patients with myocardial infarction according to the personality questionnaire of the Bekhterev Institute (LOBI) scale.

Note: Г – гармоничный; Р – эргопатический; З – аноногнозический; Т – тревожный; И – ипохондрический; Н – неврастенический; М – меланхолический; А – апатический; С – сензитивный; Я – эгоцентрический; П – паранойяльный; Д – дисфорический.

Уменьшение показателей по 4-й шкале (импульсивности) наблюдалось у всех обследованных групп с наибольшей выраженностью у мужчин, что отражает слабую мотивацию к достижению целей, недостаточное противодействие личности обстоятельствам окружающей среды. Возможно, это времененная реакция в связи с развитием ОИМ.

Личностные особенности больных с ОИМ оценивались также с помощью методики ЛОБИ по типам отношения к своему заболеванию. Результаты представлены в таблице 2 и на рисунке 2.

При сравнении групп женщин и мужчин по типам реагирования на болезнь выявлено, что адаптивные шкалы (Г, Р, З) оказались несколько ниже у лиц женского пола, что свидетельствует об их социальной дезадаптации на фоне возникновения ИМ. Достоверное снижение по аноногнозической шкале у женщин демонстрирует постоянные мысли о своей болезни, ее последствиях, стремлению к обследованию и лечению. У пациентов мужского пола, наоборот, отмечалась тенденция в виде активного отбрасывания мыслей о болезни, желание сохранить свой профессиональный статус, продолжить работать.

Типы реагирования второго интрапсихического блока (Т, И, Н, М, А) были повышены у обследованных больных женского пола. Повышение показателей тревожного и ипохондрического типов отношения к болезни подтверждает результаты теста СМОЛ с тенденцией к преобладанию 1-й и 7-й шкал у женщин и свидетельствует о мнительности в отношении тяжести своего состояния, неблагоприятного исхода, адекватности терапии, самобичевании. Неврастенический тип отношения к болезни, который был достоверно выраженее у женщин по сравнению с мужчинами, указывает на раздражительное отношение к симптомам болезни, неблагоприятным результатам исследований, что в дальнейшем приводит к раскаянию за свое резкое поведение.

Среди шкал третьего блока (С, Я, П, Д) обращает на себя внимание выраженность сензитивного типа, особенно у женщин. Это показывает озабоченность возможностью неблагоприятного впечатления окружающих людей о сведениях об их болезни. Возникшая потребность рассказывать о своих страданиях, позволяющая снизить тревожность, сдерживается страхом осуждения окружающих. Такая двойственность реакций усиливает эмоциональное напряжение и чувство фрустрации.

Женщины с ОИМ различного возраста имели отличия по гармоническому и эргопатическому типам реагирования на болезнь. В возрасте моложе 60 лет эти показатели были выше,

что подтверждает факт более адекватной оценки своего состояния и преодоления негативной ситуации более активными людьми трудоспособного возраста. Вместе с тем неврастенический, ипохондрический и меланхолический типы реагирования на развитие ОИМ также несколько чаще встречались у младшей обследованной группы, что указывает на «раздражительную слабость», плохую переносимость боли, стремление постоянно рассказывать о своих ощущениях окружающим, даже незначительное утешение состояния может вызвать у них раздражение, плаксивость. Также наблюдалось некоторое увеличение значений апатического типа реагирования у женщин старше 60 лет, что свидетельствует об отсутствии мотивации к лечению.

Для выявления влияния психологического состояния и типа отношения к болезни на общую оценку больными изменений в их жизни, связанным с болезнью и ее лечением, был проведен анализ «качества жизни» при ИМ у женщин и мужчин. Эти данные представлены на рисунке 3 и в таблице 3.

Суммарный показатель «качества жизни» у обследованных больных был снижен в большей степени у женщин при сравнении с мужчинами. В группах лиц женского пола имелась тенденция к большему снижению качества жизни у больных старшего возраста, однако четкая достоверность этой разницы не зафиксирована.

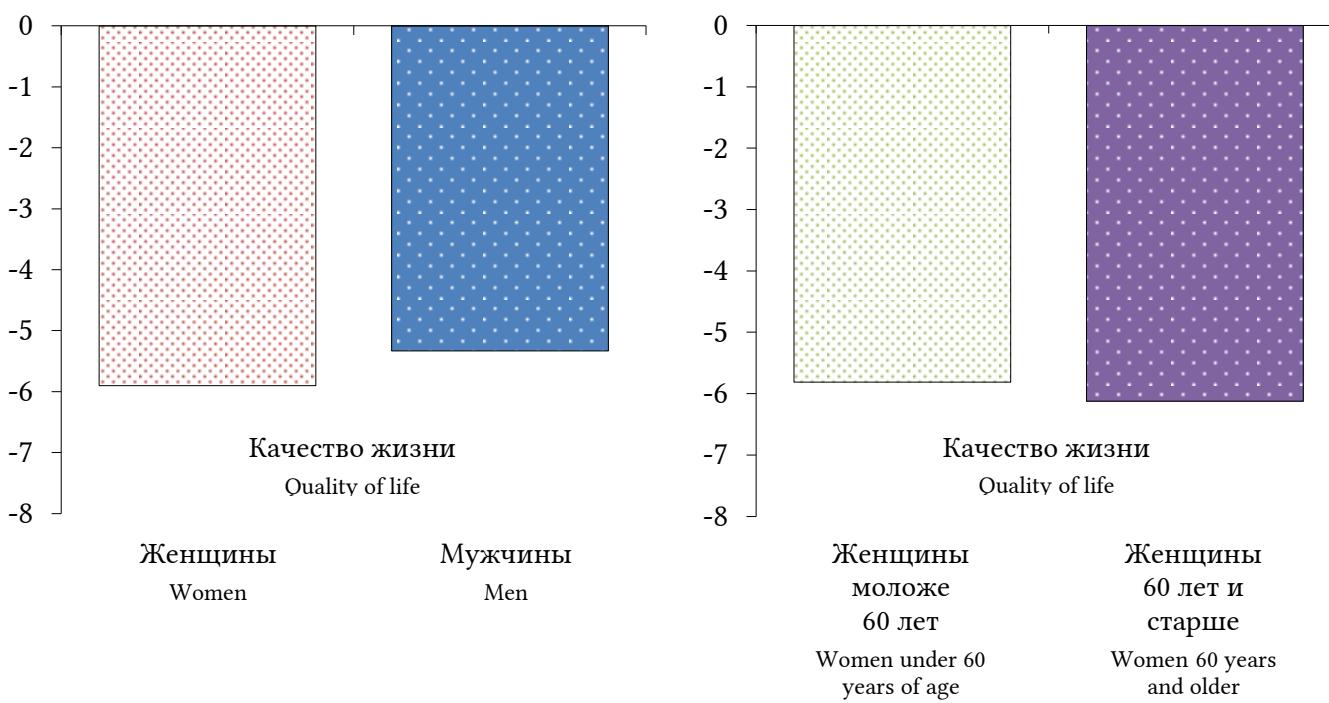


Рис. 3. Средний суммарный показатель «качества жизни» у женщин различного возраста и мужчин (в баллах, $M \pm m$).

Fig. 3. Average total indicator of "quality of life" in women of different ages and men (in points, $M \pm m$).

Показатели «качества жизни» у женщин и мужчин с ИМ

Indicators of "quality of life" in women and men with myocardial infarction

Качество жизни Quality of life	Группы обследованных Examined groups			
	Женщины Women			Мужчины Men (n=50)
	Все All (n=120)	Моложе 60 лет Under 60 years (n=65)	60 лет и старше 60 years and older (n=55)	
Суммарный балл The total score	-5.9±0.54	-5.81±0.68	-6.12±0.84	-5.33±0.93

Таким образом, особенности психологического статуса при инфаркте миокарда у женщин имеют тенденции к нарастанию депрессивных, ипохондрических, эмоционально-лабильных реакций с повышенной раздражительностью и переживанием чувства обиды; тревожно-ипохондрическим, неврастеническим типами отношения к болезни; снижением «качества жизни». Такие изменения преобладали в старшей возрастной группе лиц женского пола. Мужчины продемонстрировали большую эмоциональную устойчивость, уменьшение мотивации к достижению поставленных целей, попытку отрицать симптомы болезни. Полученные данные показывают, что больные ИМ нуждаются в дифференцированной психологической коррекции, которую следует начинать с первых дней заболевания. При этом мероприятия психологической реабилитации по-видимому должны быть более интенсивными и целенаправленными у женщин.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии финансирования.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Исследование одобрено этическим комитетом Тверского государственного медицинского университета (Протокол № 2 от 25.02.2019 г.). Все участники исследования подписывали информированное согласие.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Балашевич Н.А., Керимкулова А.С., Жумамбаева Р.М. Психосоматические аспекты, влияющие на развитие сердечно-сосудистых заболеваний. *Наука и здравоохранение*. 2013;5:42–44 [Balashevich N.A., Kerimkulova A.S., Zhumambayeva R.M. Psychosomatic aspects influencing to development of cardiovascular diseases. *Science & Healthcare*. 2013;5:42–44 (in Russ.)]
- Дубинина Е.А. Психологические аспекты реабилитации пациентов, перенесших инфаркт миокарда. *Медицинская психология в России*. 2018;10(2-49):3 [Dubinina E.A. Psychological aspects of rehabilitation of patients with myocardial infarction. *Meditinskaya psichologiya v Rossii*. 2018;10(2-49):3 (in Russ.)]. DOI: 10.24411/2219-8245-2018-12030
- Исаков Е.Б. Распространенность факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. *Медицина и экология*. 2017;3(84):17–24 [Isakov Ye.B. Revalence of risk factors of cardiovascular diseases. *Meditina i ekologiya*. 2017;3(84):17–24 (in Russ.)]
- Лебедева Н.Б., Ардашова Н.Ю., Барбараши О.Л. Гендерные особенности комплексной оценки прогноза при инфаркте миокарда с использованием шкал тревожности и депрессии. *Сибирский медицинский журнал*. 2016;31(1):21–27 [Lebedeva N.B., Ardashova N.Y., Barbarash O.L. Gender-related differences in comprehensive assessment of prognosis of myocardial infarction using the anxiety and depression scales. *The siberian medical journal*. 2016;31(1):21–27. (in Russ.)]. DOI: 10.29001/2073-8552-2016-31-1-21-27
- Соловьева С.Л., Кошанская А.Г., Власова Н.В. Роль эмоциональных факторов в формировании сердечно-сосудистой патологии (на примере инфаркта миокарда и сахарного диабета 2-го типа). *Неврологический вестник*. 2020;52(1):43–48 [Sоловьева S.L., Koshanskaya A.G., Vlasova N.V. Role of emotional factors in formation of cardiovascular pathology (on the example of the myocardial infarction and diabetes of the 2nd type). *Neurology Bulletin*. 2020;52(1):43–48 (in Russ.)]. DOI: 10.17816/nb18863

6. Benninghoven D., Kaduk A., Wiegand U., Specht T., Kunzendorf S., Jantschek G. Influence of anxiety on the course of heart disease after acute myocardial infarction - risk factor or protective function? *Psychother Psychosom.* 2006;75(1):56–61.
DOI: 10.1159/000089227
7. Moser D.K., McKinley S., Riegel B., Doering L.V., Meischke H., Pelter M., Davidson P., Baker H. et al. Relationship of persistent symptoms of anxiety to morbidity and mortality outcomes in patients with coronary heart disease. *Psychosom Med.* 2011;73(9):803–809.
DOI: 10.1097/PSY.0b013e3182364992
8. Roest A.M., Martens E.J., de Jonge P., Denollet J. Anxiety and risk of incident coronary heart disease: a meta-analysis. *J Am Coll Cardiol.* 2010;56(1):38–46.
DOI: 10.1016/j.jacc.2010.03.034

Поступила в редакцию 02.10.2020

Подписана в печать 21.12.2020

Для цитирования: Николаева Т.О., Анкин В.В., Изварина О.А., Седова А.А. Особенности психологического статуса при остром инфаркте миокарда у женщин и мужчин. *Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье».* 2020;(4):54–62.
DOI: 10.21626/vestnik/2020-4/07

FEATURES OF PSYCHOLOGICAL STATUS IN ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION IN WOMEN AND MEN

© Nikolaeva T.O., Anikin V.V., Izvarina O.A., Sedova A.A.

Tver State Medical University (TSMU)

4, Sovetskaya St., Tver, Tver region, 170100, Russian Federation

Changes in psychological status undoubtedly have a great impact on the development and course of myocardial infarction (MI).

Objective – to study changes in the psychological status in women with acute myocardial infarction (AMI) in comparison with male patients and the reflection of these changes on the quality of life.

Materials and methods. A single-stage observational study was performed in the city hospitals of Tver. 120 women with AMI aged 36–74 years and 50 men with AMI aged 37–72 were examined. The main group (women with AMI) was divided into two subgroups: the first – patients under 60 years of age, the second – 60 years and older. The study of psychological characteristics of the individual was carried out using the abbreviated multifactor questionnaire for personality research (the so called "Mini-Mult" or "SMOL"), the personality questionnaire of the Bekhterev Institute (the so called "LOBI"), and the methodology for assessing the quality of life of a patient (QOL) according to V.P. Zaitsev.

Results. In women aged 60 years and older, an increase in the profile of pitches on all scales was detected. The most noticeable increase in indicators was observed on the scales of the neurotic triad (1st, 2nd, and 3rd) and the 6th Mini-Mult scale. Analysis of the LOBI test revealed that the level of anxiety, hypochondriac, sensitive, neurasthenic, dysphoric and melancholic types of attitude to the disease prevailed in women, with the greatest severity of changes in the group of women under 60 years of age. In the block of interpsychic orientation, the most significant increase was in the sensitive type of attitude to the disease, which prevailed in both groups of women compared to men. The total indicator of "quality of life" was reduced in all the examined groups, and this decrease was most pronounced in older women.

Conclusion. Women with AMI have more pronounced changes in their personal and emotional status than men. This is manifested in an increase in hypochondriac, depressive, emotionally labile symptoms; anxiety, hypochondriac, neurasthenic types of response to the disease and a decrease in the "quality of life".

Keywords: psychological status; women with myocardial infarction; SMOL profile; LOBI test; quality of life.

Nikolaeva Tatiana O. – PhD in Medicine, Associate Professor of the Department of Propedeutics of Internal Diseases, TSMU, Tver, Russian Federation. ORCID iD: 0000-0002-1103-5001. E-mail: tabo051610@gmail.com (correspondence author)

Anikin Viktor V. – DM, Professor, Honored Doctor of the Russian Federation, Head of the Department of Propedeutics of Internal Diseases, TSMU, Tver, Russian Federation ORCID iD: 0000-0002-6158-5706. E-mail: propedeo@mail.ru

Izvarina Olga A. – PhD in Medicine, Associate Professor of the Department of Propedeutics of Internal Diseases, TSMU, Tver, Russian Federation. ORCID iD: 0000-0003-1722-7271. E-mail: oldot@list.ru

Sedova Anna A. – PhD in Medicine, Associate Professor of the Department of Children's Diseases, TSMU, Tver, Russian Federation. ORCID iD: 0000-0001-6146-6857. E-mail: asedova72@mail.ru

CONFLICT OF INTEREST

The authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this article.

SOURCE OF FINANCING

The authors state that there is no funding for the study.

CONFORMITY WITH THE PRINCIPLES OF ETHICS

The study protocol was approved by the ethics committee under Tver State Medical University No 2 of February 25, 2019). All study participants signed the informed consent.

Received 02.10.2020
Accepted 21.12.2020

For citation: Nikolaeva T.O., Anikin V.V., Izvarina O.A., Sedova A.A. Features of psychological status in acute myocardial infarction in women and men. *Kursk Scientific and Practical Bulletin "Man and His Health"*. 2020;(4):52-64. DOI: 10.21626/vestnik/2020-4/07