

Психологические факторы инфаркта миокарда как поле для клинико-психологических исследований

Руслан В. Кадыров^{а, ID1}; Анастасия С. Эльзесер^{а, @, ID2}; Наталья С. Бартковская^а

^а Тихоокеанский государственный медицинский университет, Россия, г. Владивосток

@ der_falter@mail.ru

ID1 <https://orcid.org/0000-0002-3778-5548>

ID2 <https://orcid.org/0000-0002-3833-0502>

Поступила в редакцию 01.04.2020. Принята к печати 24.04.2020.

Аннотация: Статья содержит анализ эмпирических исследований по теме психологических характеристик, вносящих вклад в заболеваемость инфарктом миокарда. Исследования психологических коррелятов инфаркта миокарда фрагментарны и затрагивают следующие психологические категории: психические состояния, психические свойства личности, симптомы психических нарушений, стратегии поведения, социальные факторы. Цель данной статьи – описание результатов анализа эмпирических исследований психологических характеристик пациентов, перенесших инфаркт миокарда. Определены сложности и противоречия в исследованиях психологических факторов инфаркта миокарда. Диагностические возможности типа А утратили актуальность. Анализ противоречий в исследованиях типа D позволил предположить, что для дальнейшего изучения окажутся наиболее эффективными и щадящими лонгитюдные исследования на выборке изначально здоровых людей, а также подробные мета-анализы эмпирических работ. Отмечается, что роль враждебности в генезе инфаркта миокарда мало изучена на отечественной выборке. Тревожность у пациентов с инфарктом миокарда изучается широко, однако имеются разногласия о ее роли в механизме данного заболевания. Для прогнозирования психологических рисков в течении сердечно-сосудистых заболеваний требуется определить, в каких случаях и в сочетании с какими факторами личностная тревожность способна ускорить или замедлить наступление инфаркта миокарда. Для этого предлагается использовать следующие выборки: 1) с риском инфаркта; 2) после инфаркта; 3) прошедшие период реабилитации. Полученные выводы указывают перспективные направления дальнейших исследований для профилактики инфаркта миокарда.

Ключевые слова: психологические предикторы, фактор риска, поведенческий тип А, поведенческий тип D, тревожность

Для цитирования: Кадыров Р. В., Эльзесер 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. DOI: <https://doi.org/10.21603/2078-8975-2020-22-2-437-443>

Введение

В последнее десятилетие в России наблюдается увеличение доли повторных инфарктов миокарда (ИМ). Смертность от данного заболевания в официальной статистике возросла на 7,3 %, несмотря на снижение случаев упоминания ИМ при регистрации смерти из-за приоритета коморбидных заболеваний [1]. При ИМ происходит внезапное прекращение кровотока по коронарной артерии и некроз участка сердечной мышцы. Можно предположить, что переживание данного заболевания является экстремальным событием в жизни пациента, а психологические факторы оказывают воздействие на развитие ИМ.

В настоящее время в исследованиях психологических предикторов ИМ накоплен большой массив эмпирических данных, полученный на отличающихся выборках, зачастую с применением различного методического аппарата и описывающий разные психологические явления и социальные характеристики. Среди психологических факторов рассматриваются:

- 1) психические состояния: стресс [2], депрессивность [3; 4];
- 2) психические свойства личности: личностная тревожность [5–8], низкий уровень стрессоустойчивости [9], враждебность [10];
- 3) симптомы психических нарушений: инверсия эмоционального отражения [11], алекситимия (во взаимосвязи с личностной тревожностью) [7; 12];
- 4) стратегии поведения: альтруизм, сотрудничество, избегание [13];
- 5) социальные факторы: уровень социальной поддержки, социальная интегрированность [7].

Цель данной статьи – описание результатов анализа эмпирических исследований психологических характеристик пациентов, перенесших ИМ, и определение перспективных направлений дальнейших исследований на этой основе.

Диагностические возможности поведенческих типов А и D: сложности и противоречия

Широко известна концепция типов А и В, выделенная М. Фридманом и Р. Розенманом на основе экспертных оценок врачей-кардиологов, где *коронарный тип А* описан как предрасположенный к сердечно-сосудистым заболеваниям (ССЗ). К психологическим характеристикам типа А были отнесены постоянная напряженность на фоне ощущения постоянной нехватки времени, агрессивность, высокая мотивация к достижениям при зачастую завышенных ожиданиях и низкой удовлетворенности уже достигнутым [14]. Однако дальнейшие исследования не подтвердили в полной мере обобщения авторов. С одной стороны, по-прежнему обнаруживаются подтверждения того, что такие личностные черты, как высокий уровень тревожности, агрессивность и соперничество, коррелируют с ССЗ [15]. С другой стороны, было показано, что быстрый темп жизни и вовлеченность в работу не являются значимыми предикторами ишемической болезни сердца, одной из клинических форм которой является ИМ. Также не подтвердились предположения о ведущей роли типа А в предсказании ИМ и некоторых других ССЗ. При таких заболеваниях, как эссенциальная артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца, тип А, хоть и обнаруживался на 25 % чаще, чем у пациентов с другими соматическими нарушениями, составлял в выборке лишь 36,1 % для ССЗ [16]. Существуют данные, в которых вообще не выявлено различий в выраженности типа А и гнева (как состояния и как личностной черте) у пациентов с ИМ, ишемической болезнью сердца и «здоровой» контрольной группой [17]. Можно сказать, что тип А распадается, теряя свои существенные диагностические черты.

Вероятно, было бы несправедливо считать тип А лишь смелым обобщением, которое впоследствии не выдержало эмпирических проверок. Те факты, что тип А имел серьезные эмпирические подтверждения на начальном этапе своего создания [14], но считался распавшимся к началу 2000-х гг. [18], могут объясняться и тем, что он был достоверным отражением тревог и опасностей своего времени. Трудности в адаптации к ускоряющемуся темпу жизни конца 1970-х гг. и вызванные ими спешка и стресс (отличительные черты типа А), вероятно, претерпели существенные изменения в современном мире смартфонов и Интернета. Современные средства связи и облачные хранилища данных позволяют работать в режиме Онлайн, возвращая пользователю контроль, снимая тревогу неопределенности и порождая новые, специфические для современного мира расстройства. Что касается других черт типа А, на первый план выходят характеристики одного порядка: враждебность, агрессия, отсутствие контроля над гневом.

Другой попыткой описать психологически уязвимую перед ССЗ категорию пациентов является *тип D* Дж. Денолетта, обнаруживающий несколько иной набор характеристик. Тип D, от слова *дистресс*, включает страх отвержения, постоянное переживание негативных

эмоций и чувств, стремление их скрыть, агрессию, порожденную неумением разделить свои эмоции с другими людьми иным образом [19]. Распространенность типа D среди выборки без ССЗ составляет около 20 %, а среди пациентов с ССЗ – около 53 % [20]. Как отмечается Е. А. Дубининой, точность подобных оценок может осложняться тем, что экстремальная ситуация болезни и пережитый стресс усугубляют, если не опосредуют обнаруживаемый у пациентов комплекс неблагоприятных эмоционально-личностных характеристик [21].

Среди психологических характеристик у пациентов с хронической сердечной недостаточностью и коморбидными заболеваниями отмечается сочетание сенситивного, паранойяльного, неврастенического типов отношения к болезни, отмечаются высокие показатели по шкале акцентуации Дистимность [5], такие данные в совокупности соответствуют эмоциональному фону типа D с его чувствительностью, страхом отвержения и вспышками раздражения.

Несмотря на то, что в настоящее время присущее типу D сочетание негативной аффективности и социальной ингибции считается одним из значимых факторов этиологии и патогенеза ССЗ [22], а диагностика типа D входит в рекомендации Европейского общества кардиологов [23], существуют исследования, не подтверждающие актуальность типа D в развитии и течении ССЗ. Так, А. Н. Сумин и соавторы не обнаружили ожидаемых отличий в уровне провоспалительных биомаркеров при ишемической болезни сердца для пациентов с типом D, этот результат объясняется воздействием большого числа других факторов, не учтенных в данном исследовании. Следует отметить, что авторы видят причину связанных с типом D неблагоприятных исходов в первую очередь в факторах, связанных с поведением [24]. По другим данным, тип D как независимый фактор для относительно крупной выборки (946 перенесших ИМ респондентов) оказался не связан с рецидивом ИМ и смертностью при остром ИМ [25]. Подобные исследования показывают, что тип D, служащий обобщению психолого-поведенческих особенностей пациентов из группы риска, не всегда выполняет свою задачу и, по-видимому, не охватывает всех значимых факторов, в том числе поведенческих, в генезе ИМ.

Современные исследования психологических факторов риска инфаркта миокарда

В метафоре «идеального шторма» (*Perfect Storm*), предложенной А. Арбаб-Заде и др., подчеркивается, что в основе острых коронарных событий, таких как ИМ, лежит совокупность множества взаимодействующих факторов, включающих, вероятно, и компонент случайности, часто делающий событие непредсказуемым [26]. В данной модели внимание психологическим факторам не уделяется совершенно обоснованно, поскольку внимание автора сосредоточено на сравнительно малом моменте времени, в течение которого происходит отрыв тромба, который либо приводит, либо не приводит к острому коронарному событию. В свою

очередь, исследования, направленные на профилактику проблемы ССЗ в более широком временном периоде, затрагивают психологические факторы риска.

Высокий процент смертности от ИМ делает переживание данного заболевания экстремальным событием в жизни пациента, поэтому объяснимо, что высокий уровень тревожности диагностируется у пациентов с ИМ достаточно часто. Большой вклад вносит ситуативная тревожность, связанная с болевым синдромом, непосредственно вызванным острым коронарным событием – причиной госпитализации [27]. Исследования тревожности у пациентов женского и мужского пола, перенесших ИМ, предлагают следующие результаты: личностная тревожность выше (и с большей вероятностью провоцирует ИМ) у женщин, чем у мужчин [3]; положительные ассоциации женского пола с ситуативной и личностной тревожностью, мужского пола – с потреблением алкоголя [7]; умеренный и высокий уровень тревоги среди пациентов как мужского, так и женского пола [8]. Можно предположить, что выявляемый в некоторых исследованиях не столь высокий уровень тревожности у мужчин при наличии высокого потребления алкоголя свидетельствует о скрываемой тревоге и неадаптивном копинг-поведении. Поскольку копинг-поведение пациентов с ИМ может как осложнять, так и способствовать реабилитации, представляется перспективным его изучение для снижения уровня тревоги. Применение психологической коррекции способствует улучшению соматического состояния, что показывает тесную связь психологических характеристик и соматического состояния [8].

Представляют интерес исследования тревожности в связи с возрастом пациента. Существуют данные о том, что лица с дебютом ишемической болезни сердца в виде ИМ показывают положительную корреляцию личностной тревоги по шкале Спилбергера с возрастом дебюта ИМ. Это означает, что пациенты с ишемической болезнью сердца и более высоким уровнем личностной тревоги в среднем на 4 года позже переносят ИМ впервые [27]. Эти данные противоречат полученным ранее [6]. Авторы связывают такой результат с несовершенством методического аппарата для определения тревоги, напоминая, что разные опросники выявляют тревогу, основанную на различных нейроанатомических механизмах. Возможно, на результат оказывает влияние поведенческий фактор. Так, люди с высокими показателями личностной тревожности ведут менее здоровый образ жизни, однако, чувствуя себя плохо, склонны прекращать работу и обращаться к врачу; им труднее расслабиться после трудового дня, но они стремятся снизить нагрузку на работе: не берут дополнительную работу и менее ответственно относятся к существующей [6].

Говоря о «вкладе» тревожности в механизм развития ИМ, И. К. Граждан и соавторы предполагают следующую динамику. Крайнее увеличение уровня тревоги усиливает эмоциональные реакции (нейротизм), что определяет худшую переносимость стрессовых ситуаций в дальнейшем

и участвует в формировании депрессивной симптоматики. В совокупности эти изменения снижают мотивацию пациента на лечение, способствуют приобретению пагубных привычек и формированию нездорового образа жизни [27]. В этом понимании личностная тревожность связана с ИМ в той мере, в какой сопровождается депрессивностью и оказывает негативное влияние на поведение. Другой взгляд на вклад тревожности формулируют К. Г. Кожокарь и соавторы, предлагая рассматривать тревогу в сочетании с инверсией эмоционального отражения в качестве фактора риска развития ИМ [7]. Инверсия эмоционального отражения – проявление действий и чувств, противоположных сообразным ситуации [28]. С точки зрения В. П. Леутина, высокий уровень этого показателя характерен для нервно-психических заболеваний (невроза). Инверсия эмоционального отражения корреляционно связана с мужским полом, низким уровнем социальной интеграции и социальной поддержки. Низкий уровень показателей социальной поддержки и алекситимия у данной категории пациентов коррелируют с развитием ИМ [11].

В качестве психологического предиктора ИМ тревожность изучена достаточно широко. Однако имеются разночтения во взглядах на влияние тревожности на механизм развития ИМ: вызывает ли тревожность депрессию, а с ней и негативные поведенческие изменения, или связана с симптомами нервно-психических расстройств и социальной дезадаптацией. Кроме того, существуют противоречия в эмпирических данных: личностная тревожность усиливает развитие ИМ, или наоборот, позволяет его отсрочить. Следовательно, существует необходимость дополнительных исследований в данных направлениях.

В отличие от тревожности, враждебность у пациентов с ИМ изучается отечественными исследователями редко, при этом обширный обзор зарубежных исследований позволяет А. А. Шмиловичу и Е. О. Таратухину трактовать враждебность как универсальный прогностический неблагоприятный фактор ССЗ, в том числе ИМ [10].

Вклад депрессивности в развитие ИМ показан в лонгитюдном исследовании, проведенном исследовательским коллективом под руководством В. В. Гафарова. Были подтверждены данные, полученные зарубежными исследователями: наличие депрессивной симптоматики у лиц, не имеющих сердечно-сосудистой патологии в анамнезе, увеличивает риск развития ИМ в 2,5 раза для женщин, в 2 раза – для мужчин (риск инсульта представлен в обратной пропорции: у мужчин – в 5,8 раз чаще, у женщин – в 4,6 раз) [3].

Заключение

В целом психологические корреляты ИМ изучаются в сочетании разных социально-психологических категорий. В исследованиях психологических характеристик представлены тревожность и враждебность, личностные стили совладания, психические состояния (стресс, депрессия, психические нарушения), инвертированность эмоциональной

сферы, алекситимия, социальные характеристики (низкий уровень социальной поддержки и социальной интеграции).

Диагностические возможности типа А утратили актуальность, поскольку данный тип лишился некоторых характерных черт: спешки и переживания стресса. При этом роль характерной для типа А враждебности мало изучена на отечественной выборке. Тип D, служащий обобщению психолого-поведенческих особенностей пациентов из группы риска, не всегда выполняет свою задачу и, вероятно, не охватывает всех значимых факторов, в том числе поведенческих, в генезе ИМ. Это предположение имеет ряд следствий.

Во-первых, можно предположить, что тип D повышает риски не сам по себе, а в совокупности с другими факторами, которые требуется выявить в дальнейшем. Задача учета многообразия сопутствующих факторов и обстоятельств предъявляет повышенные требования к дизайну исследований и привносит дополнительные трудности в их проведение, поскольку перенесшие ИМ пациенты ослаблены, характеризуются быстрой истощаемостью. Наиболее щадящими в этом отношении представляются лонгитюдные исследования на изначально здоровых людях, которые позволили бы на первом этапе отсеять ряд несущественных переменных, а также подробные мета-анализы эмпирических работ для типа D. Во-вторых, неспособность типа D в некоторых случаях предсказывать риски для пациента показывает, что роль данного типа

в негативных сценариях не столь высока, как казалось ранее, а значит, в профилактике и лечении ИМ связываемые с ним угрозы могут быть преодолимы. Это поднимает вопрос о роли психологических вмешательств в области снижения тревожности, формирования адекватного типа реагирования на болезнь и соблюдения здорового образа жизни, иными словами, повышения комплаентности пациента.

Тревожность как фактор риска ИМ изучается достаточно широко, но по поводу ее «вклада» в механизм данного заболевания имеются разногласия: следует ли рассматривать тревожность как опасный фактор в той мере, в какой она вызывает стресс и депрессию, или она связана с симптомами нервно-психических расстройств и социальной дезадаптации. Взвешенный ответ на эти вопросы может положить начало новой типологии для диагностики уязвимых групп пациентов. Кроме того, для прогнозирования психологических рисков в течении ССЗ требуется определить, в каких случаях и в сочетании с какими факторами личностная тревожность способна ускорить или замедлить наступление ИМ.

Дальнейшие исследования психологических характеристик у пациентов с ИМ на разных этапах заболевания (люди с риском инфаркта, после инфаркта и в период реабилитации) представляются перспективными. Их результаты позволят определить устойчивые мишени психокоррекции личности для профилактики ССЗ.

Литература

1. Самородская И. В., Барбараш О. Л., Кашталап 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. DOI: 10.15829/1560-4071-2017-11-22-26
2. Курушина О. В., Барулин А. Е., Друшлякова А. А. Изменения психоэмоционального статуса и сердечно-сосудистые заболевания: что первично? // Русский медицинский журнал. 2018. Т. 26. № 11-1. С. 32–34.
3. Гафаров В. В., Гагулин И. В., Громова Е. А., Панов Д. О., Гафарова А. В., Есипенко О. В. Риск сердечно-сосудистых заболеваний у мужчин и женщин и личностная тревожность (программа ВОЗ «Mopica-Psychosocial») // Мир науки, культуры, образования. 2015. № 4. С. 260–262.
4. Таратухин Е. О., Гордеев И. Г., Лебедева А. Ю. Психосоматический порочный круг инфаркта миокарда // Российский кардиологический журнал. 2018. Т. 23. № 1. С. 83–88. DOI: 1560-4071-2018-1-83-88
5. Ефремова Е. В., Сабитов И. А. Коморбидность и клинично-психологическое функционирование больных хронической сердечной недостаточностью // Журнал сердечная недостаточность. 2015. Т. 16. № 2. С. 111–117. DOI: 10.18087/rhfj.2015.2.2049
6. Гафаров В. В., Панов Д. О., Громова Е. А., Гагулин И. В., Гафарова А. В. Связь личностной тревожности с информированностью о своем здоровье и ее влияние на 16-летний риск развития острых сердечно-сосудистых заболеваний в открытой популяции среди женщин 25–64 лет // Российский кардиологический журнал. 2014. Т. 19. № 8. С. 63–67. DOI 10.15829/1560-4071-2014-8-63-67
7. Кожокарь К. Г., Урванцева И. А., Николаев К. Ю. Анализ психосоциальных характеристик пациентов с острым коронарным синдромом, проживающих в условиях севера // Сибирское медицинское обозрение. 2017. № 6. С. 110–115. DOI: 10.20333/2500136-2017-6-110-115
8. Немых А. С., Смирнова Н. Н., Шульга А. С. Особенности психологической коррекции тревожно-депрессивных расстройств у пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда // Центральный научный вестник. 2017. Т. 2. № 10. С. 23–25.
9. Женчевская Ю. В., Шаробаро В. И. Социально-психологические особенности больных, предшествующие развитию инфаркта миокарда // Вестник новых медицинских технологий. 2008. Т. 15. № 4. С. 196–199.

10. Шмилович А. А., Таратухин Е. О. Враждебность, тревожность и жизненное истощение в патогенезе инфаркта миокарда // *Российский кардиологический журнал*. 2017. Т. 22. № 6. С. 173–177. DOI: 10.15829/1560-4071-2017-6-173-177
11. Кожокарь К. Г., Урванцева И. А., Николаев К. Ю. Ассоциации инверсии эмоционального отражения с клиническими характеристиками острого коронарного синдрома у лиц, проживающих в условиях Севера // *Кардиологический вестник*. 2017. Т. 12. № 1. С. 38–45.
12. Провоторов В. М., Кравченко А. Я., Прасолова В. Е. Взаимосвязь психологических особенностей и качества жизни больных инфарктом миокарда // *Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья*. 2003. № 14. С. 26–29.
13. Юсупходжаев Р. В., Ефремушкин Г. Г. Влияние психотерапии на психологические особенности больных инфарктом миокарда на санаторном этапе реабилитации // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2008. Т. 7. № 3. С. 74–78.
14. Rosenman R. H., Brand R. J., Sholtz R. I., Friedman M. Multivariate prediction of coronary heart disease during 8,5 year follow-up in the western collaborative group study // *The American Journal of Cardiology*. 1976. Vol. 37. № 6. P. 903–910. DOI: 10.1016/0002-9149(76)90117-X
15. Киселева М. Г. Психологические факторы и течение сердечно-сосудистых заболеваний // *Национальный психологический журнал*. 2012. № 1. С. 124–130.
16. Sirri L., Fava G. A., Guidi J., Porcelli P., Rafanelli C., Bellomo A., Grandi S., Grassi L., Pasquini P., Picardi A., Quartesan R., Rigatelli M., Sonino N. Type A behaviour: a reappraisal of its characteristics in cardiovascular disease // *International Journal of Clinical Practice*. 2012. Vol. 66. № 9. P. 854–861. DOI: 10.1111/j.1742-1241.2012.02993.x
17. Nero D., Agewall S., Daniel M., Caidahl K., Collste O., Ekenbäck C., Frick M., Henareh L., Jernberg T., Malmqvist K., Schenck-Gustafsson K., Spaak J., Sörensson P., Sundin Ö., Y-Hassan S., Hofman-Bang C., Tornvall P. Personality traits in patients with myocardial infarction with nonobstructive coronary arteries // *The American Journal of Medicine*. 2019. Vol. 132. № 3. P. 374–381. DOI: 10.1016/j.amjmed.2018.11.010
18. Smith T. W. Coronary-prone Behavior, Type A // *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* / eds. N. J. Smelser, P. B. Bates. Amsterdam: Elsevier, 2001. P. 2783–2788. DOI: <https://doi.org/10.1016/B0-08-043076-7/03800-6>
19. Denollet J. Type D personality: A potential risk factor refined // *Journal of Psychosomatic Research*. 2000. Vol. 49. № 4. P. 255–266. DOI: 10.1016/S0022-3999(00)00177-x
20. Горшков-Кантакузен В. А., Григорьев А. А. Распространенность личностного типа Д среди студентов высших учебных заведений // *Вестник Нижневартовского государственного гуманитарного университета*. 2017. № 4. С. 96–99.
21. Дубинина Е. А. Психологические аспекты реабилитации пациентов, перенесших инфаркт миокарда // *Медицинская психология в России*. 2018. Т. 10. № 2. DOI: 10.24411/2219-8245-2018-12030
22. Зинченко Ю. П., Первичко Е. И., Остроумова О. Д. Теории личностных черт и эссенциальная артериальная гипертензия: история и современность // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2018. Т. 10. № 1. С. 4–11. DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2018-1-4-11>
23. Погосова Н. В., Saner H., Pedersen S. S., Cupples M. E., Mc Gee H., Hofer S., Doyle F., Schmid J.-P., Von Kanel R. Психосоциальные аспекты в кардиологической реабилитации: от теории к практике. Консенсусный документ секции по кардиологической реабилитации Европейской ассоциации по кардиоваскулярной профилактике и реабилитации Европейского общества кардиологов // *Кардиология*. 2015. Т. 55. № 10. С. 96–108. DOI: 10.18565/cardio.2015.10.96-108
24. Сумин А. Н., Осокина А. В., Федорова Н. В., Райх О. И., Хрячкова О. Н., Барбараш О. Л. Тип личности Д и уровень маркеров субклинического воспаления у больных ИБС // *Российский кардиологический журнал*. 2016. Т. 21. № 2. С. 65–70. DOI: 10.15829/1560-4071-2016-2-65-70
25. Conden E., Rosenblad A., Wagner P., Leppert J., Ekselius L., Aslund C. Is type D personality an independent risk factor for recurrent myocardial infarction or all-cause mortality in post-acute myocardial infarction patients? // *European Journal of Preventive Cardiology*. 2017. Vol. 24. № 5. P. 522–533. DOI: 10.1177/2047487316687427
26. Arbab-Zadeh A., Nakano M., Virmani R., Fuster V. Acute coronary events // *Circulation*. 2012. Vol. 125. P. 1147–1156. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.111.047431
27. Граждан И. К., Копылов Ф. Ю., Барский В. И., Кириллов А. В., Аксенова М. Г. Связь личностной тревоги с дебютом инфаркта миокарда и стенокардии напряжения // *Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия*. 2015. Т. 8. № 6. С. 31–38. DOI: 10.17116/kardio20158631-38
28. Леутин В. П. Функциональная асимметрия мозга и адаптация // *Функциональная межполушарная асимметрия* / под ред. Н. Н. Боголепова, В. Ф. Фокина. М.: Научный мир, 2004. С. 681–721.

Psychological Factors of Myocardial Infarction: Prospects for Clinical and Psychological Research

Ruslan V. Kadyrov^{a, ID1}; Anastasiya S. Elzesser^{a, @, ID2}; Natalia S. Bartkovskaia^a

^a Pacific State Medical University, Russia, Vladivostok

@ der_falter@mail.ru

ID1 <https://orcid.org/0000-0002-3778-5548>

ID2 <https://orcid.org/0000-0002-3833-0502>

Received 01.04.2020. Accepted 24.04.2020.

Abstract: This article is a review of empirical studies on the topic of psychological characteristics that contribute to the incidence of myocardial infarction. Such studies are fragmented and deal mostly with the following categories: mental states, patient's mental processes, symptoms of mental disorders, behavioral strategies, social factors, etc. The research objective was to analyze the results of empirical studies on the myocardial patients' psychological characteristics. The authors identified difficulties and contradictions in the studies. Diagnostic capabilities of type A proved no longer relevant. An analysis of the contradictions in type D studies suggested that longitudinal studies based on an initially healthy person would prove most effective for further research, as well as detailed meta-analyses of empirical publications. The role of hostility in the genesis of myocardial infarction proved understudied by domestic scientists. As for anxiety in patients with myocardial infarction, it received enough scientific attention; however, researchers do not agree about its role in the development of myocardial infarction. To reduce psychological risks during cardiovascular diseases, it is necessary to determine what conditions and factors accelerate or inhibit the onset of myocardial infarction when combined with personal anxiety. The authors propose to use the following samples: 1) patients with a risk of a heart attack; 2) patients after a heart attack; 3) patients past rehabilitation period. The findings indicate promising areas for future research for the prevention of myocardial infarction.

Keywords: psychological predictors, risk factors, type A, type D, anxiety

For citation: 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.) DOI: <https://doi.org/10.21603/2078-8975-2020-22-2-437-443>

References

1. 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.) DOI: 10.15829/1560-4071-2017-11-22-26
2. Kurushina O. V., Barulin A. E., Drushlyakova A. A. Changes in psychoemotional status and cardiovascular diseases: what is primary? *Russian medical journal*, 2018, 26(11-1): 32–34. (In Russ.)
3. Gafarov V. V., Gagulin I. V., Gromova E. A., Panov D. O., Gafarova A. V., Esipenko O. V. The risk of heart disease in men and women and personal anxiety (program WHO "MONICA-psychosocial"). *Mir nauki, kul'tury, obrazovaniya*, 2015, (4): 260–262. (In Russ.)
4. Taratukhin E. O., Gordeev I. G., Lebedeva A. Yu. A psychosomatic vicious circle of myocardial infarction. *Russian Journal of Cardiology*, 2018, 23(1): 83–88. (In Russ.) DOI: 1560-4071-2018-1-83-88
5. Efremova E. V., Sabitov I. A. Comorbidity and clinico-psychological functioning of patients with chronic heart failure. *Russian Heart Failure Journal*, 2015, 16(2): 111–117. (In Russ.) DOI: 10.18087/rhfj.2015.2.2049
6. Gafarov V. V., Panov D. O., Gromova E. A., Gagulin I. V., Gafarova A. V. The relation of personal anxiousness and self-awareness about the health condition, and its influence on 16-year risk of acute cardiovascular diseases development in women 25–64 years old. *Russian Journal of Cardiology*, 2014, 19(8): 63–67. (In Russ.) DOI 10.15829/1560-4071-2014-8-63-67
7. Kozhokar K. G., Urvantseva I. A., Nikolaev K. Yu. Analysis of psychosocial characteristics of patients with acute coronary syndrome, living in the conditions of the North. *Siberian Medical Review*, 2017, (6): 110–115. (In Russ.) DOI: 10.20333/2500136-2017-6-110-115
8. Nemykh L. S., Smirnova N. N., Shulga A. S. Peculiarities of psychological correction of anxiety-depressive disorders in patients after acute myocardial infarction. *Tsentralnyi nauchnyi vestnik*, 2017, 2(10): 23–25. (In Russ.)
9. Zhenchevskaya Yu. V., Sharobaro V. I. The social-psychological features in patients previous myocardial infarction. *Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy*, 2008, 15(4): 196–199. (In Russ.)

10. Shmilovich A. A., Taratukhin E. O. Hostility, anxiety and vital exhaustion in myocardial infarction pathogenesis. *Russian Journal of Cardiology*, 2017, 22(6): 173–177. (In Russ.) DOI: 10.15829/1560-4071-2017-6-173-177
11. Kozhokar K. G., Urvantseva I. A., Nikolaev K. Yu. Associations of inversions of emotional reflection with the clinical characteristics of acute coronary syndrom in people living in the North. *Kardiologicheskij vestnik*, 2017, 12(1): 38–45. (In Russ.)
12. Provotorov V. M., Kravchenko A. Ya., Prasolova V. E. Relationship between mental features and life quality in patients with cardiac infarction. *Scientific and Medical Bulletin of the Central Chernozem region*, 2003, (14): 26–29. (In Russ.)
13. Yusupkhodzhaev R. V., Efremushkin G. G. Psychotherapy effects on psychological traits of myocardial infarction patients undergoing sanatorium rehabilitation. *Cardiovascular Therapy and Prevention*, 2008, 7(3): 74–78. (In Russ.)
14. Rosenman R. H., Brand R. J., Sholtz R. I., Friedman M. Multivariate prediction of coronary heart disease during 8,5 year follow-up in the Western Collaborative Group Study. *The American Journal of Cardiology*, 1976, 37(6): 903–910. DOI: 10.1016/0002-9149(76)90117-X
15. Kiseleva M. G. Psychological factors and the course of cardiovascular diseases. *National Psychological Journal*, 2012, (1): 124–130. (In Russ.)
16. Sirri L., Fava G. A., Guidi J., Porcelli P., Rafanelli C., Bellomo A., Grandi S., Grassi L., Pasquini P., Picardi A., Quartesan R., Rigatelli M., Sonino N. Type A behaviour: a reappraisal of its characteristics in cardiovascular disease. *International Journal of Clinical Practice*, 2012, 66(9): 854–861. DOI: 10.1111/j.1742-1241.2012.02993.x
17. Nero D., Agewall S., Daniel M., Caidahl K., Collste O., Ekenbäck C., Frick M., Henareh L., Jernberg T., Malmqvist K., Schenck-Gustafsson K., Spaak J., Sörensson P., Sundin Ö., Y-Hassan S., Hofman-Bang C., Tornvall P. Personality traits in patients with myocardial infarction with nonobstructive coronary arteries. *The American Journal of Medicine*, 2019, 132(3): 374–381. DOI: 10.1016/j.amjmed.2018.11.010
18. Smith T. W. Coronary-prone Behavior, Type A. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, eds. Smelser N. J., Batles P. B. Amsterdam: Elsevier, 2001, 2783–2788. DOI: <https://doi.org/10.1016/B0-08-043076-7/03800-6>
19. Denollet J. Type D personality: A potential risk factor refined. *Journal of Psychosomatic Research*, 2000, 49(4): 255–266. DOI: 10.1016/S0022-3999(00)00177-x
20. 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.)
21. Dubinina E. A. Psychological aspects of rehabilitation of patients with myocardial infarction. *Med. psihol. Ross.*, 2018, 10(2). (In Russ.) DOI: 10.24411/2219-8245-2018-12030
22. Zinchenko Yu. P., Pervichko E. I., Ostroumova O. D. Theories of personality traits and essential arterial hypertension: history and modern times. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*, 2018, 10(1): 4–11. (In Russ.) DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2018-1-4-11>
23. Pogosova N. V., Saner H., Pedersen S. S., Cupples M. E., Mc Gee H., Hofer S., Doyle F., Schmid J.-P., Von Kanel R. Psychosocial aspects in cardiac rehabilitation: from theory to practice. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation of the European Society of Cardiology. *Kardiologija*, 2015, 55(10): 96–108. (In Russ.) DOI: 10.18565/cardio.2015.10.96-108
24. Sumin A. N., Osokina A. V., Fedorova N. V., Raikh O. I., Khryachkova O. N., Barbarash O. L. Personality type D and the level of subclinical inflammation markers in CHD patients. *Russian Journal of Cardiology*, 2016, 21(2): 65–70. (In Russ.) DOI: 10.15829/1560-4071-2016-2-65-70
25. Conden E., Rosenblad A., Wagner P., Leppert J., Ekselius L., Aslund C. Is type D personality an independent risk factor for recurrent myocardial infarction or all-cause mortality in post-acute myocardial infarction patients? *European Journal of Preventive Cardiology*, 2017, 24(5): 522–533. DOI: 10.1177/2047487316687427
26. Arbab-Zadeh A., Nakano M., Virmani R., Fuster V. Acute coronary events. *Circulation*, 2012, 6(125): 1147–1156. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.111.047431
27. Grazhdan I. K., Kopylov F. Yu., Barsky V. I., Kirillov A. V., Aksonova M. G. Correlation of personal anxiety with myocardial infarction and angina debut. *Kardiologija i serdechno-sosudistaia khirurgija*, 2015, 8(6): 31–38. (In Russ.) DOI: 10.17116/kardio20158631-38
28. Leutin V. P. Functional asymmetry of the brain and adaptation. *Functional interhemisphere asymmetry*, eds. Bogolepov N. N., Fokin B. F. Moscow: Nauchnyi mir, 2004, 681–721. (In Russ.)