

DOI: 10.12731/2218-7405-2017-2-136-158
УДК 159.99

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ И РЕМИССИИ

*Шпаковская Е.Ю., Хабибулин Д.А.,
Разумова Е.М., Чурилов В.В.*

Цель. *Статья посвящена актуальной проблеме психических состояний больных страдающих облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей. Авторы ставят целью проанализировать психических состояний больных, страдающих облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей на стадии обострения и ремиссии.*

Методы исследования. *Психодиагностические методы исследования: опрос, наблюдение, контент-анализ медицинской документации.*

Результаты. *В исследовании показано, что у больных как на стадии ремиссии как и на стадии обострения эмоциональные состояния имеют выраженный неблагоприятный характер. Дана характеристика особенностей субъективного самочувствия, активности и настроения, показатели личностной и ситуативной тревожности больных, находящихся на разных стадиях заболевания и здоровых людей. Выявлены значимые различия, в особенностях эмоционального реагирования у пациентов с облитерирующим атеросклерозом, с преобладанием невротических расстройств по типу неврастении, наличие тревоги как ситуационно – обусловленной, так и а качестве личностной характеристики.*

Область применения результатов. *Результаты исследования могут быть использованы в процессе медико-психологического сопровождения и реабилитации больных облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей на стадии обострения и ремиссии.*

Ключевые слова: психические состояния; облитерирующий атеросклероз; тревожность; самочувствие; тип реагирования на заболевание.

FEATURES OF MENTAL CONDITIONS OF THE PATIENTS HAVING OBLITERATING ATHEROSCLEROSIS OF THE LOWER EXTREMITIES AT A STAGE OF AN AGGRAVATION AND REMISSION

*Shpakovskaya E. Yu., Khabibulin D.A.,
Razumova E.M., Churilov V.V.*

Purpose. Article is devoted to an urgent problem of mental conditions of patients of the lower extremities having obliterating atherosclerosis. Authors set as the purpose to analyse mental conditions of the patients having obliterating atherosclerosis of the lower extremities at a stage of an aggravation and remission.

Research techniques. Psychodiagnostic research techniques: poll, observation, content analysis of medical documentation.

Results. In a research it is shown that at patients as at a stage of remission as well as at an aggravation stage emotional states have the expressed adverse character. The characteristic of features of subjective health, activity and mood, indexes of personal and situational uneasiness of the patients who are at different stages of a disease and healthy people is given. Significant distinctions, in features of emotional reaction at patients with an obliterating atherosclerosis, with a dominance of neurotic frustration as a neurasthenia, existence of the alarm as situationally – caused, and quality of the personal characteristic are revealed.

Range of application of results. Results of a research can be used in the course of medico-psychological maintenance and rehabilitation of patients with an obliterating atherosclerosis of the lower extremities at a stage of an aggravation and remission.

Keywords: mental states; obliterating atherosclerosis; uneasiness; health; type of response to a disease.

В настоящее время научно-технического прогресса возрастает количество стрессовых, психотравмирующих ситуаций, которые в той или иной мере, способствуют возникновению ряда системных заболеваний. В связи с этим возрос интерес и к психической сфере больных, страдающих хроническими или тяжелыми системными заболеваниями, в частности к таким как атеросклероз и артериальная гипертензия [1, 3, 8, 12].

В начале XXI в. сердечно-сосудистые заболевания по-прежнему удерживают лидирующие позиции среди причин смертности и инвалидизации, опережая онкологические заболевания. Около 5% населения Земли, старше 40 лет страдает заболеваниями артерий нижних конечностей [7, 9, 15]. Атеросклероз и артериальную гипертензию можно по праву отнести к самым распространенным в популяции хроническим заболеваниям, особенно среди лиц пожилого возраста. Болезнь, и как следствие, ослабление социальных контактов, профессиональная не востребованность не находит должной замены другими видами общественной деятельности, что ухудшает психологическое состояние пожилых людей, затрагивает ценностно-мотивационную сферу и снижает удовлетворенность жизнью [2, 8].

Будучи системными, названные болезни приводят к одновременному поражению сосудов головного мозга, сердца и других жизненно важных органов, а также конечностей. При этом первые признаки сосудистой недостаточности обычно выявляются уже в среднем и даже молодом возрасте. Облитерирующий атеросклероз наиболее распространен у пожилых людей, но, к сожалению, за последние десятилетия он помолодел из-за «никотиновой пандемии» и встречается не только у мужчин 30–40 лет, но и у молодых женщин после 40 лет. Нередко имеет место так называемый мультифокальный атеросклероз, при котором атеросклеротическое поражение артерий развивается одновременно в артериях нескольких органов или частей тела. Облитерирующий атеросклероз ног может сочетаться, с атеросклерозом коронарных артерий сердца, при поражении которых развивается ишемическая болезнь сердца [1, 13, 14].

Современный этап развития психологии и медицины всё с большей настоятельностью выдвигает требования комплексного подхода к решению многих актуальнейших проблем этих научно-практических дисциплин, в том числе и тех, где они непосредственно стыкуются друг с другом [4, 10, 11]. В свою очередь, это обуславливает необходимость изучения личности больного, его самосознания, его отношения к болезни. Перспективным направлением психологических исследований в клинике сосудистых заболеваний является изучение психических состояний, которое позволяет своевременно диагностировать и эффективно корректировать возникшие в ходе терапевтического процесса негативные изменения [5, 13].

Все вышеизложенное послужило основанием для выбора цели нашего исследования: изучение особенностей психических состояний больных, страдающих облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей (ОАНК) на стадии обострения и ремиссии.

Эмпирическое исследование проводилось на базе учреждений здравоохранения городов Челябинской области в период с 2012 г. по 2017 г.

Для достижения цели исследования были сформированы три экспериментальные выборки. Первая экспериментальная группа: 120 человек с диагнозом облитерирующий атеросклероз нижних конечностей (ОАНК) в стадии обострения (II–III стадия). Все пациенты состоят на учете у врача – хирурга и получают стационарное консервативное лечение. В обследованной выборке было (69%) мужчин и (31%) женщин в возрасте от 41 до 58 лет (средний возраст – $46,4 \pm 5,12$ лет). Длительность заболевания в среднем составила $4 \pm 1,5$ лет. Вторая экспериментальная группа – 115 человек с диагнозом ОАНК в стадии ремиссии. Пациенты состоят на учете у врача – хирурга, находятся на консервативном амбулаторном лечении. В обследованной выборке (76%) мужчин и (24%) женщин в возрасте от 39 до 58 лет (средний возраст – $48,3 \pm 6,42$). Длительность заболевания в среднем составила $6 \pm 2,28$. В исследовании принимали участие больные со II и III стадией, при которой допустимо консервативное лечение, оперативное вмешательство не производилось. Третья группа – кон-

трольная: 110 человек – условно здоровые люди, т.е. та категория людей, которые в анамнезе не имеют серьезных соматических заболеваний. Выборка представлена (61%) мужчин и (39%) женщин, в возрасте от 41 до 59 лет (средний возраст $47,3 \pm 6,77$).

Методы исследования: наблюдение, контент-анализ медицинской документации, опрос с использованием следующих методик:

1. Опросник «Самочувствие, активность, настроение» (САН) (Доскин, Н.А. Лаврентьева, В.Б. Шараев, М.П. Мирошников).
2. Методика диагностики самооценки и оценки тревожности (опросник Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина).
3. Методика диагностики самооценки психических состояний (по Г.Айзенку).
4. Личностный опросник Бехтеревского института (ЛЮБИ).

В ходе исследования было установлено, что самочувствие больных на стадии ремиссии соответствует недостаточному (пониженному) уровню, которое субъективно ощущается больными (Таблица 1).

Таблица 1.

Результаты диагностики психоэмоциональных состояний по методике САН (Доскин, Н.А. Лаврентьева, В.Б. Шараев, М.П. Мирошников)

Группа	Показатели психоэмоциональных состояний		
	Самочувствие	Активность	Настроение
	Ср. значение± ст. отклонение	Ср. значение± ст. отклонение	Ср. значение± ст. отклонение
1	2,32±0,41	2,56±0,50	2,72±0,60
2	2,81±0,72	3,06±0,80	2,82±0,85
3	4,52±0,86	4,88±0,68	4,34±0,45

Среднее значение составляет $2,81 \pm 0,72$ балла, в то время как в группе больных на стадии обострения картина близкая, но носит более выраженный неблагоприятный характер и среднее значение составляет $2,32 \pm 0,41$ балла. Противоположны цифры в контрольной группе $4,52 \pm 0,86$ балла – благоприятный уровень субъективного самочувствия.

Исследование активности показало очень близкие значения, как в первом случае, а именно, среднее значение $2,56 \pm 0,5$ балла – первая

группа; $3,06 \pm 0,8$ балла – вторая группа и $4,88 \pm 0,68$ балла – третья группа, что свидетельствует о низком уровне активности в экспериментальных группах и достаточном (благоприятном) уровне в контрольной группе.

При исследовании настроения средние арифметические значения в первой экспериментальной группе – $2,72 \pm 0,6$ балла; во второй $2,82 \pm 0,85$, данные показатели свидетельствует о пониженном настроении в данных выборках; в контрольной группе противоположная ситуация – $4,34 \pm 0,45$ балла, показатель большей стабильности настроения.

Использование математического метода t-критерия Стьюдента, позволило установить наличие статистически значимых различий у больных на стадии обострения и на стадии ремиссии по следующим параметрам, а именно, «Самочувствие» ($t=3,72$ при $p<0,01$) и «Настроение» ($t=3,58$ при $p<0,01$); по показателю «Активность» статистически значимых различий выявлено не было (Таблица 2).

Таблица 2.

**Сравнительный анализ
результатов диагностики психоэмоциональных состояний по методике САН
(Доскин, Н.А. Лаврентьева, В.Б. Шараев, М.П. Мирошников)**

Группы	t-критерий Стьюдента		
	Самочувствие	Активность	Настроение
1 и 2	3,72**	1,28	3,58**
1 и 3	3,41**	4,21**	4,08**
2 и 3	2,47*	3,23**	4,14**
* $p<0,05$ ($t_{\text{крит}}=1,97$) ** $p<0,01$ ($t_{\text{крит}}=2,60$)			

Обнаружены статистически значимые различия по всем параметрам методики «САН» у здоровых респондентов и у больных на стадии обострения, а именно, «Самочувствие» ($t=3,41$ при $p<0,01$); «Активность» ($t=4,21$ при $p<0,01$); «Настроение» ($t=4,08$ при $p<0,01$).

При сравнении среднеарифметических значений у здоровых респондентов и у больных на стадии ремиссии имеются различия

по параметрам «Активность» ($t=3,23$ при $p<0,01$) и «Настроение» ($t=4,14$ при $p<0,01$); «Самочувствие» $t=2,47$ при $p<0,05$, $t_{кр}=1,97$).

Таким образом, было подтверждено, что по уровню субъективного самочувствия больные с ОАНК на стадии ремиссии и здоровые респонденты не отличаются, что, вероятнее всего, связано с отсутствием острой болевой симптоматики и хронизацией процесса, его некоторой «привычностью». В то же время, различия имеются у больных на стадии обострения и ремиссии, что также обусловлено вышеуказанными причинами. По уровню активности картина выглядит иным образом: у больных с ОАНК вне зависимости от стадии заболевания различий нет, в связи с наличием симптоматики приводящей к инвалидизации пациентов, соответственно снижающей их трудоспособность, и как следствие, активность. Это отличает их от здоровых респондентов. Эмоциональный фон настроения, закономерно выше в здоровой выборке.

Таким образом, анализ эмоционального состояния демонстрирует наличие различий по всем изучаемым параметрам методики «САН», следует так же отметить, что их уровень зависит от остроты и глубины процесса. Уровень самочувствия, активности и настроения в группе здоровых испытуемых находится на позитивном, благоприятном уровне, у больных на стадии ремиссии на неблагоприятном уровне, а у больных в стадии обострения все параметры имеют ещё более выраженный неблагоприятный характер. Что указывает на то, что эмоциональное состояние пациентов остается на критическом уровне и требует определенного вмешательства.

По результатам изучения тревожности в группе больных ОАНК (на стадии обострения и ремиссии) отмечены умеренные показатели уровня личностной тревожности (ЛТ) $37,98\pm 7,91$ балла и $39,57\pm 7,28$ балла при аналогичном уровне значений реактивной тревожности (РТ) $39,21\pm 6,61$ балла у больных на стадии ремиссии, за исключением больных в остром периоде - $44,18\pm 8,01$ балла (Таблица 3).

Высокого уровня РТ в экспериментальных группах не обнаружено. В контрольной группе отмечались низкие (пограничные) показатели уровня личностной – $29,25\pm 5,25$ балла, ситуативной тревож-

ности $29,75 \pm 4,32$ балла. Высокого уровня ситуативной тревожности в группе испытуемых так же не обнаружено.

Таблица 3.

**Результаты диагностики самооценки тревожности
по методике Спилбергера – Ханина**

Группа	Личностная тревожность	Ситуативная тревожность
	Ср. значение \pm ст. отклонение	Ср. значение \pm ст. отклонение
1	$37,98 \pm 7,91$	$44,18 \pm 8,01$
2	$39,57 \pm 7,28$	$39,21 \pm 6,61$
3	$29,25 \pm 5,25$	$29,75 \pm 4,32$

Следовательно, показатели личностной и ситуативной тревожности, более выражены у пациентов с ОАНК, причем они, в своем большинстве, выражены на стадии обострения. Для них характерно сочетание умеренных показателей ситуативной и личностной тревожности. Повышение показателей ситуативной тревожности находится в некоторой зависимости от течения и прогноза данного заболевания, но повышение личностной тревожности (наибольшее значение) может выступать одним из факторов – провокаторов ОАНК в пользу психогенной природы данного заболевания. У здоровых респондентов отмечено сочетание низкого уровня личностной тревожности и низкого уровня ситуативной тревожности.

Проведение математического анализа данных по показателям тревожности позволило выявить следующие значимые различия (Таблица 4): у больных на стадии обострения и на стадии ремиссии «Личностная тревожность» ($t=2,61$ при $p<0,01$); «Ситуативная тревожность» ($t=4,17$ при $p<0,01$). У здоровых респондентов и у больных на стадии обострения различия по всем показателям: «Личностная тревожность» ($t=3,91$ при $p<0,01$); «ситуативная тревожность» ($t=2,78$ при $p<0,01$). В группе здоровых респондентов и у больных на стадии ремиссии также имеются значимые различия по данным параметрам тревожности: «Личностная тревожность» ($t=3,52$ при $p<0,01$); «Ситуативная тревожность» ($t=4,55$ при $p<0,01$).

Таблица 4.

Сравнительный анализ результатов диагностики самооценки тревожности по методике Спилбергера – Ханина

Группы	t-критерий Стьюдента	
	Личностная тревожность	Ситуативная тревожность
1 и 2	1,61	4,17**
1 и 3	3,91**	2,78**
2 и 3	3,52**	4,55**
** $p < 0,01$ ($t_{\text{крит}} = 2,60$)		

Таким образом, анализ уровня тревожности показал, что личностная тревожность у больных с ОАНК является личностным образованием, соответственно, имеет место в числе сформированных личностных особенностей, на которые не последнее влияние оказывают различные соматические заболевания, в том числе и ОАНК.

При исследовании психических состояний: фрустрации, тревожности, агрессивности и ригидности у больных с ОАНК на стадии обострения наблюдается высокий уровень тревожности: $15,4 \pm 2,02$ балла (Таблица 5).

Таблица 5.

Результаты диагностики самооценки психических состояний по методике Г. Айзенка

Группа	Тревожность	Фрустрация	Агрессивность	Ригидность
	Ср. значение \pm ст. отклонение			
1	$15,4 \pm 0,66$	$12,9 \pm 1,16$	$16,1 \pm 3,02$	$16,3 \pm 1,73$
2	$12,1 \pm 0,66$	$10,9 \pm 0,55$	$10,7 \pm 1,31$	$13,9 \pm 0,46$
3	$8,0 \pm 0,57$	$7,50 \pm 0,82$	$7,50 \pm 0,84$	$9,55 \pm 0,49$

Среднее арифметическое значение по шкале «Фрустрация» – $12,9 \pm 1,16$ балла, что соответствует среднему уровню выраженности. Среднее значение по шкале «Агрессивность» $16,1 \pm 3,02$ балла, что характеризует данную выборку как агрессивных, не выдержанных, имеющих трудности при общении и работе с людьми. Аналогично дело обстоит и с ригидностью, значение приближено к вышеуказанному показателю – $16,3 \pm 1,73$ балла.

У больных с ОАНК на стадии ремиссии наблюдается средний уровень «Тревожности» $12,1 \pm 0,66$ балла (допустимый уровень). Среднее значение по шкале «Фрустрация» – $10,9 \pm 0,55$ балла, что соответствует среднему уровню фрустрации. Показатели по шкале «Агрессивность» $10,7 \pm 1,31$ балла, что демонстрирует наличие среднего уровня агрессивности. Результаты по шкале «Ригидность» имеют аналогичную тенденцию – $13,9 \pm 0,46$ балла.

В контрольной группе все полученные значения находятся в рамках позитивного полюса: тревожность на среднем уровне с тенденцией к низкому – $8 \pm 0,57$ балла. По шкале «Фрустрация» аналогичная ситуация – $7,5 \pm 0,82$ балла. Более выраженный уровень имеют агрессивность и ригидность, но также в рамках средних показателей – $7,3 \pm 0,78$ балла. По шкале «Ригидность» – $9,55 \pm 0,49$ балла, что соответствует среднему уровню.

Имеются статистически подтвержденные различия в группе больных на стадии обострения и ремиссии по параметрам (Таблица 6): «Тревожность» ($t=3,05$ при $p<0,01$); «Агрессивность» ($t=4,02$ при $p<0,01$) и «Ригидность» ($t=3,76$ при $p<0,01$), «Фрустрация» ($t=2,48$ при $p<0,05$, $t_{кр} = 1,97$). При сравнении группы больных на стадии обострения и здоровых респондентов можно констатировать различия по всем изучаемым параметрам: «Тревожность» ($t=4,06$ при $p<0,01$); «Агрессивность» ($t=4,32$ при $p<0,01$); «Ригидность» ($t=3,33$ при $p<0,01$); «Фрустрация» ($t=3,41$ при $p<0,01$).

Таблица 6.

Сравнительный анализ результатов диагностики самооценки психических состояний по методике Г. Айзенка

Группы	Психические состояния			
	Тревожность	Фрустрация	Агрессивность	Ригидность
1 и 2	3,05**	2,48*	4,02**	3,76**
1 и 3	4,06**	3,41**	4,32**	3,33**
2 и 3	4,64**	1,31	2,45*	4,01**
* $p<0,05$ ($t_{кр} = 1,97$) ** $p<0,01$ ($t_{кр} = 2,60$)				

Сравнение группы больных на стадии обострения и ремиссии по данным параметрам указывает на значимые различия по следующим

психическим свойствам: «Тревожность» ($t=4,64$ при $p<0,01$); «Ригидность» ($t=4,01$ при $p<0,01$); «Агрессивность» ($t=2,45$ при $p<0,05$, $t_{кр}=1,97$), по шкале «Фрустрация» значимых различий не выявлено.

Таким образом, у пациентов с ОАНК на стадии обострения основные психические состояния носят выраженный характер, превалирует повышенный уровень агрессивности и ригидности, которые могут выступать определенным дестабилизатором в межличностных отношениях пациентов с ближайшим окружением, вызывать эмоциональные переживания в силу фрустрации определенных потребностей. В группе больных на стадии ремиссии свойства носят менее выраженный характер, превалируют ригидность и повышенный уровень тревожности. Несмотря на некоторое сходство количественных показателей в контрольной группе в отличие от экспериментальной наблюдаем противоположную полярность значений, а именно значения, в своем большинстве, не располагаются на негативном полюсе, но, в то же время прослеживаем определенную тенденцию к ригидности, что также может вызывать нарушения в сфере межличностного взаимодействия.

Полученные результаты диагностики типов реагирования на заболевание демонстрируют (Таблица 7): гармоничный тип реагирования имеет низкую степень выраженности $2,32\pm 0,41$ балла в группе больных на стадии обострения, выше значения в группе на стадии ремиссии – $3,12\pm 0,84$ балла и в группе здоровых респондентов – $3,75\pm 0,38$ балла.

Таблица 7.

Результаты диагностики типов реагирования на заболевание по методике ЛОБИ

Типы реагирования на заболевание	Группа		
	1	2	3
	Ср. значение± ст. отклонение	Ср. значение± ст. отклонение	Ср. значение± ст. отклонение
Гармоничный	2,32±0,41	3,12±0,84	3,75±0,38
Тревожный	4,18±0,56	3,35±0,47	2,1±0,54
Ипохондрический	2,29±0,63	2,14±0,11	1,75±0,57
Меланхолический	4,01±0,32	1,55±0,76	1,9±0,44

Окончание табл. 7.

Апатический	2,05±0,31	2,2±0,41	0,84±0,07
Неврастенический	4,45±1,01	4,05±0,26	1,9±0,17
Обсессивно-фобический	3,95±0,72	2,35±0,47	0,65±0,05
Сенситивный	4,43±0,39	3,62±0,22	1,95±0,29
Эгоцентрический	2,12±0,43	1,55±0,47	1,8±0,26
Эйфорический	2,25±0,61	3,36±0,47	2,3±0,56
Анозогнозический	5,95±1,59	5,56±0,29	2,8±0,49
Эргопатический	2,45±0,61	2,71±0,39	1,85±0,22
Паранойальный	2,52±0,86	1,95±0,47	1,15±0,17

Тревожный тип реагирования имеет высокую степень выраженности 4,18±0,56 балла в группе больных на стадии обострения, ниже уровень в группе на стадии ремиссии – 3,35±0,47 балла и в группе здоровых респондентов – 2,1±0,54 балла. Ипохондрический тип реагирования не является преобладающим ни в одной из групп. Значения имеют незначительный разброс: 2,29±0,63 балла в группе больных на стадии обострения, в группе на стадии ремиссии 2,14±0,11 балла и в группе здоровых респондентов 1,75±0,57 балла.

Меланхолический тип реагирования является преобладающим в группе больных на стадии обострения 4,01±0,32 балла, значительно ниже в группе на стадии ремиссии 1,55±0,76 балла и в группе здоровых респондентов 1,9±0,44 балла, имеет наименьшую степень выраженности. Апатический тип реагирования в одинаковой степени выражен у больных, как на стадии обострения, так и в ремиссии, причем в рамках нормативного разброса: в первом случае 2,05±0,31 балла, во втором – 2,2±0,41 балла, исключение группа здоровых респондентов 0,84±0,7 балла. Неврастенический тип реагирования преобладает в группе больных на стадии обострения 4,45±1,01 балла, в группе на стадии ремиссии 4,05±0,26 и в группе здоровых респондентов 1,9±0,17 балла. Обсессивно-фобический тип реагирования преобладает в группе больных на стадии обострения 3,95±0,72 балла, в группе на стадии ремиссии 2,35±0,47 и в группе здоровых респондентов 0,65±0,05 балла. Сенситивный тип в группе больных на стадии обострения 4,43±0,39 балла, в группе на стадии ремиссии 3,62±0,22 и в группе здоровых респондентов 1,95±0,29 балла. Эгоцентрический тип реагирования в

группе больных на стадии обострения $2,12 \pm 0,43$ балла, в группе на стадии ремиссии $1,55 \pm 0,47$ и в группе здоровых респондентов $1,8 \pm 0,26$ балла. Эйфорический тип реагирования в группе больных на стадии обострения $2,25 \pm 0,61$ балла, в группе на стадии ремиссии $3,36 \pm 0,47$ и в группе здоровых респондентов $2,3 \pm 0,56$ балла. Анозогностический тип реагирования в группе больных на стадии обострения $5,95 \pm 0,72$ балла, в группе на стадии ремиссии $5,56 \pm 0,29$ и в группе здоровых респондентов $2,8 \pm 0,49$ балла. Эргопатический тип реагирования в группе больных на стадии обострения $2,45 \pm 0,61$ балла, в группе на стадии ремиссии $2,71 \pm 0,39$ и в группе здоровых респондентов $1,85 \pm 0,22$ балла. Паранойяльный тип реагирования в группе больных на стадии обострения $2,52 \pm 0,86$ балла, в группе на стадии ремиссии $1,95 \pm 0,47$ и в группе здоровых респондентов $1,15 \pm 0,17$ балла.

Таким образом, проведенный анализ результатов диагностики типов реагирования на заболевание указывает на преобладание у больных на стадии обострения следующих типов реагирования: неврастенический, сенситивный, меланхолический, в меньшей мере тревожного и анозогностического. Они удручены болезнью, не верят в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения даже при благоприятных объективных данных. Вместе с тем имеют место вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается нередко раскаянием и слезами. Испытывают больше тревоги в отношении неблагоприятного исхода заболевания, фиксированы на неблагоприятном впечатлении, которое могут произвести на окружающих сведения о своей болезни. Боятся стать обузой для близких из-за болезни и неблагоприятного отношения с их стороны в связи с этим.

У больных на стадии ремиссии наблюдаем близкий спектр реакций, исключение составляет меланхолический тип, здесь он замещен анозогностическим типом реагирования. Имеет место их меньший характер выраженности по сравнению с пациентами на стадии обострения. Соответственно, поведение по типу «раздражительной слабости», характерны вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения. Для них харак-

терны непереносимость болевых ощущений, нетерпеливость, неспособность ждать облегчения. Они чрезмерно озабочены возможным неблагоприятным впечатлением, которое могут произвести на окружающих сведения о своей болезни. Но вместе с тем, обращает на себя внимание тип отношений полярный вышеперечисленным – анозогнозический. Пациенты активно отбрасывают мысли о болезни, о возможных ее последствиях, отказываются от обследования и лечения, желают «обойтись своими средствами».

В контрольной группе видим, что значения по всем типам не превышают минимальные диагностические числа, соответственно при таких показателях в полной мере можно диагностировать гармоничный тип реагирования на заболевание, а именно, трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и без оснований видеть все в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни. Стремление во всем активно содействовать успеху лечения.

Полученные статистические данные сравнения групп на стадии обострения и ремиссии показывают (Таблица 8), что имеются значимые различия при гармоничном ($t=2,86$ при $p<0,01$); меланхолическом ($t=2,89$ при $p<0,01$); обсессивно-фобическом типах ($t=2,96$ при $p<0,01$).

Таблица 8.

Сравнительный анализ результатов диагностики типов реагирования на заболевание по методике ЛОБИ

Типы реагирования на заболевание	t – критерий Стьюдента		
	Группы		
	1 и 2	1 и 3	2 и 3
Гармоничный	2,86**	3,04**	1,11
Тревожный	1,32	4,26**	2,86**
Меланхолический	2,89**	2,95**	1,23
Неврастенический	1,86	3,91**	3,86**
Обсессивно- фобический	2,96**	3,17**	1,69
Сенситивный	1,34	4,01**	3,39**
Анозогнозический	0,89	3,71**	3,26**
** $p<0,01$ ($t_{\text{крит}}=2,60$)			

При сравнении больных на стадии обострения и здоровых респондентов встречаем достоверные различия по всем исследуемым

типам реагирования: гармоничный ($t=3,04$ при $p<0,01$); тревожный ($t=4,26$ при $p<0,01$); меланхолический ($t=2,95$ при $p<0,01$); неврастенический ($t=3,91$ при $p<0,01$); обсессивно-фобический ($t=3,17$ при $p<0,01$); сенситивный ($t=4,01$ при $p<0,01$); и анозогнозический тип ($t=3,71$ при $p<0,01$).

Сравнение результатов испытуемых со стадией ремиссии и здоровых респондентов указывает на наличие значимых различий по типам реагирования: тревожный ($t=2,86$ при $p<0,01$); неврастенический ($t=3,86$ при $p<0,01$); сенситивный ($t=3,39$ при $p<0,01$) и анозогнозический ($t=3,26$ при $p<0,01$).

Таким образом, анализ результатов типов реагирования респондентов на заболевание указывает на то, что здоровым испытуемым свойственен гармоничный тип реагирования. Для респондентов на стадии обострения характерными являются типы реагирования, носящие выраженную эмоциональную окраску в виде повышенной тревожности, сенситивности, преобладание черт психастенического плана, наряду с отрицанием, как самого заболевания, так и осложнений, связанных с ним. В то же время, у пациентов на стадии ремиссии имеют место анозогнозии, также реакции эмоционального плана в виде повышенной сенситивности, раздражительной слабости, но без сочетания тревожности и меланхолических проявлений.

Таким образом, изучение типов реагирования на заболевание показало, что наличие заболевания указывает на определенные изменения, которые возникают в сознании здорового человека и пациента с учетом его личностных особенностей в преморбиде. У пациентов с ОАНК наблюдаем следующий паттерн типов реагирования: неврастенический, сенситивный и анозогнозический с преобладанием эмоциональной составляющей компоненты. У здорового контингента присутствует гармоничный тип реагирования, без признаков эмоциональной несдержанности, излишней фиксации на отдельных сторонах жизнедеятельности. Для групп пациентов, как на стадии обострения, так и на стадии ремиссии характерны неблагоприятные типы реагирования. Данная картина наблюдается по следующим типам: тревожный, меланхолический, обсессивно-фобический, сенситивный, эгоцентрический,

анозогнозический и параноийальный, близкие значения отмечены по шкалам: ипохондрический, апатический и неврастенический.

Корреляционный анализ связи типов реагирования на заболевание с основными психическими состояниями у больных с ОАНК на стадии обострения был проведен на данном этапе между параметрами: «тревожность», «агрессивность», «фрустрация» и «ригидность» и выявленными в ходе экспериментального исследования следующими типами реагирования на заболевание – «Гармоничный», «Тревожный» и «Меланхолический», «Неврастенический», «Обсессивно-фобический» и «Анозогнозический».

Обнаружены значимые корреляционные связи между типами реагирования «гармоничный» ($R = -0,56$ при $p < 0,01$, $R_{кр} = 0,24$), «Сенситивный» тип реагирования ($R = 0,63$ при $p < 0,01$, $R_{кр} = 0,24$) и фактором «тревожность». Данные результаты демонстрируют, взаимосвязь высоких показателей уровня тревожности и высокой степени реагирования по сенситивному типу. В тоже время повышение тревожности не будет способствовать гармонизации, а наоборот еще большему субъективизму в оценке своего заболевания и реакциям эмоционально-оценочного контекста.

Были так же установлены следующие статистически значимые корреляционные связи: между показателем «Обсессивно-фобический» тип реагирования ($R = 0,58$ при $p < 0,01$, $R_{кр} = 0,24$) и фактором «Фрустрация»; между показателем «Анозогнозический» тип реагирования ($R = -0,561$; при $p < 0,01$, $R_{кр} = 0,24$) и фактором «Ригидность». Следовательно, нарастание фрустрирующих факторов будет обостряться появлением навязчивостей и страхов различного характера. Негибкость в отношениях, в принятии решений связано с отрицанием своего состояния, заболевания (анозогнозии) у больных на стадии обострения.

Таким образом, результаты исследования показали, что больные с ОАНК на стадии обострения, которым свойственен повышенный уровень тревожности отличаются такими особенностями в реагировании на заболевание как излишняя чувствительность к внешним стресс-факторам, игнорирование и отрицание своего объективного статуса, субъективизм в оценке своего состояния. Отмечается соче-

тание низкой толерантности к психотравмирующим ситуациям со склонностью к обсессивно-фобической симптоматике, ригидность в восприятии окружающего с неприятием иных точек зрения, зачастую более объективных.

В группе больных с ОАНК на стадии ремиссии обнаружена единственная значимая корреляционная связь между показателем «анозогнозический» тип реагирования ($R = -0,521$ при $p < 0,01$, $R_{кр} = 0,24$) и фактором «ригидность». Т.е. высокому уровню анозогнозии соответствуют средние значения ригидности, таким образом, наличие выраженности определенной степени ригидности, способствует сохранению анозогнозического типа реагирования. Таким образом, результат исследования показал, что больные с ОАНК на стадии ремиссии, у которых ригидность может выступать, как одно из основных психических состояний, отличаются такими особенностями в реагировании на заболевание как неприятие, отрицание объективной информации о заболевании.

Таким образом, изучение психических состояний больных страдающих облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей позволило сделать следующие выводы:

Анализ эмоционального состояния наглядно демонстрирует наличие различий по всем изучаемым параметрам, причем следует отметить, что их уровень зависит от остроты и глубины процесса. Уровень самочувствия, активности и настроения в группе здоровых испытуемых находится на позитивном уровне, у больных на стадии ремиссии на неблагоприятном уровне, а у больных в стадии обострения все параметры имеют ещё более выраженный неблагоприятный характер.

Статистически было подтверждено, что по уровню субъективного самочувствия люди с ОАНК на стадии ремиссии и здоровые респонденты практически не отличаются, что связано с отсутствием острой болевой симптоматики и хронизацией процесса, адаптацией к болевым ощущениям. Имеются различия группами больных на стадии ремиссии и стадии обострения. Активность у всех больных с ОАНК примерно одного уровня, что связано с последствиями заболевания.

Показатели личностной и ситуативной тревожности, более выражены у людей с ОАНК, в своем большинстве выражены на стадии обострения, для них характерно сочетание умеренных показателей ситуативной и личностной тревожности. Личностная тревожность может выступать одним из факторов – провокаторов ОАНК, что соответствует психогенной природе данного заболевания. Личностная тревожность у людей с ОАНК является личностным образованием, соответственно, имеет место в числе сформированных личностных особенностей, на которые не последнее влияние оказывают различные соматические заболевания, в том числе и ОАНК.

Психические состояния у больных с ОАНК носят выраженный характер, с повышенным уровнем агрессивности и ригидности, что непосредственным образом влияет на эффективность и качество социально-психологической адаптации.

В группе респондентов на стадии обострения преобладают типы реагирования, носящие выраженную эмоциональную окраску в виде повышенной тревожности, сенситивности, преобладание черт психастенического плана, наряду с отрицанием, как самого заболевания, так и осложнений, связанных с ним. В то же время на стадии ремиссии имеют место анозогнозии, также реакции эмоционального плана в виде повышенной сенситивности, раздражительной слабости, но без сочетания тревожности и меланхолических проявлений.

Корреляционный анализ позволил отметить некоторые закономерности взаимосвязей различных показателей психических состояний у больных с ОАНК на стадии обострения: повышенный уровень тревожности усиливает чувствительность к внешним стресс-факторам, игнорирование и отрицание своего объективного статуса, субъективизм в оценке своего состояния, наряду с сочетанием низкой толерантности к психотравмирующим ситуациям и склонностью к обсессивно-фобической симптоматике, ригидностью в восприятии окружающего с неприятием иных точек зрения, зачастую более объективных. У больных с ОАНК на стадии ремиссии, у которых ригидность может выступать, как

одно из основных психических состояний способны реагировать на заболевание в форме неприятия, отрицания объективной информации о заболевании.

Таким образом ситуация хронического системного заболевания выступает как провоцирующая кризис психического развития. Неотъемлемой частью любого заболевания является патогенное воздействие болезни как на саму личность, так и на отдельные её стороны, которая заключается в нарушении протекания многих физиологических процессов, наряду со снижением операционально-технических возможностей больных. Специфичность протекания изменений в психической сфере в зависимости от заболевания – локализации процесса, его глубины. Как любое системное и хроническое, длительное заболевание для ОАНК характерны изменения в психической сфере самих больных.

Список литературы

1. Абалмасов К.Г., Бузиашвили Ю.И., Морозов К.М., Папоян С.А. Качество жизни больных с хронической ишемией нижних конечностей // *Ангиология и сосудистая хирургия*. 2004. Т. 10. № 2. С. 7–12.
2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. Руководство для врачей. М.: Феникс, 1997. 576 с.
3. Лебедев Д.С., Трешкур Т.В., Чмелевский М.П., Зубарев С.В. Новые возможности топической диагностики предсердных и желудочковых аритмий на основе неинвазивного вычислительного картирование сердца // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. М.: 2012. Т.11. № S2. 65 с.
4. Лежелекова Л.Н., Якубов Б.А. Психогигиена и психопрофилактика в работе практического врача. М: Медицина. 1982. 184 с.
5. Морозов Г.В., Шумский Н.Г. Введение в клиническую психиатрию. Н. Новгород: изд-во НГМА. 1998. 426 с.
6. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М: МГУ. 1987. 168 с.
7. Психологические проблемы в клинике сердечно-сосудистых заболеваний. М: Медицина. 1988. 214 с.

8. Степанова О.П., Баженова Н.Г., Токарь О.В., Шпаковская Е.Ю., Шарыгина Е.С. Влияние ценностно-мотивационной сферы на удовлетворенность жизнью пожилых людей // Социс. 2016. №11. С. 72–81.
9. Суковатых Б.С. Экспериментальное и клиническое обоснование реваскуляризирующей остеомиопластики для лечения критической ишемии нижних конечностей / Б.С. Суковатых, Л.Н. Беликов, К.С. Магомедалиева // Вестник хирургии имени И.И. Грекова, 2006. № 6. С. 21–24.
10. Харди И. Врач, сестра, больной: Психология работы с больными / И.Харди, М. Алекса. Будапешт: Изд-во АН Венгрии, 1988. 338 с.
11. Kitslaar P.J., Wollersheim H., Zwiars I. Consensus noninvasive diagnosis of peripheral arterial vascular diseases // Ned. Tijdschr. Geneesk. 199. Vol.139, N22, pp. 1133–1136.
12. Lower G.D.O. Pathophysiology of critical limb ischaemia // Critical leg is–chaemia its pathophysiology and management / Eds.J.Dormandy, G.Stak. Berlin: Springer-Verlag, 1990, pp. 17–38.
13. Puchmayer V. Clinical diagnosis, special characteristics and therapy of Burger’s disease // Bratisl. Lek. Listy. 1996. Vol. 97, N 4, pp. 224–229.
14. Rieger H. Further thoughts on critical limb ischaemia // Crit.Ischaemia. 1995. Vol.4, N 2, pp. 34–35.
15. Russo F., Marci M., Raffa S. The role of the endothelium of the micro-circulation in the physiopathology of critical ischemia in the lower limbs as well as other forms of ischemic pathology // Clin. Ter. 1995. Vol. 146, N 4, pp. 289–296.
16. Van-den-Berg M., Stehouwer C.D., Bierdrager E., Rauwerda J.A. Plasma homocysteine and severity of atherosclerosis in young patients with lower – limb atherosclerotic disease // Arterioscler. Tromb–Vasc– Biol. 1996. Vol. 16, N 1, pp. 165–171.

References

1. Abalmasov K.G., Buziashvili Yu.I., Morozov K.M., Papoyan S.A. *Angiologiya i sosudistaya khirurgiya*. 2004. V. 10. № 2, pp. 7–12.
2. Aleksandrovskiy Yu.A. *Pogranichnye psikhicheskie rasstroystvo. Rukovodstvo dlya vrachey* [Borderline mental disorder]. M.: Feniks, 1997. 576 p.

3. Lebedev D.S., Treshkur T.V., Chmelevskiy M.P., Zubarev S.V. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika*. M.: 2012. V.11. № S2. 65 p.
4. Lezhepekova L.N., Yakubov B.A. *Psikhogigiena i psikhoprofilaktika v rabote prakticheskogo vracha* [Psychohygiene and psycho prophylaxis in the work of a practical doctor]. M: Meditsina. 1982. 184 p.
5. Morozov G.V., Shumskiy N.G. *Vvedenie v klinicheskuyu psixiatriyu* [Introduction to clinical psychiatry]. N. Novgorod: izd-vo NGMA. 1998. 426 p.
6. Nikolaeva V.V. *Vliyanie khronicheskoy bolezni na psikhiku* [The effect of chronic illness on the psyche]. M: MGU. 1987. 168 p.
7. *Psikhologicheskie problemy v klinike serdechno-sosudistyykh zabolevaniy* [Psychological problems in the clinic of cardiovascular diseases]. M: Meditsina. 1988. 214 p.
8. Stepanova O.P., Bazhenova N.G., Tokar' O.V., Shpakovskaya E.Yu., Sharygina E.S. *Sotsis*. 2016. №11, pp. 72–81.
9. Sukovatykh B.S., L.N. Belikov, K.S. *Vestnik khirurgii imeni I.I. Grekova*, 2006. № 6, pp. 21–24.
10. Khardi I., Aleksa M. *Vrach, sestra, bol'noy: Psikhologiya raboty s bol'nymi* [The doctor, the sister, the patient: Psychology of work with patients]. Budapesht: Izd-vo AN Vengrii, 1988. 338 p.
11. Kitslaar P.J., Wollersheim H., Zwiers I. Consensus noninvasive diagnosis of peripheral arterial vascular diseases. *Ned. Tijdschr. Geneesk.* 199. Vol.139, N22, pp. 1133–1136.
12. Lower G.D.O. Pathophysiology of critical limb ischaemia. *Critical leg is-chaemia its pathophysiology and management* / Eds.J.Dormandy, G.Stak. Berlin: Springer-Verlag, 1990, pp. 17–38.
13. Puchmayer V. Clinical diagnosis, special characteristics and therapy of Burger's disease. *Bratisl. Lek. Listy*. 1996. Vol. 97, N 4, pp. 224–229.
14. Rieger H. Further thoughts on critical limb ischaemia. *Crit.Ischaemia*. 1995. Vol. 4, N 2, pp. 34–35.
15. Russo F., Marci M., Raffa S. The role of the endothelium of the microcirculation in the physiopathology of critical ischemia in the lower limbs as well as other forms of ischemic pathology. *Clin. Ter.* 1995. Vol. 146, N 4, pp. 289–296.

16. Van-den-Berg M., Stehouwer C.D., Bierdrager E., Rauwerda J.A. Plasma homocysteine and severity of atherosclerosis in young patients with lower – limb atherosclerotic disease. *Arterioscler. Tromb–Vasc– Biol.* 1996. Vol. 16, N 1, pp. 165–171.

ДАННЫЕ ОБ АВТОРАХ

Шпаковская Елена Юрьевна, доцент кафедры психологии, кандидат педагогических наук
ФГБОУ ВО Магнитогорский государственный технический университет им. Г.И. Носова
пр. Ленина, 38, г. Магнитогорск, Челябинская область, 455000,
Российская Федерация
sqvorez@mail.ru

Хабибулин Денис Асхатович, доцент кафедры психологии, кандидат педагогических наук
ФГБОУ ВО Магнитогорский государственный технический университет им. Г.И. Носова
пр. Ленина, 38, г. Магнитогорск, Челябинская область, 455000,
Российская Федерация
habibulin-denis@mail.ru

Разумова Елена Михайловна, доцент кафедры психологии, кандидат психологических наук
ФГБОУ ВО Магнитогорский государственный технический университет им. Г.И. Носова
пр. Ленина, 38, г. Магнитогорск, Челябинская область, 455000,
Российская Федерация
elena-naukpsy@mail.ru

Чурилов Владимир Васильевич, ассистент кафедры психологии
ФГБОУ ВО Магнитогорский государственный технический университет им. Г.И. Носова
пр. Ленина, 38, г. Магнитогорск, Челябинская область, 455000,
Российская Федерация
vv.churilov@magtu.ru

DATA ABOUT THE AUTHORS

Shpakovskaya Elena Yur'evna, Associate Professor, Department of Psychology, Ph.D. in Pedagogy
Nosov Magnitogorsk State Technical University
38, Lenin Ave., Magnitogorsk, Chelyabinsk Region, 455000, Russian Federation
scvorez@mail.ru
SPIN-code: 7005-0350
ORCID: 0000-0002-6427-9114

Khabibulin Denis Askhatovich, Associate Professor, Department of Psychology, Ph.D. in Pedagogy
Nosov Magnitogorsk State Technical University
38, Lenin Ave., Magnitogorsk, Chelyabinsk Region, 455000, Russian Federation
habibulin-denis@mail.ru
SPIN-code: 9012-9440
ORCID: 0000-0002-5488-0635

Razumova Elena Mikhailovna, Associate Professor, Department of Psychology, Ph.D. in Psychology
Nosov Magnitogorsk State Technical University
38, Lenin Ave., Magnitogorsk, Chelyabinsk Region, 455000, Russian Federation
elena-naukpsy@mail.ru
SPIN-code: 8880-8731
ORCID: 0000-0001-5767-0759

Churilov Vladimir Vasil'evich, Assistant, Department of Psychology
Nosov Magnitogorsk State Technical University
38, Lenin Ave., Magnitogorsk, Chelyabinsk Region, 455000, Russian Federation
vv.churilov@magtu.ru
SPIN-code: 1305-4776
ORCID: 0000-0001-6356-7803