

УДК 616.89-021616.12-005.4

*С.Я. Боро, Л.А. Блакитная, Т.В. Цыганок***ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ И СТЕРЕОТИПОВ ПОВЕДЕНИЯ КАК ФАКТОРА РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В СВЯЗИ С ЕЕ ПРОФИЛАКТИКОЙ**

Областная клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр,  
Областное управление здравоохранения Донецкой облгосадминистрации

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, психические особенности, факторы риска, профилактика

В последнее время основные работы по первичной профилактике ишемической болезни сердца (ИБС) ведутся в виде популяционных исследований. В них определяют конкретные факторы риска [6] и предпринимаются меры для их устранения или снижения [5]. Обоснованием этому служат работы, подтверждающие зависимость развития ИБС от повышенного артериального давления крови, гиперхолестеринемии, гипергликемии, избыточной массы тела. Доказано, что у лиц с наличием этих факторов закономерно чаще возникают новые случаи инфаркта миокарда [3]. При этом риск заболевания возрастает прямо пропорционально числу факторов риска [7], а их снижение ведет к снижению вероятности проявления заболеваний, хотя этиология самих факторов риска изучена недостаточно.

Такой обобщенный подход уже оправдал себя на практике в популяционных программах. Однако наличием известных соматических факторов риска объясняется только около 50% новых случаев ИБС. Поэтому в связи с профилактикой ИБС ведется изучение психологических и социальных факторов риска. В этих исследованиях выделяются три большие группы работ. Это поиск собственно психологических переменных, связанных с ИБС, изучение особенностей стиля жизни и психологического стресса.

На связь психологических характеристик с болезнями сердца указывали W. Osler [9], H. Dunbar [4], C. Kemple [10]. Ранее выделенные психологические характеристики объединили с определенным выразительным поведением и весь комплекс, связанный с развитием ИБС, условно назвали типом А. Лицам, которые принадлежат к этой группе, свойственны громкий и резкий голос, усиленный вдох, напряженность

мышц лица и всего тела, жестикуляция при разговоре, сжимание кулаков, напряженная поза. В личностном плане они нетерпеливы, враждебны, амбициозны, стремятся к соревнованию, лидерству и достижениям, которым не устанавливаются никакие пределы. Их ценностные ориентации заключаются в чрезмерно выраженной деятельности со стремлением сделать все больше и больше, наперекор другим своим интересам, семье и обстоятельствам. При этом неограниченно ставятся новые задачи, а их качественное выполнение достигается путем ускорения темпов работы, за счет личного времени, выходных дней и отпусков. Таким образом, взвинчивается постоянная напряженность, возникает острое чувство недостатка времени. Для поведения, обозначенного типом Б, не характерны ни численность, ни чрезмерная выраженность указанных выше особенностей. Индивидуум, обозначенный как тип Б, является сбалансированным в деятельности и в отдыхе, трудолюбивым, для него не характерны нетерпеливость, напористость, взвинчивание деятельности до постоянного пребывания в напряженности цейтнота [9].

Для определения указанных особенностей применяются полустандартизированные интервью, шкала Ботнера, созданная по типу семантического дифференциала, опросник Д. Дженкинса [1].

Несмотря на наличие многих работ, подтверждающих наличие связи указанных характеристик с ИБС, остаются нерешенными как методические вопросы, так и возможность повторения данных в различных странах. Попытка ответить на эти вопросы была предпринята в международной программе KRIS – Kaunas – Rotterdam Intervention Study [3].

## Материалы и методы исследования

В настоящей работе проанализированы данные о больных ИБС: инфарктом миокарда и стенокардией за период 10 лет в сопоставлении их с остальным исследованным контингентом мужчин от 45 до 59 лет, жителями г. Донецка. В работе применялся опросник Д. Дженкинса из 61 вопроса с вариантами ответов от 2 до 5. Опросник адаптировался по определенным правилам в Литве, кардиоцентре г. Каунаса (А. Гоштаус) и в Роттердаме (А. Аппельс) с консультацией Д. Дженкинса, И. Глазунова, В. Ядова [11]. Исполь-

зованы экспериментально психологические тесты: ММРІ, методика Розенцвейга, клиничко-анамнестический опросник. Результаты исследования были подвергнуты анализу по методике главных компонент. Интерпретации подвергались факторы, полученные после ортогональной ротации компонент с помощью метода «Варимакс». Для каждого исследуемого были рассчитаны оценки по факторам. Средние их оценки сравнивались между группами при помощи критерия Т.

## Результаты исследования и их обсуждение

Был проведен сравнительный анализ трех групп: больных инфарктом миокарда (ИМ) на время профилактического осмотра (49 человек), заболевших ИМ позже, в течение 10 лет и оставшихся в живых (72 человека) и лиц, не больных ИБС (1515 человек). Выяснилось, что пациенты с ИМ до болезни отличались от здоровых по наличию у них тенденции быть первыми и лучшими, они чаще напряжены в нерабочее время, отличаются большой торопливостью, чаще торопят собеседника, делают много работы за короткое время. Такие особенности, как понижение ответственности и престижа, нежелание повышения на работе, пребывание дома при плохом самочувствии можно объяснить изменениями в системе отношений личности в связи с болезнью.

Использованные экспериментально-психологические методы условно можно разделить на следующие относительно стабильных характеристик личности (шкалы ММРІ 4; 6; 0; методика Розенцвейга) и «динамические», связанные с реакцией на стресс особенности (ММРІ 1; 2; 3).

Результаты исследований показали, что характеристики, рассматриваемые как устойчивые, коррелируют с особенностями преморбиды. У больных с психогенно спровоцированными инфарктами миокарда по методике Розенцвейга ведущими были упорствующий тип и безошибочное (импунитивное) направление реакций на фрустрацию, что отражает наличие внутреннего противоречия личности; высокий уровень мотивации достижения сочетается с неспособностью конструктивно разрешить ситуацию. Снижение экстрапунитивных реакций по сравнению с контрольной группой, по-видимому, связано с нежеланием иметь конфликтные отношения с ближайшим окружением, тогда как снижение интрапунитивных реакций показыва-

ет неспособность этих людей разрешать фрустрирующую ситуацию самостоятельно.

Результаты по методике ММРІ представляют собой сплав изменений личности, наступивших в период болезни, и преморбидных устойчивых личностных особенностей. Так, в группе больных ИМ усредненный профиль ММРІ имел повышения на шкалах ипохондрии (75 Т), депрессии (82 Т), ригидности аффекта (80 Т), социальной интроверсии (73 Т), что связано как с болезнью (снижение настроения, активности, появление «ипохондричности»), так и с особенностями, присущими на протяжении всей жизни (ригидностью аффекта, настойчивостью, недостатком глубокого эмоционального общения).

В группе больных ИБС профиль ММРІ также имел свои особенности: повышение по шкалам депрессии (до 70 Т), ипохондрии (до 68 Т), ригидности аффекта (до 65 Т), что объясняется возрастными особенностями.

С целью изучения причин выявленной личностной дисгармонии было проведено исследование истории развития личности больных, как ИМ, так и ИБС. В качестве основы была использована возрастная периодизация по Е. Erikson [4], который подразделил весь жизненный цикл на 8 фаз, каждая из которых имеет свои специфические задачи и может проходить более или менее благоприятно для будущего развития. Пользуясь современной терминологией, эти фазы можно рассматривать как чувствительные периоды для формирования тех или иных психических качеств человека.

Полученные нами данные позволили прийти к выводу, что развитие личности людей, впервые заболевших ИМ, характеризуется рядом особенностей. К ним относятся: 1) невыполнение во многих случаях задач поставленных в ранние этапы жизни, т.е. отсутствие в течение

всего этого времени интимной психологической близости (дружбы, любви), что в дальнейшем порождает неуверенность в себе в сфере эмоциональных контактов, боязнь одиночества и потери значимого другого; 2) фаза взросления проходила, как правило, благоприятно за счет успехов в профессиональной деятельности. Свойственное им чувство долга, упорство, потребность в достижении были удовлетворены и компенсировали отмеченную несостоятельность в эмоциональных отношениях и дефицит интимно-психологического общения; 3) неудовлетворенность итогами зрелости. Среди изученных больных у 47% отсутствовали дети, в 36% случаев имелось одиночество, у 87% больных не было сознания успешности жизни.

Личностная, в первую очередь, эмоциональная незрелость этих людей порождает известную узость, ограниченность интересов, бедность поведенческих ролевых стереотипов. В течение жизни они были успешны в одной, в основном, профессиональной деятельности, в связи с чем переход на пенсию оказывался для них катастрофой, ломкой не только главного, но и единственного стереотипа, потерей ведущей деятельности.

Таким образом, среди лиц с ИМ и ИБС преобладают личности, имеющие выраженный внутренний конфликт между высоким уровнем мотивации достижения и недостаточной способностью строить адекватное целостное поведение, направленное на преодоление фрустрирующей ситуации. Лица, имеющие признаки выраженной аффективной ригидности, не имеющие опыта смены стереотипа, подвергаются риску заболевания депрессии при резком изменении жизненной ситуации. Нередко предшествуют и псевдоневротические проявления, также являющиеся фактором повышенного риска.

Таким образом, у больных ИМ подтверждается наличие определенных особенностей личности, свойственных типу А, однако только два фактора (доминирование и напряженность в нерабочее время) были свойственны мужчинам среднего возраста до заболевания ИМ.

Данные о трех группах больных стенокардией свидетельствуют, что в большинстве случаев больные на время обследования и заболевшие впоследствии сходны между собой. При этом у больных более чем у здоровых, выражена повышенная ответственность, часто случаются различные неприятности, проявляется тенденция к торопливости, они чаще торопят собеседника, их чаще раздражают прерывы в

работе. Лица, впоследствии заболевшие стенокардией, на время исследования отличались от остальных мужчин среднего возраста большей торопливостью, склонностью торопить собеседника, они с раздражением реагируют на прерывы в работе.

Проведенная работа подтвердила предположение, что комплекс особенностей, определенных с помощью опросника Д. Дженкинса, относимых к типу А, не является единым синдромом, а состоит из нескольких независимых друг от друга факторов. При этом не все факторы однозначно связаны с наличием ИБС, и только два из них (доминирование, напряженность в нерабочее время) в предположенном направлении связаны с развитием ИМ в будущем. С будущим развитием стенокардии связаны факторы общей торопливости, склонность торопить собеседника и раздражение в случае прерывания работы.

Полученные данные указывают, что в психологическом плане инфаркт миокарда и стенокардия представляются различными синдромами. При этом само наличие болезни неоднозначно изменяет особенности поведения, относимые к типу А: некоторые факторы усиливаются, другие, наоборот, становятся менее выраженными.

Наличие ряда психологических особенностей у мужчин среднего возраста до заболевания различными формами ИБС позволяет предположить их связь с развитием заболеваемости.

В основу разработанных нами программ первичной психопрофилактики был положен психотерапевтический комплекс (ПТК), включающий в себя последовательное применение рациональной, семейной, коллективной, гипно-суггестивной, наркопсихотерапии, аутотренинга[2]. Наиболее эффективными на ранних этапах развития заболевания, с нашей точки зрения, следует считать рациональную и семейную психотерапию. Адекватное и дифференцированное применение этих психотерапевтических методов позволяет нормализовать взаимоотношения в семье, на производстве и ликвидировать аномальные личностные реакции. Существенным моментом в реализации психопрофилактических мероприятий следует считать формирование положительных социально ценных мотивационных установок, перестройку отношения к окружающим, установление новых социальных контактов.

Для больных, перенесших ИМ, немаловажное значение наряду с ПТК приобретает нормализация режима двигательной активности, категорический отказ от ряда вредных привычек

(курение, употребление крепкого чая, кофе, слабоалкогольных напитков и др.), своевременное ограничение производственной деятельности по линии ВКК (отказ от ночных смен, длительных командировок и др.).

Особое значение в программах первичной психопрофилактики принадлежит немедикаментозным методам терапии: ароматерапии, игло-рефлексотерапии, физиолечению, музыка-библиотерапии, ЛФК.

Нами были выделены две группы по степени улучшения под влиянием групповой психотерапии. В группе с большей эффективностью групповой психотерапии уровень контроля над значимыми событиями оказался значительно выше по сравнению с «менее успешной» группой и в процессе психотерапии еще более возрос, особенно в области межличностных отношений и отношений к здоровью и болезни, т.е. в целом повысился уровень чувства ответственности за происходящее с ними. Установка на «инсайт» и степень «инсайта», более выраженные у пациентов этой группы, под влиянием групповой психотерапии усилились и полностью исключили все другие установки. Самооценка у данных

пациентов была ниже, чем у всех других исследованных, они больше других переживали свою малоценность. Это можно объяснить тем, что, с одной стороны, они чувствуют ответственность за то, что с ними происходит, с другой – ничего не могут изменить. В процессе групповой психотерапии самооценка у пациентов этой группы повысилась.

У лиц второй группы соотношение данных показателей иное: низкая степень интернальности, соответственно меньшее чувство вины; на первом месте у них чаще стоит установка на симптоматическое улучшение, они не всегда верно оценивают причины ухудшения своего состояния. Самооценка у этих пациентов выше, чем оценка сфер жизнедеятельности. В процессе психотерапии отмечены лишь незначительные изменения вышеуказанных показателей. Вероятно, группа «менее успешных» и является в большей степени «группой риска» соматизации. Эти пациенты быстрее «уйдут в болезнь», так как прогностически они менее склонны к борьбе с ней, окажутся менее курабельны и с большей долей вероятности станут «стационарными больными».

*С.Я. Боро, Л.О. Блакитна, Т.В. Циганок*

## **ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ І СТЕРЕОТИПІВ ПОВЕДІНКИ ЯК ФАКТОРА РИЗИКУ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ЗВ'ЯЗКУ З ЇЇ ПРОФІЛАКТИКОЮ**

Обласна клінічна психоневрологічна лікарня – Медико-психологічний центр, Обласне управління охорони здоров'я Донецької обласної адміністрації

Робота присвячена виявленню психологічних факторів ризику ішемічної хвороби серця у чоловіків середнього віку. Виявлен ряд психологічних особливостей, характерних для хворих різними формами ішемічної хвороби серця, а також передбачено зв'язаних з розвитком захворювання у чоловіків у середньому віці в майбутньому. Одержані дані свідчать про те, що в психологічному плані інфаркт міокарда і ІХС з'являються відмінними синдромами. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 4 (14). — С. 113-117)

*S.Y. Bero. L.A. Blakitnaya. T.V. Tsiganoc*

## **THE STUDY OF PSYCHOLOGICAL PECULIARITIES AND STEREOTYPES OF BEHAVIOR AS A RISK FACTOR OF HEART ISHEMICAL DISEASE IN CONNECTION WITH ITS PROPHYLAXIS**

Region clinical psychoneurological hospital – Medical and psychological center, Regional department Health of Donetsk regional state administration

The study is dedicated to the determining of psychological risk factors of heart ishemical disease in male of average age. There have been determined a number of psychological peculiarities typical of persons suffering of various forms of heart ighemical disease, and also supposed to be connected with the developing in the future. The obtained data show that in the psychological aspect the miocard heart attack and the HID are the different syndromes. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 113-117)

## Литература

1. Александровский А.Ю. Пограничные психические расстройства. – М. 1999 – 420 с.
2. Боро М.П. Концепция совершенствования лечебно-профилактической помощи больным с пограничными психическими расстройствами. Архів психіатрії 2(37), 2004. С. 63-65
3. Glasunov I.S., Dowd J.E., Baubinene A. et al. (Eds.) the Kaunas-Rotterdam intervention studi. Elsevier, North-Holland, 1981
4. Dunder H.F/ Psychosomatic diagnosis. N.Y. – 1942
5. Кузминскис В.В. Изучение возможностей проведения многофакторной первичной профилактики ишемической болезни сердца в открытой популяции. Автореф. Дисс. Канд. Каунас, 1980
6. Зборовский Э.И. Распространенность и методические аспекты первичной профилактики ишемической болезни сердца и популяции мужчин с учетом индивидуальных особенностей организма. Автореф. Каунас, 1984
7. Прохорскас Р.П. Исследование возможностей прогнозирования возникновения и исходов ишемической болезни сердца. Автореф. Дисс.канд., Каунас, 1981
8. Чазова Л.В., Глазунов И.С., Олейников С.И., Шишова А.М. Многофакторная профилактика ишемической болезни сердца (методические указания). М. 1983
9. Osler W. The Lumlian Lectures on angina pectoris. – Lanset, 1910
10. Kemple C. Rorschach method and psychosomatic diagnosis. – Psychosom. Med., 1945
11. Янушкявичус З.И. Первичная психологическая профилактика и реабилитация больных ИБС. Вильнюс. 1981

Поступила в редакцию 24.05.2004