

ФАКТОРЫ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ: СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И МЕТОДЫ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

А.Л.Лопатина, Т.М.Шаршакова, Г.В.Гатальская

Гомельский областной клинический кардиологический диспансер, г. Гомель
Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель
Гомельский государственный университет им. Ф.Скорины, г. Гомель

В статье проанализированы социально-психологические факторы, обуславливающие развитие ишемической болезни сердца, выделены механизмы влияния психической сферы на возникновение и прогрессирование заболевания, среди которых особое внимание уделено личностным особенностям пациентов. В результате проведенного исследования уточнены факторы риска ишемической болезни сердца у трудоспособного населения Гомельского региона Беларуси и приведены рекомендации психопрофилактического и психокоррекционного характера.

В современных условиях жизни увеличивается нагрузка на эмоциональную сферу человека, и, как следствие, приобретают все большее распространение сердечно-сосудистые расстройства, вызываемые систематическими эмоциональными перегрузками. Среди этих расстройств одно из первых мест занимает ишемическая болезнь сердца.

В Республике Беларусь сохраняется негативная тенденция увеличения заболеваемости и смертности от ишемической болезни сердца. Это диктует необходимость активизации совместных усилий кардиологов и психологов в изучении психологических факторов, обуславливающих развитие этой патологии. Однако в большинстве случаев изучаются биологические стороны этого процесса, чаще такие "классические", как дислипидемия, артериальная гипертензия, избыточная масса тела, гипокинезия, курение, сахарный диабет и другие. Социально-психологическим аспектам уделяется значительно меньшее внимание, хотя и отмечается четкая зависимость заболеваемости и смертности от социальных факторов риска. Обращаясь к их рассмотрению, можно выделить внутренние (личностные) и внешние (информационные) факторы. К внутренним относят особенности организации нервно-психических процессов, характер отношения к окружающему миру и личностные особенности в целом. К внешним – стрессовые неблагоприятные воздействия на человека физических условий среды, семейных, производственных и других неблагоприятных ситуаций, а также большого объема перерабатываемой современным человеком информации. Последнее часто называют информационным неврозом, который рассматривают как одну из важных

причин развития гипертонической болезни и ишемической болезни сердца. По утверждению Г.И. Сидоренко, эти заболевания являются своего рода "платой" за переработку большого объема информации [1]. С другой стороны, устойчивость к влиянию информационных факторов определяется внутренней психологической структурой человека, то есть воздействие оказывают не информационные перегрузки, а отношение человека к складывающимся ситуациям. По мнению многих исследователей, это специфическое отношение обусловлено акцентуацией, деформацией личностной структуры, которая определяет затяжной гипертрофированный или деструктивный тип реагирования на жизненную обстановку.

Выделяют несколько теоретических подходов, объясняющих развитие этого механизма. Это психосоматическая концепция З.Фрейда, рассматривающая отклонения в деятельности физиологических систем организма как символы определенных вытесненных неосознаваемых переживаний или разрешение психического конфликта через заболевания тела, при возникновении которых наступает эмоциональное облегчение.

Развитие идей З.Фрейда в области психосоматики было осуществлено Ф.Александром, обнаружившим связь психологических конфликтов разрешения. Согласно его теории "специфичности конфликта", конфликты орального, анального или фаллического характера проявляются в заболеваниях соответствующих систем организма. По его мнению, развитие соматического заболевания обусловлено тремя факторами: индивидуальными особенностями личности, на фоне которых формируются интрапсихические неосознанные кон-

фликты; наличием психотравмирующих ситуаций; конституционально предопределенной ранимостью определенных органов вегетативной системы, т.е. наличием в структурах тела генетически обусловленного "слабого органа" [2].

Наибольшее распространение получила теория профиля личности или соматотипов Ф.Данбар, которая обнаружила высокую вероятность развития различных соматических заболеваний у лиц с определенными личностными особенностями. Ею были выделены различные личностные соматотипы: коронарный, гипертонический, аллергический, травматический или "склонный к несчастьям". Для последнего типа характерны импульсивность, неупорядоченный образ жизни с тенденцией к самонаказанию, исходящей из неосознанного чувства вины.

Этому профилю личности Ф.Данбар противопоставляет личность, склонную к ангиозным жалобам и развитию инфаркта миокарда. Такие люди описываются как выдержанные, способные к деятельности с большой последовательностью и самообладанием, которые в состоянии отказаться от удовлетворения своих потребностей ради достижения отдаленной цели [3]. В рамках последней теории большую значимость приобрели работы Фридмана и Розенмана, которые выявили, что наиболее часто заболевают ишемической болезнью сердца лица с типом поведения, который они обозначили как "тип А". Для данных лиц характерно постоянное стремление к продвижению и склонность к состязанию. Они берутся за множество дел, и проявляющийся дефицит времени компенсируют ускорением темпа жизни и работы. В ходе исследования было доказано, что лица "типа А" примерно в четыре раза чаще заболевают ишемической болезнью сердца, чем лица с противоположным типом поведения, названным "типом Б" [4-7].

Однако дальнейшие исследования не всегда обнаруживали эту закономерность и иногда даже выявляли обратную тенденцию, когда большая часть пациентов с ишемической болезнью сердца при обследовании принадлежала к "типу Б". Независимые исследования, проведенные в бывшем СССР, также выявили у пациентов с ишемической болезнью сердца и гипертонической болезнью в одних случаях стеничную, активную личностную структуру, в других – вязкую, тревожную, не склонную к активной деятельности. В силу этого правильно было бы говорить не об определенном соматотипе, а о специфических личностных особенностях лиц, склонных к ишемической болезни сердца.

Ю.М.Губачев проанализировал личностные особенности пациентов с ишемической болезнью сердца с применением факторного анализа и выделил

пять психологических типов. Первый составляют пациенты с психоподобной личностной структурой, извращенным типом реагирования на жизненные обстоятельства, способные создавать конфликтные ситуации. Они составляют 24% всех пациентов. Ко второму типу относятся 16% пациентов. Это люди с высоким чувством ответственности, зрелыми и управляемыми эмоциями, однако развитое самолюбие, стремление доминировать, высокий уровень притязания могли способствовать формированию конфликтов, отягощающих и интенсифицирующих рабочее напряжение. К третьему типу, составляющему 29%, относятся лица с невротической структурой и которым по своим служебным обязанностям приходится брать на себя большую ответственность. Четвертый тип, к которому относятся 10% пациентов, включает в себя лиц, у которых жизненные обстоятельства сложились так, что им постоянно приходится преодолевать лишения, обиды, неуспех. Для них характерны подавленность, горечь обиды, зависть, сочетающиеся с сарказмом, иногда злобой. К пятому типу, составляющему 22% пациентов, относятся люди, у которых нет никаких жизненных проблем, это спокойные, удовлетворенные собой и окружающими люди с размеренным ритмом труда и отдыха [8].

Большинство исследований с применением ММРП выявили у пациентов с ишемической болезнью сердца и гипертонической болезнью повышенный уровень значений по шкалам ипохондрии, истерии, психастении по сравнению со здоровыми людьми. Для них характерно наличие так называемой "конверсионной пентерки". Часто обнаруживались высокие значения также по шкалам депрессии и тревожности. Эти данные указывают на наличие в их структуре личности тревоги и невротизации.

Среди личностных особенностей, приводящих к риску ишемической болезни сердца, выделяют также враждебность, которая определяется как циничное, подозрительное, настороженное отношение к окружающим, часто приводящее к социальным конфликтам и демонстрации гнева. Так, в исследовании MRFIT показано, что за 16 лет наблюдения риск смерти от ишемической болезни сердца у больных с высокими показателями враждебности выше в 1,6 раза, чем при низкой ее выраженности. Однако в половине аналогичных исследований такие ассоциации не регистрируются.

При изучении особенностей склада личности среди неблагоприятных факторов, влияющих на сердечно-сосудистый исход, были также выделены безнадежность и пессимизм. Безнадежность определяется как постоянные отрицательные эмо-

шин, снижение мотивации, что ведет к более отрицательным оценкам новых ситуаций, ощущению бессмысленности каких-либо действий и является самостоятельным фактором риска развития ишемической болезни сердца, независимо от депрессии. По результатам американских исследований, безнадежность повышает риск развития ишемической болезни сердца, а также летального исхода в 2,1 раза. Пессимизм обычно определяется как тип сознания, который является возможным предшественником депрессии и, судя по данным исследований, повышает риск развития ишемической болезни сердца, в том числе фатального инфаркта миокарда в 2,27 раза.

Среди других особенностей личности, приводящих к ишемической болезни сердца, выделяют алекситимию, затрудняющую способность идентифицировать и вербализовать свои чувства, отличать последние от телесных ощущений, а также ригидность и излишнюю детализированность мышления, тенденцию к опережающему поведенческому, а не рефлексивному, ответу на внешние стимулы. Однако влияние алекситимии как фактора риска ишемической болезни сердца является дискуссионным.

К факторам риска ишемической болезни сердца относят психические расстройства, такие как депрессия и тревога. По данным некоторых современных отечественных и зарубежных исследований, каждый третий пациент с ишемической болезнью сердца, находящийся в стационаре, склонен к депрессивным состояниям. У страдающих тревожными расстройствами также в 2 раза выше риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, достоверно выше общая и сердечно-сосудистая смертность, риск развития инфаркта миокарда, а также внезапной сердечной смерти. В частности, по данным Фремингемского исследования, тревога связана с шестикратным увеличением риска сердечно-сосудистой смерти.

Кроме тревожных и депрессивных расстройств, пациенты с ишемической болезнью сердца имеют свои особенности и в самооценке. Многие исследования обнаруживают несомненную зависимость формы коронарного заболевания и характера самооценки.

При ишемической болезни сердца происходит "вымывание" интервала, включающего лиц с адекватной самооценкой, и "пополнение" интервалов, включающих лиц с неадекватной самооценкой. Полным нарушением самооценки страдают лица, недавно перенесшие инфаркт. Их представления о себе характеризуются недифференцированностью, спутанностью. Наиболее часто сохраняют адекватную самооценку лица со стенокардией.

Необходимо отметить, что выявление профиля личности проводилось обычно при исследовании уже заболевших людей, поэтому в этих условиях неправомерно говорить о том, что выявленные черты провоцируют развитие заболевания. Возникает предположение, что наличие болезни изменяет личностную структуру. Исследования Н.П. Олиферко показали, что в первые дни после начала инфаркта миокарда пациенты, обследованные по методике ММРП, имеют профиль личности, характерный для здорового человека. Лишь через две недели после начала заболевания в их личности появляются "классические" болезненные проявления [9]. Исследования факторов риска ишемической болезни сердца выделили среди них две основные группы: немодифицируемые (пол, возраст, наследственность и этнические особенности) и модифицируемые, т.е. поддающиеся коррекции (курение, избыточная масса тела и ожирение, физическая активность, артериальное давление и частота сердечных сокращений, метаболический синдром, маркеры воспаления и факторы гемостаза, психологические факторы).

Фремингемское исследование доказало, что общий риск развития ишемической болезни сердца у здоровых людей может быть вычислен путем суммирования отдельных факторов риска. К психологическим факторам относят объективные (острый и хронический стресс; психосоциальная ситуация жизни, обусловленная низким социально-экономическим статусом, недостатком социальной поддержки, социальной изоляцией); субъективные, связанные с индивидуальными особенностями личности (например, тип А и враждебность), психопатологическими реакциями (развитие тревожных и депрессивных расстройств).

Доказано, что эпизоды острого стресса увеличивают сердечную заболеваемость и смертность. Так, в исследовании финских ученых, риск смертности от всех причин на первой неделе после смерти супруга в 2 раза превышал среднестатистические показатели. Риск любого эпизода ишемии миокарда в это время повышался в 2,3 раза у мужчин и в 3,5 раза у женщин вне зависимости от возраста; к концу первого месяца риск уменьшался. В Нью-Йорке после террористического акта 11 сентября 2001 г. в течение последующего месяца в 2,3 раза возросло количество тахикардий у пациентов с ишемической болезнью сердца.

Не меньшее влияние на состояние сердечно-сосудистой системы оказывает хронический стресс, зачастую обусловленный характером выполняемой профессиональной деятельности, сопряженной с большим напряжением (high job strain). В соответствии с этой моделью люди, работа которых со-

пряжена с повышенной ответственностью и высокими профессиональными требованиями, могут быть отнесены к группе высокого риска. Работа, которую отличает несоответствие между затраченными усилиями и получаемым за нее вознаграждением, также относится к фактору риска.

Распространено ошибочное убеждение, что ишемическая болезнь сердца редко поражает женщин и протекает у них более доброкачественно. Однако это не так – в индустриально развитых странах мира сердечно-сосудистые заболевания являются главной причиной смерти у женщин в возрасте старше 55 лет. Женщины этой возрастной группы имеют 46%-ный риск заболевания ишемической болезнью сердца и 31%-ный – смерти от нее. Особенностью ишемической болезни сердца у женщин является более "драматическое" начало, характеризующееся серьезными по сравнению с мужчинами тромботическими осложнениями при менее выраженных атеросклеротических изменениях сосудов.

Таким образом, можно считать установленным наличие ряда психологических факторов (стресс, особенности личности, психические расстройства), как провоцирующих развитие ишемической болезни сердца у здоровых людей, так и влияющих на течение и прогноз уже существующей патологии, однако степень влияния каждого из этих факторов пока не уточнена.

С целью изучения психологических факторов риска развития ишемической болезни сердца у населения трудоспособного возраста Гомельского региона нами проведено исследование. При этом применялись следующие психодиагностические методы:

1) опросник Мини-мульти (сокращенный вариант Миннесотского многоаспектного личностного опросника ММРП) для выявления в структуре личности психопатологических синдромов (ипохондрии, истерии, психастении, психопатии, шизоидности, паранойальности, депрессии, гипомании);

2) опросник УСК Дж.Роттера для выявления уровня субъективного контроля;

3) методика диагностики типа поведенческой активности Л.И.Вассермана, Н.В.Гуменюк;

4) опросник Спилберга-Ханина для определения уровня личностной и ситуативной тревожности;

5) опросник Леонгарда-Шмишека для диагностики типов акцентуации характеров;

6) методика выявления уровня подверженности стрессу.

Исследование проводилось на базе учреждения "Гомельский областной клинический кардиологический диспансер". Выборочную совокуп-

ность составили 118 пациентов: 67 мужчин и 51 женщина в возрасте 30–55 лет.

Вся выборка была разделена на три подгруппы, из которых две группы экспериментальные, а одна контрольная:

1) первую группу составили мужчины и женщины со стабильной / нестабильной стенокардией (начальная стадия ишемической болезни сердца) – 30 человек;

2) вторую – мужчины и женщины, перенесшие инфаркт миокарда с хирургическим и без хирургического вмешательства – 43 человека;

3) третью – мужчины и женщины без признаков ишемической болезни сердца – 45 человек.

Третья подгруппа была контрольной.

В результате первичной обработки данных исследования получены результаты, приведенные в табл. 1–18 (данные по первой, второй и контрольной группе приведены в табл. 1–6, 7–12 и 13–18 соответственно).

По результатам исследования с помощью методики Мини-мульти, у мужчин и женщин, страдающих ишемической болезнью сердца, причем как в группе со стабильной / нестабильной стенокардией, так и в группе с инфарктом миокарда без хирургического и с хирургическим вмешательством, выявлено достоверное повышение уровня шкал так называемой невротической триады (1-я, 2-я, 3-я шкалы) по сравнению с контрольной группой, что свидетельствует о выраженном эмоциональном дискомфорте, трудностях адаптации, внутренней дисгармонии, блокаде мотивированного поведения. При этом доля мужчин с выраженными изменениями профиля личности в первой экспериментальной группе составила 35,18%, женщин – 41,67%; во второй экспериментальной группе доля мужчин равна 57,59%, женщин – 45,42%, а в контрольной группе – 26,39 и 27% соответственно.

Анализ усредненного профиля личности во всех группах показал, что наиболее высокими оказались значения шкал ипохондрии и соматизации тревоги, тревоги и депрессивных тенденций, истерии (эмоциональной лабильности, вытеснения тревожащих факторов), психопатии и психастении, а также отмечено снижение по шкале гипомании. При этом во второй группе отмечались более выраженные изменения средних показателей указанных шкал.

Таким образом, полученные результаты показывают, что наиболее характерными особенностями психического статуса мужчин и женщин, страдающих ишемической болезнью сердца, являются: доминирование беспокойства по поводу физического здоровья, повышенное внимание к соматическим ощущениям, постоянная напряжен-

Таблица 1

Уровень субъективного контроля

Тип локуса	Кол-во мужчин	В процентах	Кол-во женщин	В процентах
Внешний	4	22,22	2	16,67
Внутренний	13	72,22	10	83,33
Смешанный	1	5,55	0	0

Таблица 2

Подверженность стрессу

Уровень стресса	Кол-во мужчин	В процентах	Кол-во женщин	В процентах
Высокий	3	16,67	1	8,33
Выше среднего	13	72,22	7	58,33
Умеренный	2	11,11	4	33,33
Легкий	0	0	0	0

Таблица 3

Тип поведенческой активности

Тип поведенческой активности	Кол-во мужчин	В процентах	Кол-во женщин	В процентах
Тип «А»	8	44,44	5	41,67
Тип «АБ»	6	33,33	4	33,33
Тип «Б»	4	22,22	3	25

Таблица 4

Тревожность

Ситуативная тревожность	Кол-во мужчин	В процентах	Кол-во женщин	В процентах
Высокая	6	33,33	5	41,67
Низкая	4	22,22	2	16,67
Умеренная	8	44,44	5	41,67
Личностная тревожность	Кол-во мужчин	В процентах	Кол-во женщин	В процентах
Высокая	6	33,33	5	41,67
Низкая	2	11,11	1	8,33
Умеренная	10	55,55	6	50

Таблица 5

Акцентуации характера

Акцентуация	Муж.		Жен.	
	кол-во	%	кол-во	%
Гипертимность	8	44,44	7	58,33
Дистимичность	2	11,11	2	16,67
Циклотомность	2	11,11	1	8,33
Эмоциональность	5	27,77	4	33,33
Демонстративность	2	11,11	1	8,33
Застывание	8	44,44	9	75
Педантичность	0	0	3	25
Тревожность	5	27,77	6	50
Возбудимость	12	66,66	7	58,33
Экзальтированность	10	55,55	2	16,67

Таблица 6

Мини-мульти

Шкала	Муж.		Жен.	
	кол-во	%	кол-во	%
Ипохондрия	10	55,55	6	50
Депрессия	6	33,33	5	41,67
Истерия	3	16,66	4	33,33
Психопатия	2	11,11	1	8,33
Паранойяльность	1	5,55	2	16,67
Психастения	6	33,33	4	33,33
Шизоидность	1	5,55	2	16,67
Гипомания	1	5,55	0	0

Таблица 7

Уровень субъективного контроля

Тип докуса	Кол-во мужчин	В процентах	Кол-во женщин	В процентах
Внешний	7	28	5	27,78
Внутренний	16	64	12	66,67
Смешанный	2	8	1	5,56

Таблица 8

Подверженность стрессу

Уровень стресса	Кол-во мужчин	В процентах	Кол-во женщин	В процентах
Высокий	3	12	6	33,33
Выше среднего	11	44	7	38,89
Умеренный	10	40	4	22,22
Легкий	1	4	1	5,56

Таблица 9

Тип поведенческой активности

Тип поведенческой активности	Кол-во мужчин	В процентах	Кол-во женщин	В процентах
Тип «А»	13	52	10	55,56
Тип «АБ»	11	44	6	33,33
Тип «Б»	1	4	2	11,11

Таблица 10

Тревожность

Ситуативная тревожность	Кол-во мужчин	В процентах	Кол-во женщин	В процентах
Высокая	9	36	9	50
Низкая	3	12	1	5,56
Умеренная	13	52	2	11,11
Личностная тревожность	Кол-во мужчин	В процентах	Кол-во женщин	В процентах
Высокая	10	40	12	66,67
Низкая	2	8	1	5,56
Умеренная	13	52	5	27,78

Таблица 11

Акцентуации характера

Акцентуация	Муж.		Жен.	
	кол-во	%	кол-во	%
Гипертимность	10	40	12	66,67
Дистимичность	5	20	4	22,22
Циклотомность	5	20	3	16,67
Эмоциональность	5	20	7	38,89
Демонстративность	3	12	5	27,78
Застывание	8	32	8	44,44
Педантичность	0	0	2	11,11
Тревожность	8	32	8	44,44
Возбудимость	11	44	9	50
Экзальтированность	6	24	4	22,22

Таблица 12

Мини-мульти

Шкала	Муж.		Жен.	
	кол-во	%	кол-во	%
Ипохондрия	18	72	10	55,56
Депрессия	18	72	9	50
Истерия	7	28	5	27,78
Психопатия	18	72	11	61,11
Параояльность	1	4	3	16,67
Психастения	15	60	11	61,11
Шизоидность	4	16	2	11,11
Гипомания	0	0	0	0

Таблица 13

Уровень субъективного контроля

Тип локуса	Кол-во мужчин	В процентах	Кол-во женщин	В процентах
Внешний	2	8,33	0	0
Внутренний	19	79,17	19	90,48
Смешанный	3	12,5	2	9,52

Таблица 14

Подверженность стрессу

Уровень стресса	Кол-во мужчин	В процентах	Кол-во женщин	В процентах
Высокий	0	0	3	14,29
Выше среднего	15	62,5	9	42,86
Умеренный	6	25	8	38,10
Легкий	2	8,33	2	9,52

Таблица 15

Тип поведенческой активности

Тип поведенческой активности	Кол-во мужчин	В процентах	Кол-во женщин	В процентах
Тип «А»	8	33,33	6	28,57
Тип «АБ»	10	41,67	8	44,44
Тип «Б»	7	29,17	6	28,57

Таблица 16

Тревожность

Ситуативная тревожность	Кол-во мужчин	В процентах	Кол-во женщин	В процентах
Высокая	8	33,33	10	47,62
Низкая	2	8,33	2	9,52
Умеренная	15	62,5	8	38,10
Личностная тревожность	Кол-во мужчин	В процентах	Кол-во женщин	В процентах
Высокая	12	50	11	52,38
Низкая	0	0	1	4,76
Умеренная	12	50	9	42,86

Таблица 17

Акцентуации характера

Акцентуация	Муж.		Жен.	
	кол-во	%	кол-во	%
Гипертимность	12	50	11	52,38
Дистимичность	2	8,33	5	23,81
Циклотомность	3	12,5	7	33,33
Эмоциональность	5	20,83	6	28,57
Демонстративность	0	0	0	0
Застывание	6	25	7	33,33
Педантичность	1	4,17	2	9,52
Тревожность	3	12,5	6	28,57
Возбудимость	8	33,33	6	28,57
Экзальтированность	8	33,33	3	14,29

Таблица 18

Мини-мульти

Шкала	Муж.		Жен.	
	кол-во	%	кол-во	%
Ипохондрия	12	50	10	47,62
Депрессия	5	20,83	4	19,08
Истерия	2	8,33	3	14,29
Психопатия	0	0	1	4,76
Паранойяльность	0	0	4	19,08
Психастения	2	8,33	5	23,81
Шизоидность	1	4,17	5	23,81
Гипомания	0	0	0	0

ность, склонность к тревожным реакциям, сниженный фон настроения, пессимистическая оценка ситуаций и перспектив, пониженный уровень социальной активности, ограничение сферы общения в связи с соматическим неблагополучием, снижение продуктивности. Снижение средних значений по шкале гипомании отражает недостаток побуждений, пониженную самооценку, что в сочетании с постоянной потребностью в признании и высокой социальной ответственностью служит еще одним фрустрирующим фактором.

Необходимо отметить, что выявление профиля личности проводилось нами при обследовании уже заболевших людей, поэтому в этих условиях, возможно, неправомерно говорить о том, что выяв-

ленные черты провоцируют развитие заболевания. Как отмечалось и другими авторами, на этой основе возникает предположение, что наличие болезни также влияет на изменение личностной структуры.

Шкала самооценки тревоги Ч.Д.Спилбергера – Ю.Л.Ханина использовалась нами для исследования уровня тревоги как состояния, характеризующегося субъективно переживаемыми эмоциями напряжения, беспокойства, озабоченности в ответ на различные стрессоры, и уровня тревожности как свойства человека реагировать на внешние раздражители состоянием тревоги, интенсивность которой не соответствует объективной опасности. Вследствие того, что личностная тревожность является фактором, облегчающим возникновение

реакции тревоги, эти два фактора тесно взаимосвязаны и коррелируют между собой.

Продемонстрирован неоднозначный уровень реактивной и личностной тревожности у мужчин и женщин экспериментальных и контрольной групп: в контрольной группе ситуативная тревожность равна 41,3 баллу, личностная – 44,3; в первой группе ситуативная тревожность – 40,93, личностная – 42; во второй группе ситуативная тревожность – 42,17, личностная – 42,07 балла.

Максимального значения уровень реактивной тревоги достиг в группе людей, перенесших инфаркт миокарда с хирургическим и без хирургического вмешательства. Данный факт позволяет предположить, что крайнее прогрессирование заболевания превращает личностную тревожность в непосредственный фактор усугубления патологических нарушений, т.е. складывается жесткий стереотип реагирования на психоэмоциональную нагрузку, что не характерно для остальных групп.

Достаточно интересными оказались результаты изучения типа поведенческой активности респондентов. В ходе анализа установлено, что "тип А" поведенческой активности у мужчин и женщин контрольной и экспериментальных групп имеет различную взаимосвязь: поведенческий "тип А" в контрольной группе и в первой группе имеет достоверную связь, а во второй группе – не имеет статистически значимой, достоверной связи. Причем такая корреляционная взаимосвязь отсутствует и между первой и второй группами. При этом доля мужчин с выраженным "типом А" в первой группе составила 44,44%, женщин – 41,67%, а в контрольной группе – 33,33% и 28,57% соответственно.

Полученные результаты подтверждают выводы Фридмана и Розенмана о том, что наиболее часто заболевают ишемической болезнью сердца (а именно: такой ее формой, как стабильная либо нестабильная стенокардия) лица с поведением, которое характеризуется постоянным стремлением к продвижению, склонностью к соперничеству, конкуренции, ускорением темпа жизни, т.е. лица с "типом А".

Что же касается отсутствия статистически значимой, достоверной связи между типом поведения в контрольной и второй экспериментальной группах, то следует предположить, что усугубление, прогрессирование заболевания (перенесение инфаркта миокарда с и без хирургического вмешательства) превращается в непосредственный фактор, изменяющий стереотип поведения с "типа А" на смешанный тип либо противоположный "тип Б", характеризующийся большей уравновешенно-

стью, умеренностью, меньшей приверженностью к вредным привычкам (курению, алкоголю), так как возрастает уровень тревоги (как реактивной, так и личностной) по поводу физического здоровья, соматических ощущений и т.п. Все это, в своей совокупности, усугубляет течение болезни и приводит к снижению активности, необходимости уменьшить физическую нагрузку, отказаться от стремления спешить, напрягаться и т.д.

По результатам исследования с помощью методики Шмишека – Леонгарда у мужчин и женщин трудоспособного возраста, страдающих ишемической болезнью сердца (как в группе со стабильной и нестабильной стенокардией, так и в группе с инфарктом миокарда с хирургическим и без хирургического вмешательства), выявлено достоверное повышение уровня шкал гипертимности, застревания, тревожности, возбудимости и экзальтированности, что свидетельствует о нарушениях в эмоциональной сфере, трудностях в межличностных отношениях, о внутреннем дискомфорте. При этом доля мужчин с выраженным повышением указанных шкал в первой группе составила 47,77%, женщин – 51,67%. Во второй группе доля мужчин равнялась 34,4, женщин – 45,55%, а в контрольной группе данные показатели составляют 30,8 и 31,43% соответственно.

Полученные результаты свидетельствуют о наличии в характере мужчин и женщин трудоспособного возраста, страдающих ишемической болезнью сердца, следующих особенностей: склонность к самоанализу и появлению навязчивых состояний, переоценка собственных возможностей, инициативность в конфликтных ситуациях, эмоциональная нестабильность, выраженная полярность в межличностных отношениях.

Нами была также использована шкала стресса, результаты которой оказались достаточно очевидными, свидетельствующими о взаимосвязи уровня пережитого стресса и развития ишемической болезни сердца. Так, по шкале "высокий уровень стресса" доля мужчин в первой группе составила 16,67%, женщин – 8,33%. Во второй группе эти показатели равны 12 и 33,33% соответственно. Очевидно, что указанный уровень стресса имеет половые различия: для мужчин трудоспособного возраста высокий уровень стресса более опасен, чем для женщин, в связи с возникновением стабильной / нестабильной стенокардии, а вот для развития инфаркта миокарда данный уровень стресса более опасен для женщин. По шкале "уровень стресса выше среднего" получены следующие результаты: в первой группе со стабильной и нестабильной стенокардией оказа-

лось 72,22% мужчин и 58,33% женщин. В группе с инфарктом миокарда доля мужчин равна 44%, а женщин 38,89%, что говорит об отсутствии половых различий в воздействии высокого уровня стресса на мужчин и женщин этой группы.

Остановимся на результатах исследования уровня субъективного контроля по выборочной совокупности. В двух экспериментальных группах, в сравнении с контрольной выборкой, выявлено достоверное повышение шкалы внешнего уровня контроля и одновременно понижение по шкале внутреннего контроля. Причем внутри экспериментальных выборок выявлена статистически значимая взаимосвязь указанных показателей. По шкале внутреннего уровня контроля в первой и второй экспериментальных группах получены следующие результаты: мужчины – 72,22%, женщины – 83,33% (первая группа), 64 и 66,67% (соответственно во второй группе). По шкале внешнего уровня контроля соотношение выглядит следующим образом: в группе со стабильной / нестабильной стенокардией процент мужчин равен 22,22, женщин – 16,67. Во второй группе с инфарктом миокарда доля мужчин равна 28, женщин – 27,78%. В контрольной группе показатели внутреннего уровня контроля – 79,17 и 90,48%, внешнего контроля – 8,33 и 0% соответственно.

Такие показатели свидетельствуют о том, что внутренний locus контроля является одним из обстоятельств, влияющих на развитие ишемической болезни у мужчин и женщин трудоспособного возраста, и имеет определенную динамику изменения, обусловленную половыми различиями, а также различными клиническими формами заболевания. Можно предположить, что люди с внутренним locus контроля, который характеризуется направленностью на себя и приписыванием причин всего происходящего в жизни себе, более подвержены данному заболеванию. По мере прогрессирования ишемической болезни сердца, развития ее отдельных клинических форм внутренний locus контроля изменяется и доминирующим становится внешний locus. Такое изменение можно объяснить следующими причинами. При возникновении и развитии заболевания люди, страдающие им, находят в нем "выгоду": внимание и заботу со стороны родственников, рекомендации врачей о снижении нагрузок и активности в повседневной жизни и т.д. Все это приводит к тому, что пациенты, страдающие ишемической болезнью, пытаются переложить ответственность за себя, свое здоровье на других людей (врачей, близких родственников).

Результаты проведенного исследования позволяют выделить психологические факторы, обус-

лавливающие развитие ишемической болезни сердца у мужчин и женщин трудоспособного возраста: объективный – воздействие высокого и выше среднего уровня стресса; субъективные – доминирование внутреннего локуса контроля, а также высокой личностной тревожности и поведенческой активности типа А. Что же касается акцентуаций характера и психопатологических изменений, то в их отношении неправомерно утверждать, что они являются непосредственными факторами ишемической болезни сердца (в большей степени они являются результатом данного заболевания).

Нами был осуществлен факторный анализ с помощью программы STATISTIKA 6. Применялись критерий тенденций Джонкира для выявления различий в уровне исследуемого признака, критерий Кайзера для отбора наиболее значимых факторов и метод нормализованного варимакса, что позволило выделить и ранжировать факторы риска возникновения и развития ишемической болезни сердца у людей трудоспособного возраста. Судя по полученным данным, первое место занимает внутренний фактор – высокий уровень личностной и ситуативной тревожности; второе место – внешний фактор, сопряженный с воздействием стресса в жизни; третье – внутренний locus контроля; четвертое – склонность к ипохондрии, депрессии, истерии, психопатии, психастении и шизоидности как акцентуации характера; пятое – склонность к экзальтированности в совокупности с ипохондрией и истероидностью; шестое – склонность к застреванию; седьмое – доминирование психастении, шизоидности; восьмое – выраженность в характере эмоциональности и циклотимности; девятое – склонность к депрессивным состояниям; десятое – выраженность в характере циклотимности, дистимичности.

На полученные результаты можно опираться при создании программ психологической профилактики и психологической коррекции для пациентов с ишемической болезнью сердца. При этом в коррекционной работе усилия необходимо направлять, с одной стороны, на изменение психологических реакций (на стресс, внутреннюю картину болезни), стиля жизни, отношений в семье и т.п.; с другой стороны – на устранение факторов, способствующих прогрессированию ишемической болезни сердца (избыточная масса тела, курение, низкая физическая активность и т.д.).

Первое направление коррекционной работы предполагает преимущественно поддерживающий или рациональный (разъясняющий) характер. При этом решаются задачи снижения уровня стресса, связанного с манифестацией или обострением

сердечно-сосудистой патологии, придания личностного смысла лечебному процессу, а также элементов коррекции медицинского поведения.

Психокоррекционная работа проводится в соответствии с представленной структурой внутренней картины болезни: при ее гипернозогностическом типе воздействие на первом этапе адресовано ведущей эмоциональной модальности реагирования и включает элементы поддерживающей психокоррекции, направленные на редукцию чувства страха, отчаяния и беспомощности. На втором этапе становится возможной коррекция катастрофического образа болезни путем подключения элементов рационально-разъяснительной работы, направленной на убеждение пациента в гипертрофированности его опасений, смещение фокуса внимания с симптомов ишемической болезни на перспективы улучшения состояния. Заключительным этапом психокоррекционного процесса в этой ситуации является формирование более адекватной позиции пациента по отношению к заболеванию посредством проведения когнитивно-бихевиоральной коррекции, ориентированной на выработку позиции соучастия в процессе лечения, адекватных самостоятельных действий в ситуации ухудшения состояния.

При гипонозогностическом типе внутренней картины болезни психокоррекционная работа на первом этапе направлена на модификацию позиции пациента по отношению к ишемической болезни сердца с целью разрушения гипертрофированных представлений о возможности самостоятельного контроля над симптомами. Второй этап психокоррекции направлен на реструктуризацию ведущей модальности реагирования. При этом используется метод рационально-разъяснительной работы, сопровождающейся достаточно полным информированием о механизмах возникновения и развития ишемической болезни сердца. Психокоррекционная работа на третьем этапе нацелена на формирование у пациента образа ишемической болезни сердца как серьезного заболевания, потенциально опасного для жизни, и осуществляется также с использованием когнитивно-бихевиоральных техник.

Итак, психокоррекционная программа, направленная на снижение влияния факторов, обуславливающих развитие ишемической болезни сердца, включает в себя: увеличение объема знаний о главных причинах возникновения заболевания; обучение пациентов принципам рациональных дозированных физических тренировок, правильного питания, а также принципам физиологической и психологической релаксации.

Предметом особой заботы и внимания специалистов является стремление довести информа-

цию профилактического плана до всей семьи пациента, изменить стиль жизни ее членов и тем самым предупредить возможность возникновения в этом микросоциуме новых случаев заболеваний сердечно-сосудистой системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сидоренко, Г.И. Перспективные направления кардиологической профилактики в Республике Беларусь / Г.И.Сидоренко // Медицинские новости. – 2007. – №9. – С.41–43.
2. Александер, Ф. Психосоматическая медицина / Ф.Александр. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2006. – 336 с.
3. Dunbar, F.H. Psychosomatic diagnosis / F.H.Dunbar. – New York, London, 1948.
4. Friedman, M. Association of Specific Overt Behaviour Pattern with blood and Cardiovascular Findings / M.Friedman, R.H.Rosenman // JAMA. – 1959. – No.169. – P.1286–1296.
5. Rosenman, R.H. The Role of Personality and Behavior Patterns in the Genesis of Coronary Heart Disease / R.H.Rosenman // Journal of the American Medical Women's Association. – 1965. – No.20. – P.161–167.
6. Rosenman, R.H. Coronary Heart Disease in Western Collaborative Group Study. Final follow-up experience of 8 1/2 years / R.H.Rosenman, R.H.Brand, C.D.Jenkins et al. // JAMA. – 1975. – V.233, No.8. – P.872–877.
7. Rosenman, R.H. Coronary Heart Disease in the Western Collaborative Group Study / R.H.Rosenman, M.Friedman, R.Straus et al. // JAMA. – 1966. – Vol.195, No.2. – P.82–88.
8. Губачев, Ю.М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений / Ю.М.Губачев и др. – Л.: Медицина, 1981. – 216 с.
9. Олиферко, Н.П. Психофизиологические изменения у больных инфарктом миокарда на стационарном этапе лечения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н.П.Олиферко. – М., 1994. – 25 с.

RISK FACTORS OF ISCHEMIC HEART DISEASE AMONG ABLE-BODIED POPULATION OF GOMEL REGION: SOCIO-PSYCHOLOGICAL FEATURES AND METHODS OF PSYCHO-CORRECTIVE EFFECT

A.L.Lopatina, T.M. Sharshakova, G.V.Gatalskaya

Socio-psychological factors, resulting in the development of ischemic heart disease, were analyzed in the article. Mechanisms of the psychic sphere effect on the onset and development of the disease were determined. Among them, special attention was paid to personal features of a patient. As a result of this study risk factors of ischemic heart disease among able-bodied population of Gomel region were defined more precisely. Psycho-preventive and psycho-corrective recommendations were given.

Поступила 10.06.2009 г.

