

## ТИПЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РЕАГИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

©2011 Н.И.Мельченко, А.Н.Краснов, Н.Ю.Кувшинова

Самарский государственный медицинский университет

Статья поступила в редакцию 01.12.2010

В статье подчеркнута значимость комплексного подхода к лечению и профилактике ишемической болезни сердца, представлены результаты факторного анализа данных психодиагностического исследования больных ИБС.

Ключевые слова: психологические особенности, ишемическая болезнь сердца, качество жизни, факторный анализ.

Присущая современному человеку «хроническая» погоня за успехом способствует формированию стрессогенного стиля жизнедеятельности, что рано или поздно приводит к нарушению работы адаптационных механизмов личности, и, как следствие, к развитию болезней адаптации, соматоформным расстройствам, большим психосоматозам<sup>1</sup>. Традиционно к психосоматическим заболеваниям принято относить ишемическую болезнь сердца (ИБС), которая на сегодняшний день продолжает удерживать первенство среди всех заболеваний сердечно-сосудистой системы<sup>2</sup>.

Многие клиницисты стараются опровергнуть важную роль психогенных факторов в происхождении ИБС и их влияние на клиническую картину, другие исследователи, напротив, связывают рост ишемической болезни с распространенностью стресса и депрессии среди населения, обусловленных экономической и социальной нестабильностью<sup>3</sup>. Согласно данным ФГУ ГНИЦ, профилактической медицины, которые приводят

Г.В.Погосова и соавт. (2010), в настоящее время 13 млн. трудоспособного населения РФ страдает ИБС, из них 2 – 3% ежегодно переносят инфаркт миокарда<sup>4</sup>. Обозначенные выше факты заставляют более тщательно анализировать причины возникновения ИБС, обращаться к разнообразным методам лечения и профилактики, задействуя с этой целью интегративную (холистическую) модель болезни, учитывающую весь спектр разнообразных отношений между организмом и окружающей средой, между биологическими, психическими, социальными и духовными процессами<sup>5</sup>. Суть холистической модели во многом отражает понятие «качество жизни». В проведенном нами ранее исследовании было доказано, что качество жизни (КЖ) больных ИБС далеко не всегда определяется характером клинического течения заболевания – удовлетворенность жизнедеятельностью во многом обусловлена их психологическим статусом, в частности, особенностями личности больных<sup>6</sup>.

Описанию психологических особенностей пациентов с коронарной патологией посвящены многочисленные работы (F.H.Dunbar, 1948; M.Friedman, R.Rosenman, 1960; Ю.М.Губачев, 1975; 1978; И.К.Шхвацабая 1975; С.Д.Jenkins, 1982; С.Д.Положенцев, Д.А.Руднев, 1990; В.А.Петровский, В.К.Калиненко, 1996; И.А.Мелентьев, 1994; 2008; В.М.Провоторов и соавт.,

<sup>0</sup> Мельченко Наталья Игоревна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой медицинской психологии и психотерапии. E-mail: [info@samsmu.ru](mailto:info@samsmu.ru)  
Краснов Александр Никодимович, кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой педагогики, психологии и психолингвистики, декан факультета повышения квалификации преподавателей. E-mail: [ankrasnoz@mail.ru](mailto:ankrasnoz@mail.ru)  
Кувшинова Наталья Юрьевна, преподаватель кафедры педагогики, психологии и психолингвистики, медицинский психолог. E-mail: [natalysmg@mail.ru](mailto:natalysmg@mail.ru)

<sup>1</sup> Бухтяров О.В., Самарин Д.В. Единство психики и тела: концепция доминанты жизненной цели // Мир психологии. – 2010. – №3. – С.210-220; Социальный стресс и психическое здоровье / Под ред. академика РАМН проф. Т.Б.Дмитриевой и проф. А.И.Воложина. – М.: 2001.

<sup>2</sup> Фатенков В.Н. Внутренние болезни. В 2-х тт. Том I. Ч. 1. Заболевания сердечно-сосудистой системы. – М.: 2008.

<sup>3</sup> Tennant C. Work stress and coronary hearth disease // J.Cardiovasc. Risk. – 2000. – V.7, №4. – P.273-276; Погосова Г.В. Депрессия у кардиологических больных: современное состояние проблемы и подходы к лечению // Кардиология, 2004. – №4. – С.88 – 92.

<sup>4</sup> Погосова Н.В., Байчоров И.Х., Юферева Ю.М., Колтунов И.Е. Качество жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями: современное состояние проблемы // Кардиология. – 2010. – №4. – С.66 – 78.

<sup>5</sup> Бройтцгам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. / Пер с нем. Г.А.Обухова, А.В.Бруенка. – М.: 1999.

<sup>6</sup> Кувшинова Н.Ю. Психологические факторы, влияющие на удовлетворенность качеством жизни больных ишемической болезнью сердца // Мир психологии. – 2010. – №3. – С.221 – 231; Кувшинова Н.Ю. Оценка качества жизни больных ишемической болезнью сердца во взаимосвязи с эмоционально-личностными характеристиками // Известия Самарского научного центра РАН. – 2010. – Т 12. – №3 (2). – С.397 – 401.

2001; В.В.Плотников, А.В.Завьялов, 2002; А.Б.Смулевич и соавт., 2005; В.И.Симаненков и соавт., 2008; А.А.Великанов, 2009; Г.В.Погосова, 2004; 2008; 2010 и др.). Однако в литературе мы нередко встречаем противоположные характеристики психотипов данного контингента больных. Это можно объяснить сочетанием разнообразных условий, влияющих на изменение психической деятельности и системы отношений личности под влиянием болезни, в том числе и особенностями соматического состояния пациента. Данный аспект особенно важен, когда речь идет о разработке системы реабилитационных мероприятий для пациентов с ИБС, необходимым составляющим звеном которых являются психокоррекция и психотерапия<sup>7</sup>. В связи с этим задачами нашего исследования явились структурирование результатов, полученных в ходе диагностики психологического статуса больных ИБС, и установление сопряженности выявленных психологических характеристик с особенностями клинического течения заболевания и уровнем удовлетворенности КЖ.

*Выборка и методы исследования.* Нами было проведено изучение психологических характеристик и качества жизни 127 больных ишемической болезнью сердца с диагнозами: 1. ИБС стабильная стенокардия напряжения второго (группа 1А) и третьего (группа 1Б) функциональных классов (ф.кл.) и 2. ИБС, постинфарктный кардиосклероз, стабильная стенокардия напряжения 2 (группа 2А) и 3 (группа 2Б) функциональных классов. Все респонденты прошли обследование при помощи психодиагностических методик (16-факторный личностный опросник Кеттелла, интегративный тест тревожности, шкала депрессии Гамильтона, опросник «Тип отношения к болезни», опросники изучения межличностных отношений, объяснительных стилей). Для целостного отражения результатов психодиагностики и выявления скрытых корреляций между полученными данными мы их подвергли факторному анализу, который был проведен по методу главных компонент с вращением Varimax Normalization. Расчет производился с использованием пакета прикладных программ SPSS 11,5.

*Полученные результаты.* Факторный анализ позволил выделить 6 основных факторов, объясняющих 66,7% дисперсии. *Фактор 1* (описывает 20,4% дисперсии) включил шкалы: самоконтроль (Q3; -0,805), экспрессия в межличностных отношениях (NO; 0,722), уступчивость (IK; 0,683), неуверенность (HI; 0,669), низкое чувство долга (G; -0,630), социальное избегание (FG; 0,617), зависимость от группы (Q2; -0,590), заботливость (LM; 0,573). Недостаточный самоконтроль у

данного контингента больных проявляется преимущественно в сфере межличностных отношений, также как и низкое чувство долга, дезорганизованность, безответственность. Исследовательский интерес представляет сочетание указанной личностной характеристики (G-) с конформизмом (Q2-), поскольку наиболее часто групповая зависимость сопряжена с высоким чувством долга, добросовестностью и моральной ответственностью перед членами группы, принятием общегрупповых норм и ценностей. Обращают на себя внимание и противоречивые тенденции особенностей межличностных отношений, представленные в данном факторе как сочетание экспрессивности и заботливости со шкалой социального избегания, что, по сути, отражает совершенно противоположную направленность межличностного взаимодействия.

Характеризуя данный фактор, можно говорить о том, что пациентам сложно сохранять нейтральную эмоциональную позицию по отношению к другим людям, они стремятся демонстрировать открытость в общении (экспрессия), которая, скорее всего, носит формальный характер, испытывают трудности в том, чтобы кому-то отказать в просьбе из-за боязни обидеть окружающих (уступчивость), стремятся не обнародовать свои желания и потребности, тщательно скрывают агрессию и раздражительность, им сложно вести себя уверенно и решительно (неуверенность), заводят новые контакты, знакомиться с новыми людьми (социальное избегание), выдвигать собственные требования и соблюдать свои интересы при общении из-за высокого желания понравиться окружающим (заботливость). Возможно, у пациентов имеется внешняя установка на открытость, уступчивость, стремление понравиться, принять групповые нормы, но их внутренняя позиция такова, что они боятся истинной открытости, испытывают страх перед сближением с другими людьми и свободным выражением своих чувств, боятся брать ответственность на себя за кого-либо и что-либо. При этом внешняя уступчивость обусловлена неуверенностью, а демонстрация согласия вовсе не означает, что обещание будет выполнено. Исходя из содержания выделенных шкал, мы назвали фактор 1 «Компетентность в межличностных отношениях». Составляющие фактор шкалы свидетельствуют о недостаточной коммуникативной компетентности больных ИБС.

*Фактор 2* (объясняет 12,9% дисперсии) включил преимущественно типы отношения к болезни: тревожный (0,702), меланхолический (0,702), неврастенический (0,684), апатический (0,663), ипохондрический (0,568). Отрицательный полюс фактора был представлен гармоничным (-0,742), эргопатическим (-0,686) и анозонозическим (-0,518) типами отношения к заболе-

<sup>7</sup> Шхвацабая И.К. Ишемическая болезнь сердца. – М.: 1975.

ванию. Кроме этого, в фактор вошли показатель депрессии (0,523) и интегральный показатель ситуативной тревожности (0,498). Данный фактор получил название «Влияние уровня осознания болезни на эмоциональное состояние».

В фактор 3 (11,2% дисперсии) вошли шкалы, характеризующие особенности межличностных отношений: конкурентность (BC; 0,734), холодность (DE; 0,670), автократичность (PA; 0,490), уступчивость (IK; -0,467), заботливость (LM; -0,436); дисфорический (0,543) и паранойяльный (0,408) типы отношения к болезни; такие личностные особенности как доминантность (E; 0,670), фрустрированность (Q4; 0,557), подозрительность (L; 0,548), радикализм (Q1; 0,456). Данный фактор отражает взаимосвязь типов отношения к болезни с личностными чертами и особенностями интерперсонального взаимодействия. В противоположность фактору 1, содержание шкал, входящих в фактор 3, указывает на то, что среди больных ИБС имеются лица, которые стремятся к независимости, склонны оказывать давление на окружающих и манипулировать ими, стремятся контролировать свое окружение, проявляют агрессию (автократичность), склонны не доверять другим людям, часто провоцируют споры и конфликты (конкурентность), скрывают собственные чувства, склонны не принимать на себя обязательства в отношении других, предпочитают держаться с окружающими «эмоциональную дистанцию» (холодность).

Модель восприятия заболевания у данных пациентов такова, что они довольно часто демонстрируют озлобленность и агрессивность по отношению к окружающим, склонны винить в своей болезни других, требуют к себе особого внимания, чрезмерно подозрительны по отношению к процедурам, поведению медицинского персонала, могут выдвигать необоснованные обвинения в адрес окружающих с последующим требованием наказания. Подобное поведение во многом обусловлено личностными чертами больных – доминантностью, излишней защитой, настороженностью по отношению к людям, раздражительностью, эмоциональной напряженностью, фрустрированностью, склонностью к свободомыслию, недоверием авторитетам. Поскольку фактор включил преимущественно особенности поведения в ситуации межличностного общения, типы отношения к болезни с интерпсихической направленностью, личностные особенности, характеризующие социально-психологические свойства индивида, мы назвали данный фактор «Напряженность в межличностном общении».

Фактор 4 (9,2% дисперсии) включил такие личностные особенности как экспрессивность (F; 0,665), общительность (A; 0,638), эмоциональная уравновешенность (C; 0,625), смелость (H;

0,622), уверенность в себе (O; -0,595), интеллектуальные способности (B; 0,512). Положительная нагрузка на данный фактор позволяет охарактеризовать респондентов как эмоционально устойчивых, уверенных в себе, открытых, общительных, проявляющих активность в установлении как межличностных, так и социальных контактов, решительных, социально смелых, склонных к оправданному риску, аналитически мыслящих. В целом, приведенные социально-психологические особенности описывают экстравертированную направленность личности, в связи с чем данный фактор получил названием «Экстраверсия».

Фактор 5 (7,9% дисперсии) включил эгоцентрический (0,553) и сензитивный типы отношения к болезни (0,553), дипломатичность в общении (N; 0,669). Анализируя содержание перечисленных шкал, можно предположить, что дипломатичность является важной составляющей интерперсонального поведения пациентов как в случае озабоченности возможным неблагоприятным впечатлением на других людей сведениями о болезни, так и в случае привлечения внимания окружающих к соматическому состоянию с целью демонстрации «исключительности» своего положения. Возможно, содержание данного фактора указывает на то, что пациентам с ИБС важно преподнести окружению болезнь «в нужном свете», при этом не лишив себя необходимого внимания и возможности получить социальную поддержку. Поскольку фактор 5 указывает на желание пациентов выстроить нужную им модель общения в ситуации заболевания, отражает установку больных на формирование у окружающих «правильного» восприятия их болезни и желаемого отношения к ним, данный фактор получил название «Озабоченность влиянием болезни на социальный статус».

Фактор 6 (5,1% дисперсии) включил шкалы ситуативной (0,441) и личностной тревожности (0,628), мягкость (I; 0,639). Характеризуя данный фактор, мы можем заметить, что такие черты как чувствительность, ранимость, утонченность восприятия окружающего мира, склонность к рефлексии, мечтательность, художественный склад личности, добросердечность по отношению к окружающим обуславливают легкость возникновения беспокойства и тревоги, которые в свою очередь обостряют ранимость и впечатлительность. Данный фактор получил название «Тревожность».

Таким образом, мы выделили преобладающие типы психологического реагирования, характерные для больных ишемической болезнью сердца. Далее нами было проведено изучение сопряженности выделенных факторов с особенностями клинического статуса и уровнем качества жизни больных ИБС. О клиническом состоянии мы су-

дили на основании диагноза, установленного врачом-кардиологом (группы пациентов были сформированы в соответствии с нозологическим критерием, который отражал степень тяжести соматического состояния); результаты диагностики КЖ позволили выделить три основных уровня удовлетворенности жизнедеятельностью больных ИБС – низкий (32,3 % больных), средний (53,5%) и выше среднего (14,2 %). Поскольку, согласно данным многочисленных исследований, депрессивные и тревожные расстройства у пациентов с ИБС являются одной из ведущих причин снижения качества их жизни, негативно влияют на комплайенс, осложняют прогноз, снижают трудоспособность<sup>8</sup>, дополнительно мы провели определение взаимосвязи выделенных факторов с преобладающим эмоциональным состоянием, взяв за основу результаты по шкале ситуативной тревоги и депрессии. Расчет был произведен с использованием методов дескриптивной статистики.

В результате было установлено следующее. Фактор 1 «Компетентность в межличностных отношениях» максимально выражен у пациентов группы 1Б, чуть меньше у больных группы 2Б ( $\chi^2=38,935$ ;  $p=0,000$ ), то есть достоверно преобладает у больных с 3-м функциональным классом стенокардии напряжения. Фактор в большей степени представлен у пациентов с ситуативной дезадаптацией по тревожному (83,3%) и по депрессивному (52%) типам. Данный фактор сопряжен с низкими и средними значениями интегрального показателя КЖ ( $\chi^2=17,288$ ;  $p=0,05$ ), доминирует у больных с низкой удовлетворенностью «Физической», «Психической» сферами, «Социальными отношениями» и средними значениями удовлетворенности по сфере «Уровень независимости».

Фактор 2 «Влияние уровня осознания болезни на эмоциональное состояние» в большей степени представлен в группе 2Б, чуть меньше – в группе 1Б ( $\chi^2=29,679$ ;  $p=0,000$ ). Фактор преобладает у пациентов с ситуативной дезадаптацией по тревожно-депрессивному (82,1%) и депрессивному типам (66%); у больных с гармоничным эмоциональным состоянием нагрузка на фактор очень низкая или отсутствует вовсе. Фактор несколько больше выражен у пациентов со средним и низким уровнем КЖ (сопряженность с уровнем КЖ недостоверна;  $\chi^2=8,617$ ;  $p=0,196$ ), доминирует у пациентов с низким и средним уровнями удовлетворенности «Физической сферой», с низким и высоким уровнями удовлетворенности «Психической сферой», со средними и низкими показате-

лями удовлетворенности по сфере «Уровень независимости» и высокой удовлетворенностью по сфере «Социальные отношения».

Фактор 3 «Напряженность в межличностном общении» наиболее выражен в группе 1Б, несколько меньше у пациентов группы 2А и слабо представлен у пациентов группы 1А ( $\chi^2=42,611$ ;  $p=0,000$ ). Сопряженность фактора с КЖ недостоверна ( $\chi^2=10,684$ ;  $p=0,099$ ). Не удалось выявить значимую взаимосвязь фактора и с ситуативным эмоциональным состоянием. Фактор максимально выражен у больных с низким уровнем удовлетворенности физическим функционированием, у пациентов с низкими и средними значениями по шкале «Уровень независимости», преобладает у больных с низкой удовлетворенностью «Социальными отношениями».

Фактор 4 «Экстраверсия» максимально представлен у пациентов группы 1А ( $\chi^2=17,046$ ;  $p=0,05$ ). Положительная нагрузка на данный фактор характерна преимущественно для лиц с гармоничным эмоциональным состоянием (67,3%). Фактор выражен у пациентов со средним и выше среднего уровнем КЖ ( $\chi^2=12,602$ ;  $p=0,05$ ) и слабо представлен у больных с низким уровнем КЖ, преобладает у лиц с высоким и средним уровнем удовлетворенности по «Физической» и «Психической» сферам, с высоким уровнем удовлетворенности «Социальными отношениями».

Фактор 5 «Озабоченность влиянием болезни на социальный статус» распределен приблизительно равномерно среди пациентов групп 1А, 1Б и 2Б ( $\chi^2=25,409$ ;  $p=0,03$ ). Сопряженность с эмоциональным состоянием и уровнем КЖ, как и в случае фактора 3, оказалась недостоверной. Данный фактор умеренно преобладает у пациентов со средним и низким КЖ ( $\chi^2=8,614$ ;  $p=0,196$ ). Фактор несколько больше выражен у тех респондентов, у кого диагностированы средний и низкий уровни удовлетворенности по «Физической» сфере, «Уровню независимости», а также у лиц со средним и высоким уровнем удовлетворенности по шкале «Социальные отношения».

Фактор 6 «Тревожность» максимально представлен у пациентов группы 2Б, несколько больше выражен у пациентов, перенесших инфаркт миокарда (ИМ); у пациентов без ИМ нагрузка на фактор преимущественно средняя ( $\chi^2=17,401$ ;  $p=0,04$ ). Фактор преобладает у 78,6% больных с тревожно-депрессивным состоянием и 50% больных с повышенным уровнем ситуативной тревожности. В группе больных с гармоничным эмоциональным состоянием на данный фактор приходится, в основном, отрицательная нагрузка (67,4% случаев). Фактор в большей мере представлен у больных со средним и низким уровнем КЖ ( $\chi^2=25,162$ ;  $p=0,000$ ), его выраженность вы-

<sup>8</sup> Mayou R.A., Gill D., Thompson D.R. Depression and anxiety as predictors of outcome after myocardial infarction // Psychosom. Med. – 2000. – Vol.60. – P. 627 – 636; Смуглевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю., Иванов С.В. Психокardiология. – М.: 2005.

сока у пациентов с низкой удовлетворенностью «Физической» и «Психической» сферами, с низкой и средней удовлетворенностью «Уровнем независимости», со средней и низкой удовлетворенностью «Социальными отношениями».

В ходе исследования нами были изучены характеристики атрибутивных стилей больных ИБС, влияние оптимистического и пессимистического стилей объяснения происходящих событий на удовлетворенность КЖ. Установлено, что достоверная сопряженность оптимизма и пессимизма с уровнями КЖ отсутствует. Показатели пессимизма несколько больше были представлены у пациентов с низким уровнем КЖ ( $\chi^2=9,348$ ;  $p=0,155$ ), характеристики оптимистического объяснительного стиля – у больных с интегральным показателем КЖ выше среднего ( $\chi^2=8,924$ ;  $p=0,217$ ). Достоверное преобладание показателей оптимизма выявлено у пациентов без ИМ в анамнезе (группы 1А и 1Б;  $\chi^2=31,879$ ;  $p=0,000$ ). Взаимосвязь данного фактора с эмоциональным статусом также оказалась достоверной – оптимистическое объяснение действительности было присуще преимущественно респондентам с гармоничным эмоциональным состоянием ( $\chi^2=20,399$ ;  $p=0,05$ ). Наряду с этим характеристики объяснительных стилей, отражающие пессимистические тенденции, статистически значимой сопряженности с клинической группой и эмоциональным фоном не обнаружили.

Подводя итоги проведенной работы, мы можем обозначить следующее. У больных ИБС с высокими значениями КЖ сопряжен только фактор 4 «Экстраверсия», который преобладает в

группе 1А, т.е. у пациентов с наименьшими клиническими проявлениями заболевания, для которых также характерен оптимистический объяснительный стиль. С низким уровнем КЖ установлена достоверная сопряженность факторов 1 и 6. Оба фактора в большей мере представлены у больных с 3-м функциональным классом стенокардии напряжения (группы 1Б и 2Б). Предположительно, увеличение частоты возникновения болевых приступов в области сердца (при 3-м ф.кл. стенокардии доходит до 10-12 в день, при 2-м – до 5-ти) отражается не только на снижении уровня физической активности, но также способствует дезорганизации межличностного поведения, нарастанию тревожной симптоматики, что неминуемо приводит к снижению качества жизни.

*Заключение.* Полученные нами результаты позволяют выделить основные типы психологического реагирования пациентов с ИБС во взаимосвязи с клинической картиной заболевания, актуальным эмоциональным состоянием, уровнем удовлетворенности жизнедеятельностью, что открывает новые возможности для выбора тактики психокоррекционной работы с целью оптимизации психологического статуса и повышения качества жизни данного контингента больных. Важным в данном аспекте представляется организация дифференцированного подхода к психокоррекции для пациентов с различными диагнозами и различной степенью удовлетворенности жизнедеятельностью.

## PSYCHOLOGICAL REACTION TYPES OF CORONARY HEART DISEASE PATIENTS' DEPENDING ON CLINICAL PICTURES AND LIFE QUALITY

©2011 N.I.Melchenko, A.N.Krasnov, N.Y.Kuvshinova<sup>o</sup>

Samara State Medical University

The significance of the complex approach to treatment and preventive measures of coronary heart disease is pointed out in the article. The results of the factor analysis of psycho-diagnostic studies of coronary heart disease patients are given.

Keywords: psychological features, coronary heart disease, quality of life, factor analysis.

<sup>o</sup>Nataliya Igorevna Melchenko, D. Sc. in Medicine, Professor, Head of the Medical Psychology and Psychotherapy department.

E-mail: [info@samsmu.ru](mailto:info@samsmu.ru)

Alexander Nikodimovich Krasnov, Cand. Sc. in Medicine, Associate Professor, Head of the Pedagogy, Psychology and Psycholinguistics department, Dean of the Teachers' Professional Development faculty.

E-mail: [ankrasnov@mail.ru](mailto:ankrasnov@mail.ru)

Nataliya Yuryevna Kuvshinova, Teacher of the Pedagogy, Psychology and Psycholinguistics department, Medical Psychologist.

E-mail: [natalysmq@mail.ru](mailto:natalysmq@mail.ru)