

Агеенкова Е.К. Психологические факторы в развитии сердечно-сосудистых заболеваний – Психотерапия и клиническая психология. –2002.-№3(5). –С.19-23.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Е.К.Агеенкова, канд. психол. наук,  
доцент каф. психологии ФЭФ БГУ.

Положения, приведенные в данной статье основаны как на результатах собственных психологических исследований, осуществленных на эпидемиологической и на клинической моделях, а также на данных психофизиологических, клинических и клинико-эпидемиологических исследований, проводимых в социально-профилактической лаборатории и лаборатории артериальной гипертензии Института кардиологии МЗ БССР в 1978 - 1989 гг..

Всего обследовано около 1,5 тыс. человек. Для основного анализа была отобрана часть из них - здоровые и больные гипертонической болезнью (ГБ) и ишемической болезнью сердца (ИБС) без сопутствующих заболеваний.

В качестве методов психологического исследования применялись: ММРІ (сокращенный литовский вариант А.А.Гоштаутаса), методика исследования психологической активности (выявления поведенческих особенностей типа А и В), методики Розенцвейга, Айзенка, Люшера, тест вызванной символической проекции (вариант Ассаджолі). Для анализа данных использовались следующие методы статистической обработки данных: t-критерий Стьюдента, факторный анализ, корреляционный анализ. В последнем случае использовался оригинальный подход анализа данных математической обработки \1, 2\.

Основные результаты данного исследования заключались в следующем.

### **Отсутствие доказательств теории “профиля личности”.**

Необходимо отметить, что широко освещаемые в научных публикациях явные отличия личностных профилей больных и здоровых обнаруживались при исследовании лиц с определенным “стажем” заболевания. Напрашивается вывод, что выявленные психологические особенности могут быть не преморбидными по отношению к заболеванию, а лишь реакцией на него.

В нашем исследовании, основанном на эпидемиологической модели, была возможность выделить группу здоровых и по две группы больных ГБ и ИБС: 1)осведомленных о своем заболевании и 2)с впервые

обнаруженным заболеванием, где обследуемые не знали о том, что они больны. Исследования по тестам ММРІ и Айзенка указали на отсутствие различий между психологическими профилями здоровых и больных, не осведомленных о своем заболевании. Только лишь в группах больных, осведомленных о наличии у них заболевания выявлены характерные и известные по многим исследованиям повышения уровня невротизации и тревожности.

Для подтверждения наших данных можно привести также исследование Олиферко Н.П. [3], которая исследовала больных инфарктом миокарда (ИМ) с помощью теста ММРІ в первые дни после поступления их в клинику. Ею не обнаружено значимых различий психологических профилей данных больных и здоровых лиц. Лишь только соответствующие исследования, проведенные после двухнедельного лечения, указали на известные невротические изменения в их профиле личности.

Данные исследования ни в коей мере не отрицают наличия определенного психологического соматотипа, являющегося причиной заболевания. Однако мы можем утверждать, что широко освещаемые до сих пор в научных публикациях невротические проявления при психосоматических заболеваниях, выявленные у больных людей, не могут свидетельствовать о их преморбидности.

### **Тревожно-невротические проявления ГБ.**

Исследования больных ГБ в клинических условиях с применением как теста-опросника ММРІ, так и проективных методов: тестов Люшера и “Вызванная символическая проекция” (вариант Ассаджоли) - указали на противоречивость их результатов.

С одной стороны, результаты исследования по методике ММРІ, как и следовало ожидать, указали на значительное повышение уровней шкал невротической триады (1, 2, 3 шкалы), а также дополнительной шкалы тревожности у больных, проходящих лечение в стационаре по сравнению со здоровыми.

Однако же уровень тревожности, выявленный по методикам Люшера и Ассаджоли, у данных больных оказался ниже, чем у здоровых лиц. Такие же результаты мы получили и в условиях эпидемиологического исследования. Уровень тревожности, выявленный по методике Люшера у лиц, осведомленных о наличии у них ГБ, значительно ниже, чем у здоровых лиц.

На основании данных исследований можно сделать вывод, что наличие невротических особенностей в структуре личности больных ГБ может быть не преморбидным по отношению к заболеванию, а вызванным осознанием своей болезни, чему не в малой степени мог способствовать неправильный подход медицинских работников в процессе постановки диагноза и лечения заболевания. Как объективные методы исследования,

так и непосредственная работа с больными в стационарных и амбулаторных условиях позволяют склониться к мысли о том, что у больных присутствует некоторый неосознаваемый элемент привлекательности своей болезни. Они имеют возможность переложить заботу о своем здоровье на медицинских работников. При этом они снижают проявление воли и активность в поиске путей выздоровления. Вместе с этим необходимо должен снижаться и уровень тревоги.

Данный вывод не является новым. Эта особенность больного человека иногда описывается в медицинской литературе, но, обычно, игнорируется в психотерапевтической работе с ними. Так, М.И.Аствацауров \4\ употреблял термин “воля к болезни”, В.Д.Тополянский и М.В.Струковская \5\ определили ее как “моральную капитуляцию человека, отдающего себя болезни”, И.П.Павлов писал об “условной приятности или желательности болезненных симптомов”.

“Конверсионная пятерка”, обнаруживаемая, как правило, во всех исследованиях соматических больных с помощью теста ММРІ, интерпретируется как инфантильность, фиксация внимания на болезненных симптомах с потребностью описывать их окружающим и получать выгоду из своего болезненного состояния.

В наших исследованиях обнаружилось также еще некоторые особенности проявления невротизации.

Установлено, что у больных ГБ особенности личности имеют связь с одним из основных симптомов заболевания - головной болью. При большей выраженности последней растет уровень невротизации и тревожности. Связь алгического синдрома с уровнем невротизации отмечена также в исследованиях больных ГБ \ 6\ и больных ИБС \ 7, 8, 9, 10\ . В данном случае затруднительно определить, что первично - боль или невротизация, но несомненность данной корреляции намечает пути психокоррекционной работы сданными больными.

У больных ГБ как эпидемиологической так и клинической групп с выраженным уровнем невротизации и тревожности ниже эффективность гипотензивной терапии, чем у больных с нормальной личностной структурой. Данная закономерность выявлена также Т.А.Айвазян с соавт. при лечении больных ГБ \11\ и Р. Микялскасом - больных ИБС \12\.

### **Пролонгированность психоэмоционального стресса.**

В нашей работе был проведен анализ с учетом количественных критериев данных корреляционных взаимозависимостей психологических и физиологических параметров, зарегистрированных в различные периоды психофизиологической нагрузки, у здоровых лиц и больных ГБ как эпидемиологической так и клинической групп. Анализ показал, что для больных ГБ более значимо состояние эмоционального напряжения,

возникающее не столько во время нагрузки, а то которое возникает после него.

При непосредственной работе с больными удалось выяснить, что они относятся к категории долго помнящих и длительно переживающих людей. В условиях нашей клинической работы для уточнения дифференциальной диагностики эссенциальной и симптоматической гипертензии часто было достаточно уточнить особенности переживания жизненных неприятностей больными. Неспособность быстро восстановить эмоциональное равновесие характеризовало больных именно с артериальной гипертензией.

Это состояние, по аналогии с известным выражением “мыслительная жвачка”, можно назвать “эмоциональной жвачкой”. Гипертоники после любых событий, даже незначительных стрессовых ситуаций, мысленно проигрывают их заново, причем даже с большей эмоциональностью, чем первоначально. Причем, они имеют эффект “испорченной пластинки”: “об одном и том же..., об одном и том же...” Эти эмоциональные представления отражают индивидуальные личностные особенности и сопровождаются раздражительностью, мнительностью, страхом, самоосуждением либо гневливостью.

Данные представления у больных ГБ, по нашим наблюдениям, имеют три разновидности: а) вспоминается реальная негативная ситуация; б) представляется спор или выяснение отношений с воображаемым оппонентом, что наиболее характерно для мужчин; в) конструируются вероятные будущие неприятные события что свойственно для мнительных людей. Причем каждый новый “виток” таких представлений сопровождается обычно “уточнением” негативных деталей представляемых событий.

К тем же выводам пришли также В.Д.Тополянский и М.В.Струковская \5\, которые выявили при патологических состояниях “сверхбыстрое извлечение из памяти прошлого эмоционального опыта” и Я.Рейковский \13\, также обнаруживший, что сила эмоциональной реакции на стимул увеличивается со временем после окончания его действия.

Г.Ф.Ланг еще в 1947 году писал, что “в основе гипертонической болезни в ее первом периоде следует предполагать состояние патологической инертности или застойности процессов раздражения высших, регулирующих кровяное давление, нервных центров” \14, с.46\.

Мысленные, эмоционально окрашенные картины, вызывают такие же физиологические изменения как и реальные жизненные ситуации. Недаром во многих психофизиологических экспериментах, испытуемым вместо нагрузочных проб предлагают вспомнить происшествия, вызывающие неприятные воспоминания \15, 16\.

Фактом, подтверждающим пролонгированность действия стресса, у лиц предрасположенным к сердечно-сосудистым заболеваниям, является то,

что в большинстве случаев (до 95%) острые кризисные состояния возникают не в момент негативных событий, а спустя некоторое время - дни, недели, месяцы, а то и годы.

Следует отметить, что исследование состояния физиологических систем организма во время и после нагрузки также указывают на инерционность состояния стресса. Возбуждение обладает способностью длительно удерживаться как в центральной нервной системе, так и на биохимическом уровне даже после прекращения действия вызвавших его раздражителей \17, 18\.

На фоне именно такого последствия у лиц, предрасположенных к психосоматическим заболеваниям, легко возникает мысленное воспроизведение или данного негативного события или ассоциируемого с ним. Эти представления приводят опять к новой “встряске” физиологических систем. Таким образом мы наблюдаем замкнутый круг, постоянное поддерживание организма на уровне экстремального функционирования, которое, согласно теории стресса Г.Селье, необходимо должно привести к дисстрессу - патологическому срыву его деятельности.

Определение психологических характеристик, пролонгирующих состояние стресса, по нашим данным, была осуществлена только в экспериментальной биологии. Так, Э.Э.Звартау и Н.А.Паткина а также М.М.Козловская установили, что длительному следовому воздействию раздражения были подвержены животные, склонные к пассивно-оборонительному реагированию и занимающие подчиненное положение в группе. Животные лидирующего типа с активно-оборонительной реакцией после стрессорного воздействия не дают заметных следовых эффектов \19, 20\.

С позиций патогенного влияния негативных мысленных представлений можно рассматривать и поведение “типа А”, описанное Фридманом и Розенманом, и которое, по их данным, является преморбидным для сердечно-сосудистых заболеваний. Оно имеет в своем внешнем проявлении постоянную спешку, стремление к соревнованию \21\.

Мы установили, что у лиц с данным поведением имеет место мысленная готовность к предстоящим действиям, что и вызывает излишнюю их напряженность.

#### **Особенности психовегетативных отношений.**

Анализ интеркорреляционных взаимоотношений психологических и физиологических параметров с акцентом на их количественную оценку \1, 2\ позволил выявить еще одни существенные особенности психовегетативных соотношений у здоровых и больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. Данный аспект корреляционного анализа характеризует характер системных отношений двух подуровней живого организма - его психической и физиологической составляющих.

По мере развития болезней сердца и отягощения симптоматики (рассмотрены стадии Здоровье - ГБ - ИБС) наблюдается картина “распада” взаимосвязей психологических параметров между собой и усиление психосоматической зависимости.

Это указывает на то, что у здоровых эти два изучаемых уровня - психический и вегетативный являются относительно автономными. Вероятно, их психика как система имеет определенную самоорганизацию: то или иное психическое состояние обеспечивается в большей степени интрапсихическими процессами и мало зависит от уровня функционирования отдельных физиологических систем.

Усиление психосоматической зависимости у больных ГБ а затем и больных ИБС предполагает большую уязвимость обеих систем организма - психической и соматической. Любые тревожные состояния приводят к нарушению физиологического функционирования организма, а болезненные состояния тела неминуемо приводят к усилению тревоги.

Вопрос о тесной корреляции между психической и соматической системами у больных людей, по-видимому, впервые поставил М.И.Аствацауров, который еще в 1938 году писал: “Повседневные клинические наблюдения не оставляют никакого сомнения в том, что различные эмотивные состояния непосредственно (т.е. без участия сознания) включаются в качестве самостоятельного звена в цепь гормонально-вегетативной корреляции, превращающейся в *circulus vitiosus*, в котором соматические и психические элементы непосредственно переходят друг в друга” \4, с.310\.

Мне приходилось встречать недоумение и даже возражения по поводу нашего утверждения о том, что у здоровых “психическая и соматическая организация относительно автономны”. Однако оно, с нашей точки зрения, не является неожиданным, а, наоборот, вполне закономерным. Известно, что регуляция жизнедеятельности организма осуществляется спинальными и некоторыми подкорковыми церебральными структурами автономной нервной системы. Произвольная их регуляция в норме не возможна, т.к. внутренние органы и функциональные системы не представлены в моторных центрах коры, функции которой, как известно, связаны с высшей психической деятельностью в том числе и личностными процессами. Не является секретом и то, что головной мозг в норме обладает гемодинамической и гормональной ауторегуляцией, во многом отличной от таковых тела. В результате этого вегетативные корреляты эмоционального проявления у здорового человека разнообразны по силе и характеру физиологического проявления.

Патологическая перестройка функционирования организма при психосоматических заболеваниях, по нашему мнению, связана с утратой данной независимости в функционирования психической и соматической

организации или спинальной и церебральной частей центральной нервной системы. На это имеются следующие доказательства.

При артериальной гипертензии головной мозг теряет свою гемодинамическую автономию и показатели его мозгового кровотока становятся идентичными гемодинамике тела \22, 23\.

Изучение связей между изменениями электроэнцефалограммы и физиологическими сдвигами выявило, что у больных ГБ по сравнению со здоровыми выявляются более четкие корреляции \24\.

При синхронной записи в условиях мониторинга электроэнцефалограммы и электрокардиограммы у больных с заболеваниями сердца функционального и органического характера были обнаружены изменения функциональной активности мозга, совпадающие, предшествующие или вслед за нарушениями кардиограммы \25\.

На основании этих данных можно предположить, что при соматическом заболевании имеет место церебро-вегетативный резонанс, имеющий, вполне возможно, физическую природу.

Психологические корреляты данной психовегетативной зависимости, с нашей точки зрения заключаются в следующем.

При состоянии ипохондрии, обычно выраженном у больных соматическими заболеваниями, кроме внешних проявлений в виде жалоб на здоровье, во внутреннем психологическом состоянии имеет место фиксация внимания на функциях организма и постоянное “чувствование” больного органа или функции. Такое состояние В.А.Гиляровский определил как “доминирование в сознании <<образа соматического Я>>” \26\.

Такой концентрации внимания добиваются в некоторых видах психической саморегуляции для произвольной регуляции деятельности внутренних органов. У психосоматических больных, похоже, возникает тот же эффект и их сознание начинает вмешиваться в дела ему неподвластные - в регуляцию деятельности внутренних систем организма, в норме координируемые автономной нервной системой. Причем, еще раз отметим, неорганизованное сознание, склонное к состоянию тревоги и пролонгированию негативных эмоциональных состояний.

В связи с этим, отмеченная нами выше корреляция невротизации с алгическим синдромом и снижением терапевтического эффекта может быть объяснена как излишнее фиксация внимания на патологическом процессе, что способствует его “закреплению” в организме.

### **Гипертонус мышц как коррелят органной патологии.**

Наблюдения показали, что у психосоматических больных имеются выраженный гипертонус определенных участков трапецевидной мышцы спины, на которую, как известно проецируются, как правило, негативные

эмоции. У больных с длительным “стажем” заболевания наблюдается их гипертрофия, что приводит к изменению телесной конституции.

Таким образом, резюмируя данные наших исследований, можно сделать некоторые выводы о роли психологических факторов в развитии сердечно-сосудистых заболеваний. С нашей точки зрения наиболее значимые из них следующие.

1. Поддержание вегетативных систем организма на постоянном стрессовом уровне путем мысленных представлений негативных событий, что может согласно механизму стрессорного истощения привести его к функциональной болезненной перестройке.

2. Включение психической сферы в функционирование вегетативного звена организма, при этом она становится одним из его регуляторов. Причиной психосоматической взаимозависимости может быть высокая концентрация внимания на деятельности внутренних органов, которая протекает по принципу ипохондрической фиксации.

Выявленные закономерности позволили произвести выбор и совершенствование психокоррекционных методов как для профилактики, так и для сопутствующей терапии сердечно-сосудистых заболеваний.

#### Литература.

1. Агеенкова Е.К. Особенности психологической структуры личности и психосоматических соотношений у больных гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца (по материалам скрининговых исследований). - Автореф. канд. дисс. -Л., 1986. -С. 21.

2. Сидоренко Г.И., Борисова Г.С., Агеенкова Е.К. Психофизиологические аспекты кардиологических исследований. -Мн.: Беларусь. -142 с.

3. Олиферко Н.П. Психофизиологические изменения у больных инфарктом миокарда на стационарном этапе лечения. -Автореф. канд. дисс. . -Мн., 1994. -25 с.

4. Аствацауров М.И. Избранные работы. -Л.: Изд-во военно-мед. академии РККА, 1939. -438 с.

5. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. -М.: Медицина, 1986. -384 с.

6. Шхвацабая И.К., Юренев А.П., Айвазян Т.А. Влияние психологических и соматических факторов на симптоматику гипертонической болезни. -Кардиология. - 1982. -№ 6. -С.98-99.

7. Белякова Н.А. Психологические и клиничко-функциональные особенности больных постинфарктным кардиосклерозом. -Автореф. канд. дисс. -1983. -22 с.

8. Виноградов В.Ф. О значении психовегетативных нарушений в патогенезе атипичных болей у больных хронической ишемической болезнью сердца. \Актуальные вопросы изучения механизмов гомеостаза. -Каунас, 1983. -С.136-137.

9. Zaitsev V.P. Psychological Correlates of Some Cardiac Pain Syndrome of IHD. - Acta Medica Scand. -1982. -660. -P.95-102.

10. Nirikko O., Lauroma M., Siltanen P. et al. Psychological Risk Factors Rtlated to Coronary Heart Disease Prospective Studies Among Policemen in Helsinki. -Idd. -P.137-146.

11. Айвазян Т.А., Саленко Б.Б., Храмелашвили В.В. Немедикаментозное лечение гипертонической болезни. \Психиатрические и психологические аспекты сердечно-сосудистой патологии. -М., 1985. -С. 8-9.
12. Микялскас Р. Психосоматические соотношения у больных ИБС на санаторно-курортном этапе лечения. \Кардиология. -Каунас, 1984. -С.371.
13. Рейковский Я. Экспериментальная психология эмоций. -М.: Прогресс, 1979. - 392 с.
13. Ланг Г.Ф. Избранные труды. -М.: Медицина, 1975. -232 с.
14. Ланг Г.Ф. Гипертоническая болезнь и центральная нервная система. \ Избранные труды. - Л.: Медицина, 1975. -С. 37-53.
15. Ругявичус М.Б. Реакция сердечного ритма на эмоциональное воздействие и психологические особенности больных грудной жабой и нейроциркуляторной дистонией. \ Автореф. канд. дисс.. Л., 1981. -18 с.
16. Morgan W.P. Psychovetric correlates of respiration A review -Am. Ind. Hyg. Assoc. J. -1983. -V.44. -P.677-684.
17. Меерсон Ф.З. Адаптация, стресс и профилактика. -М.: Наука, 1981. -280 с.
18. Судаков К.В. О природе “застойного” возбуждения при эмоциональном стрессе как основы сердечно-сосудистых нарушений. -Кардиология. -1983. № 4. -С. 10-16.
19. Звартау Э.Э, Паткина Н.А. Система “наказания” и “награды” как детерминаторы эмоционально-стрессовых реакций и антистрессорного воздействия.\ Модели и методы изучения экспериментальных эмоциональных стрессов. -Волгоград, 1977. -С.114-116.
20. Козловская М.М. Роль особенностей эмоционально-поведенческого реагирования в развитии поведенческих и вегетативных нарушений при стрессе. Там же. -С.147-149.
21. Friedman M., Rosenman R.H. Association of Specific Overt Behaviour Pattern with blood and Cardiovascular Findings. -JAMA. -1959. -169. -P.1286-1296.
22. Зеликсон Б.Б. Особенности мозгового кровотока при изменении АД. - Физиологический журнал СССР. -1973. -№ 4. -С.613-620.
23. Мchedlishvili Г.И. Спазм артерий головного мозга. -Тбилиси: Мецниереба, 1977. -181 с.
24. Соколов Е.И., Белова Е.В. Соотношение электроэнцефалографических показателей у больных гипертонической болезнью I-II стадий в условиях эмоционального напряжения. -Журнал невропат. и психиатр. - 1978. -№1. -С.41-48.
25. Агапов А.А., Соловьева И.В., Бобров А.Е. и др. Одновременное возникновение энцефалографических и электрокардиографических изменений у больных с вазоспастической стенокардией. -Кардиология. -1986. -№ 11. -С.104-105.
26. Гиляровский В.А. Избранные труды. -М.: Медицина, 1973. -328 с.