

Эмоциональные, поведенческие, личностные факторы в патогенезе ишемической болезни сердца: исторические и современные аспекты с позиции кардиолога

И.А.Телкова, А.Н.Репин

ГНИИ Кардиологии Томского научного центра СО РАМН, Томск

Emotional, behavioral, and personal factors in coronary heart disease pathogenesis: historic and modern aspects from cardiologist's point of view

I.L. Telkova, A.N. Repin

Research Institute of Cardiology, Tomsk Scientific Center, Siberian Branch, Russian Academy of Medical Sciences, Tomsk

В обзоре представлены результаты исследований роли психоэмоциональных, поведенческих и личностных факторов в патогенезе ишемической болезни сердца (ИБС) с точки зрения клинического кардиолога. Рассматриваются вероятные механизмы и их значимость в развитии и клинических проявлениях ИБС в сравнении с пациентами, страдающими расстройствами тревожно-депрессивного спектра при психогениях.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, личностные особенности, дистимии, эмоциональный стресс.

The review presents the results of the studies on psycho-emotional, behavioural, and personal factors' role in coronary heart disease (CHD) pathogenesis, from clinical cardiologist's point of view. Possible mechanisms and their impact on CHD pathogenesis are discussed, in comparison to anxiety and depression disorders in psychogenic pathology.

Key words: Coronary heart disease, personal traits, dysthymias, emotional stress.

Введение

В последние годы возрос интерес к психологическим аспектам ишемической болезни сердца (ИБС) и эссенциальной артериальной гипертензии (ЭАГ) как факторам, которые могут способствовать их развитию [4,15,17,22]. Совместными усилиями кардиологов, психиатров и психологов предпринимаются попытки разобраться в иерархии этих причинно-следственных взаимосвязей [7,9,20,24]. Следует отметить, что благодаря сближению этих относительно близких, но длительно разобщенных наук, достигнут определенный консенсус. Признан факт, что наблюдаемые у кардиологических больных эмоциональные расстройства (ЭР) тревожного

и депрессивного спектра (РТДС) имеют «пограничный» характер [1,15,17,18,20], а также, что в механизмах их формирования при психических и кардиологических заболеваниях много общего [1,7,13,16-18,20]. В соответствии с этой концепцией предлагаются подходы к предупреждению развития и своевременной, эффективной коррекции тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) у кардиологических больных [1,14,15,18]. Однако в этой деликатной области медицинских знаний, касающейся своевременной коррекции ТДР у кардиологических больных, не все столь однозначно. Очевидна роль психоэмоционального состояния пациента в развитии ИБС и ее клинической симптоматики [7,15,17].

Однако существующие на сегодня представления о механизмах и последовательности формирования психоэмоциональных расстройств (ПЭР), их участии в патогенезе заболевания изучены недостаточно, либо эти сведения разобщены, а порой трактуются неоднозначно. В этой связи представляется необходимым для врача-кардиолога более четко определить направления психотерапевтических, и, особенно, психофармакологических вмешательств, без которых лечение кардиологического больного нередко оказывается недостаточно эффективным. Представляется важным определить границы и приоритеты профилактических вмешательств, направленных на борьбу с поведенческими факторами риска (ФР), прерогатива которых сегодня возлагается на врача.

Цель настоящего обзора — по возможности обобщить и проанализировать уже известные факты, касающиеся роли и места психоэмоциональной составляющей в патогенезе ИБС с точки зрения кардиолога.

Исторический экскурс

Важную роль эмоционального состояния человека в его самочувствии, трудоспособности, социальной и личностной активности первыми отметили поэты, философы, писатели. Известны представления Гиппократов (460–377 гг. до н.э.) о связи темперамента и заболеваний, которым подвержены разные типы людей, а также роль эмоций в развитии болезни. Авиценна (960–1037 гг.) указывал, что избыточные эмоции гнева, испуга могут привести к смерти. Ученый считал, что постепенное их накопление, в т.ч. чувства печали и тревоги, истощают силы и уменьшают устойчивость организма к заболеваниям. В работах выдающихся отечественных интернистов — С.П.Боткина 1899, Г.А.Захарьина 1910, Г.Ф.Ланга 1938, Л.И.Фогельсона 1940, А.Л.Мясникова 1944, Н.Д.Стражеско 1955, В.С.Нестерова 1974 и др., наряду с клиническими характеристиками симптомов и объективных функциональных показателей организма больного постоянно встречаются описания эмоционального состояния и душевных переживаний пациента. Подобные наблюдения приводят и зарубежные коллеги, хотя в несколько ином контексте, изначально направив свои поиски в психосоматическое русло [31,33,34,40,46]. На всем протяжении существования медицины врачи интуитивно связывали возможность участия эмоциональных переживаний с возникновением болезни, признавая одновременно и тот факт, что психологическое восприятие заболевания самим человеком оказывает влияние на ее развитие, исходы и эффективность лечения. И только в последнем столетии, благодаря серьезным экспериментальным и клиническим исследованиям физиологов, психологов, нейропсихологов, неврологов, кардиологов патофизиологических механизмов влияния эмоций на функции сердечно-сосудистой системы, связи с вегетативной нервной системой (ВНС) и гормо-

нальным гомеостазом, стало доступным понимание некоторых патофизиологических взаимосвязей между психической и соматической сферами жизнедеятельности человека, вообще, и роли в развитии ИБС, АГ, в частности.

Таким образом, врач-кардиолог не может не осознавать всю важность состояния психоэмоциональной составляющей в патогенезе ИБС и АГ. Поэтому в багаже знаний о своем предмете врачевания специалисту весьма полезно иметь хотя бы некоторые представления о психологических и эмоциональных особенностях пациента, механизмах формирования ПЭР и характере психосоматических нарушений, инициируемых таковыми на каждом этапе болезни: зарождении, развитии и исходах как полноправных ее участников.

Основные направления современных психологических исследований.

Планомерное, а главное, масштабное научно обоснованное изучение роли психологических факторов в развитии ИБС, ЭАГ на популяционном уровне связывают с Фремингемским исследованием, начатым в США в 1948 г. Почти сразу научные исследования по этой проблеме стали развиваться по нескольким направлениям. Психофизиологи и клиницисты изучали патофизиологические механизмы участия острого психоэмоционального стресса (ПЭС) и хронического психоэмоционального перенапряжения в патогенезе основных сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) [37,39,44]. Исследователей заинтересовала роль личностных и поведенческих особенностей, а также влияние ПЭС на состояние регуляторных систем жизнедеятельности. В ходе изучения участия психоэмоциональных факторов в развитии ИБС и АГ стала очевидной необходимость выделить еще одну отдельную научную задачу — оценку влияния актуального психоэмоционального состояния больного на дальнейшее течение и исходы уже развившейся ИБС, ЭАГ. Клинические исследования роли ТДР в проявлениях ИБС, АГ установили, что болезненные ЭР существенно ухудшают «качество жизни» человека, страдающего ИБС, влияют на ее продолжительность [2,3,5,15,17,22,24,32]. И это весьма важно само по себе. В частности, наличие депрессии (Д) у больного АГ и/или ИБС достоверно ($p < 0,002$) увеличивает риск смерти пациента от ССЗ в течение последующих 1,5 лет наблюдения [5,17,32,45].

В России эти работы изначально проводили на стыке нескольких наук, что значительно обогатило полученные результаты. Была установлена роль эмоций в избыточной продукции катехоламинов и гиперсимпатикотонии. Показано, что длительно существующий ПЭС активирует гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую ось, вызывая гиперкортизономию, инициирует процессы воспаления и напряжение систем, отвечающих за выработку его маркеров — С-реактивного белка, интерлейкинов

(IL-6 и IL-1 β) [9,40,45]. Избыточная концентрация катехоламинов в кровяном русле, появляющаяся при сильных эмоциональных переживаниях, в свою очередь способствует эндотелиальной дисфункции сосудов, изменению вариабельности сердечного ритма и нарушениям в свертывающей системе крови [4,6,9,36]. Благодаря совместной работе ученых, произошел настоящий «прорыв» в понимании механизмов и причинно-следственных связей между воздействием психоэмоциональных факторов и развитием ИБС. Одним из важных моментов для клиники стало заключение, что ПЭС способствуют развитию расстройств РТДС, которые играют в патогенезе ведущих ССЗ наиболее очевидную, неблагоприятную роль [15,17,18,42-45].

Частота патогенных ЭР у больных ИБС

Создание исследовательской базы достаточно простых, валидных, информативных, сопоставимых и воспроизводимых психологических методов исследования и внедрение их в клиническую практику позволили не только идентифицировать ЭР, отдельные личностные особенности пациентов, но и оценивать их количественно. В ряде крупных, международных, эпидемиологических исследований, выполненных под эгидой ВОЗ, в частности, в исследовании PDPC (Psychological Disorders in Primary Care) с участием 18 стран, установлено, что ТДР встречаются у 4-7% всего населения этих стран. В общесоматической сети здравоохранения частота дистимий среди больных достигает 24% и диагностируется у каждого четвертого [18,45]. Среди болезненных нарушений настроения серьезные ТДР диагностируют в среднем у каждого пятого (21%) соматического больного.

В сравнительном аспекте результаты этих оценок особенно интересны для России. Подобная работа проведена российскими кардиологами с участием психологов и психиатров в программах КОМПАС 2003 (Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в практике врачей общесоматического профиля) и КООРДИНАТА 2005 (Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике у больных Артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца) под эгидой ГНИЦ ПМ [15], а также по программе ВОЗ MONICA (Monitoring trends and determinants in Cardiovascular disease) (социальный аспект) [9]. Предварительные итоги этих исследований свидетельствуют, что РДС, к числу которых отнесены истеро-депрессивные, тревожно-депрессивные, тревожно-ипохондрические состояния, имеют место среди пациентов российской общесоматической практики в 2 раза чаще в сравнении с таковыми в экономически развитых странах и составляют 45,9%. Они распространены практически с равной частотой у больных кардиологического, терапевтического и неврологического профилей [9,15,17,20,22]. При этом собственно

Д диагностируют примерно у каждого четвертого пациента (23,8%) соматической практики, т.е. превышает этот показатель в сравнении с зарубежным [15]. ТДР имеют место у 63% и 59% у 63% и 59% больных АГ и у 64-65% обследованных, страдающих ИБС [15]. Трудно переоценить важность этой информации в клиническом плане. Прежде всего, потому что она представляет «срез», отражающий состояние проблемы по всей России, т.к. выполнена одновременно практически во всех регионах страны. В ней отработана методология использования психологических тестов и шкал для ранней диагностики дистимий в общесоматической сети в целом и у больных ИБС в частности. Это важно еще и потому, что все больше клинических работ подтверждает, что Д существенно влияет на прогрессирование атеросклероза и клинику ИБС, ЭАГ, а также развитие их фатальных осложнений: инфаркта миокарда (ИМ), мозгового инсульта, нарушений ритма сердца, внезапной сердечной смерти (ВСС) [5,9,30,31,33,36,45]. Однако остается множество других важных вопросов, ответы на которые пока не найдены. Например, в приведенных выше популяционных и клинических исследованиях, по собственным данным авторов, далеко не у всех больных ИБС, даже перенесших ИМ, имеют место болезненные нарушения настроения [17,24].

Закономерно возникают вопросы — у кого следует ожидать развитие РТДС; когда и почему они появляются; каков механизм их развития; как ранжировать тяжесть воздействия ПЭС и его причинно-следственные соотношения в дальнейшей клинической оценке и трактовке состояния больного? Ответы на эти вопросы могли бы быть полезны при решении важной клинической задачи — создании эффективного комплексного подхода к профилактике и лечению основных ССЗ и психотерапевтической помощи кардиологическим больным. Весьма актуальным представляется исследование механизмов биологической составляющей психоэмоциональных проявлений в норме и при хроническом дистрессе. ИБС, ЭАГ — по своей сути заболевания, связанные с хроническим действием многообразных и многочисленных факторов стресса.

Ответы на возникшие вопросы были бы полезными, во-первых, для понимания биологических причин столь высокой частоты распространения РТДС, во-вторых, для объяснения их значимости в развитии заболевания у каждого конкретного больного, в-третьих, для выбора адекватной лечебной тактики. Осуществление таких лечебно-профилактических вмешательств невозможно без знакомства врача с представлениями о индивидуально-личностных особенностях пациентов, методами их изучения, оценки и интерпретации полученной информации, как и без знаний о соотношениях последних с реакциями человека на обстоятельства, вызывающие стресс, способах психологической защиты и

т.д. И это еще одна важная задача, но уже из области обучения и подготовки врача. Любой специалист грамотно выполняет свои функции, если понимает суть происходящего и, таким образом, способен лучше управлять ситуацией. В настоящее время идет накопление знаний о проблеме.

К определению роли индивидуально-личностных особенностей у больных ИБС

Не следует решать задачу психологического «ликбеза». Необходимо привлечь внимание коллег к важности знания психологии больного, т.к. только такие знания помогут обеспечить эффективную помощь пациенту, страдающему ИБС. Врач, владея знаниями и навыками инструментальных методов исследования, зная весь арсенал современных фармакологических средств и способы их использования, способен и сумеет применить свои знания с учетом психологии личности больного.

Личность и болезнь. Дать краткое определение личности достаточно сложно, потому что это большое и неоднозначное понятие, и о нем нельзя говорить вне социального контекста. В отличие от философского понятия «человек» и биологического «индивид» при определении «личности» акцент всегда смещается в социальную сторону, т.к. включает, прежде всего, социально-психологические характеристики. По сути, определение «личности» подразумевает интегрированную совокупность представлений: набор психофизических черт и особенностей человека, психический настрой и тонус, выработанные привычки и предпочтения, социокультурный опыт и приобретенные знания, его архетип. Реализация любого проявления личности не возможна без учета ее конституционально-генетической, т.е. биологической основы — темперамента, характера, способностей и их направленности, формирующих потребности, интересы и установки, уровня интеллектуального развития. Личность также может быть проявлением «поведенческих масок», выработанных для разных ситуаций и социальных групп взаимодействия. Все вместе эти особенности определяют повседневное поведение и связь человека с обществом и природой. Правоммерно, вероятно, понятие, что личность — это высший уровень индивидуальности, который отличается неповторимым типом взаимоотношений с социальной действительностью и высокой степенью самосознания или сознания своей общественной принадлежности.

Соответственно разносторонности представлений и понятий психологами, психиатрами, патофизиологами предложены различные способы оценки и диагностики личностных особенностей, отношений с внешним миром, а также темперамента, подвижности центральной нервной системы и т.д. Описания этих методов даны в соответствующих руководствах и справочниках. Очевидно, что из-за неизбежной разноплановости и направленности подходов, целей и задач в определении изучаемого

предмета, а также несогласованности в использовании этих понятий, попытка применения психологических личностных тестов в медицинской практике в свое время подверглась резкой критике и вызвала дискуссию. Бесспорно то, что человеческая природа настолько разнообразна и субъективна, что уложить индивидуальные личностные различия в какое-либо «прокрустово ложе» типажей либо рангов если и возможно, то лишь приблизительно. Тем не менее, в медицинской практике подобная систематизация основных личностных типов, выполненная корректно, вероятно, была бы удобной для понимания и оценки врачом тех или иных особенностей поведения, реагирования на ситуацию, прогнозирования возможных эмоциональных реакций у здорового человека и развития болезненных ЭР при его заболевании и для выбора оптимально эффективного индивидуального подхода и лечебной тактики у каждого пациента.

Освоение этого нового информационного поля деятельности врачом-кардиологом (и не только) неизбежно инициирует новые вопросы, побуждая к новым поискам и дискуссиям. Число доступных популяционных психологических исследований этой проблемы и их результаты достаточно ограничены. Благодаря таковым, а также внимательному анализу, наблюдению и сопоставлению с образами персонажей, представленных в произведениях мировой художественной классической литературы, психологи выделили свойственные отдельным людям, нациям, народностям характерологические, личностные и поведенческие особенности. Подобная работа была проведена при обследовании популяционной выборки, включавшей 4 тыс. жителей одного из районов г. Томска. Использовался классический психологический тест ММРІ (Миннесотский многопрофильный личностный опросник) и его укороченный скрининговый вариант — СМОЛ, адаптированный профессором В.П.Зайцевым 1981 [10]. Кардиологический скрининг распространенности ИБС, ЭАГ и их основных ФР выполнен в 1985-1987 гг. Когорта формировалась методом случайных чисел и включала мужчин и женщин в возрасте до 60 лет. От общего числа (4 тыс. участников) 978 человек прошли психологическое тестирование СМОЛ, автоматизированного для массовых исследований к.ф.-м.н. А.А.Кашканом 1985. В этом исследовании интерес представляли, главным образом, клинические возможности теста СМОЛ для диагностики ПЭР у кардиологических больных. Полученные результаты тестирования сопоставлялись с клиническими данными интервьюирования каждого участника. Итоги этой работы показали, что у лиц представленной популяционной выборки наиболее часто выявлялись психастенические черты (38%), тревожность (33,9%), склонность к «застреванию аффекта» (ригидность) (33,9%), демонстративные черты (26,4%), субдепрессивные (23,1%) и ~ 20,6%

составили «нонконформисты» [24]. Варьирование частоты и соотношений выявленных отдельных личностных особенностей (акцентов) в исследовании зависело от социально-профессиональной принадлежности, т.е. определенным образом было связано с условиями и характером труда, степенью нагрузок, полом, возрастом обследованных и др.

Интересно, что у пациентов с установленными диагнозами ИБС и АГ в начальных стадиях заболевания наиболее часто наблюдались астенические, тревожные, а также демонстративные ипохондрические либо анозогнозические реакции. Субклинические депрессивные проявления имели место у 20-23% всех участников. При сопоставлении с результатами дальнейших наблюдений и обследования этих лиц создалось впечатление, что болезненные ЭР возникают и эволюционируют в зависимости от преморбидных конституционально-психологических особенностей будущего пациента. Если сравнить полученные результаты с аналогичными данными, полученными при обследовании московской популяции в 2001г, то обращает внимание их сопоставимость (25,7% случаев тревожных реакций и 21,6% — депрессивных), хотя разница между исследованиями составляет ~ 15 лет и подразумевает серьезные социальные перемены, пережитые населением за эти годы [15,17]. Обнаруженная стабильность показателей частоты распространения и характера дистимий в популяции заслуживает отдельного специального анализа.

Следует отметить, что во многих, более ранних, психологических исследованиях, выполненных клиницистами и физиологами, тип личности изначально связывали с конституциональными особенностями человека. В поисках ответа на вопрос — кто и почему болеет ИБС, ИМ? — исследователи выделили 3 основных типа реагирования человека на жизненные трудности: динамический (гармоничный), статический (конфликтный) и переменный (или импульсивный) [8]. Причем различия в поведенческих реакциях связаны с различными соотношениями активности симпатического и парасимпатического отделов ВНС. Подобная точка зрения высказывалась и раньше с предложением психологических параметров измерения эмоций в зависимости от таких характеристик личности, как интравертность, экстравертность и нейротизм [35]. Эмоции в зависимости от типа личности можно охарактеризовать тремя, совершенно отчетливыми, измеряемыми параметрами, т.е. типом ВНС, словесным реагированием на эмоции и особенностями поведения в отношении окружающего мира.

Многолетнее общение с кардиологическими больными привело к заключению, что заболеть ИБС может человек с любым личностным типом. Личностные особенности, вероятно, более значимы для выбора модели поведения, определенного жизненного поведенческого стереотипа, в т.ч.

манеры реагирования на стресс, привычки, способность психологической защиты от возникающих психологических проблем. Личностные особенности проявляются в зависимости от пола, темперамента, возраста, уровня образования, воспитания, особенностей микросоциума, в т.ч. наличия семьи, количества межличностных связей, и таким образом, социальной поддержки, которая помогает снизить силу переживаемого стресса, жизненной позиции и опыта, интеллектуального уровня и целого ряда других факторов. Возможно, чрезмерная выраженность тех или иных черт характера, так называемые акцентуации по К.Леонгарду 1981 [12] или «статический» либо «импульсивный» тип [8] в сочетании с неблагоприятными жизненными условиями может способствовать физиологическому «срыву» компенсаторных возможностей организма и далее — развитию того или другого соматического расстройства.

Психологические, личностные и поведенческие особенности индивида обусловлены у каждого человека своей уникальной конституционально-биологической природой с индивидуальным набором конституционально-генетических, морфологических и биохимических признаков. Соотношение этих особенностей в повседневной жизнедеятельности обеспечивает человеку энергетический базис с определенными компенсаторными возможностями и метаболическим резервом. Последние обеспечивают эргические (ergo — работа) возможности реализации ответов на многочисленные стимулы и сигналы, как источники, способ общения и адаптации человека в окружающем мире. А уже на эту основу в процессе жизни накладывают свой отпечаток внешние социальные, культуральные, экономические, религиозные и целый ряд других детерминант. При развитии ИБС, (возможно, любой другой болезни) к сугубо индивидуальным ЭР различного типа во многом предрасполагает именно актуальное для каждого периода болезни состояние организма человека, степень сохранности либо истощения его основных регуляторных систем (нервной, эндокринной, иммунной). Обсуждение роли и механизмов запуска эндокринной составляющей стресса, анализ фаз его развития, связи с эмоциональными проявлениями на каждой стадии болезни предполагают отдельный обстоятельный анализ. Частично эти вопросы освещаются в обзорах, представленных в публикациях [7,9,16,17,19].

Психосоматический подход. Изучением роли личности в развитии заболеваний вообще и ИБС в частности, занимается наука психосоматика. Суть психосоматики (термин предложен немецким психиатром Хейнротом в 1818г) состоит в тесной взаимосвязи между индивидуальными психологическими и конституциональными особенностями человека, личностно значимыми, вызывающими стресс событиями в его жизни и определенными заболеваниями. Развитие современной

психосоматической медицины как науки относят к 30-м годам XX века. Психосоматика как всякая, относительно новая, научная отрасль развивается, постоянно проходя превращения и уточнения своих понятий и представлений, в т.ч. обогащаясь контактами и сотрудничеством со смежными научными областями.

В качестве примера может служить история психосоматической концепции «специфического эмоционального конфликта», предложенной на заре становления психосоматики [29]. В основу этой концепции легло предположение, что в развитии любого органического заболевания одну из главных ролей играют хронические психологические проблемы и/или потрясения, порожденные внезапными сильнейшими эмоциональными раздражителями (стрессами), которые падают на «благоприятную» соматическую почву — конституционально-психологические особенности человека, личности. В частности, ИБС, АГ по наблюдениям, возникает при сдерживании чувства гнева, подавляемой враждебности, агрессивных личностных тенденциях без должного выхода, что связывалось с повышенной симпатической активацией ВНС. В зависимости от сочетания перечисленных факторов составляли «профиль личности» больного АГ, ИБС, бронхиальной астмой, язвенной болезнью желудка, «травматическим типом» и т.д. В рамках данной концепции многие болезни предлагали рассматривать как соматическую манифестацию психодинамического конфликта, корни которого усматривались в отношениях ребенка с матерью в раннем детстве, либо претерпевали конверсионные превращения в более зрелом возрасте.

Время, клинические наблюдения и анализ внесли ясность в подобные предположения. Действительно, подобные аналогии и взаимосвязи можно проследить у людей относительно молодого возраста, социально и эмоционально незрелых, обладающих «подвижной» эмоциональной сферой и ВНС и/или страдающих невротическими расстройствами. Однако в клинической практике известно, что чем старше человек, тем большее число заболеваний у него имеет место с одновременным поражением фактически всех основных систем — будь то сердечно-сосудистая, дыхательная, нервная, пищеварительная тракт, выделительная и/или эндокринная. В основе такой полиморбидности вряд ли лежит только детский «специфический эмоциональный конфликт». А вот личностные особенности и социальная интегрированность индивидуума играют, вероятно, определенную и значительную роль. Современные исследователи трактуют психосоматическое направление более широко, о чем подробно изложено в ряде руководств.

Бихевиористическое направление (behavior (англ.) — поведение) в изучении патогенеза ИБС положило начало исследованию связи индивиду-

альных особенностей больных ИБС, АГ с поведенческими ФР [19,30,37,39,42,43,45]. Изначально к поведенческим ФР были отнесены низкие уровни образования, дохода, социальная изоляция, наличие острых и хронических стрессов в процессе жизнедеятельности, а также Д сама по себе, как актуальное психическое состояние [36,41,45]. В дальнейшем было показано, что к поведенческим ФР относятся курение, пищевые предпочтения/передание, потребление алкоголя, гипокinezия и др. С медицинских позиций суть бихевиористического подхода заключается в стремлении выделить специфические индивидуальные особенности поведения человека, присутствие которых способствует усугублению риска либо предрасполагает к развитию того либо иного заболевания.

В этой связи не менее интересным представляется изучение роли личностных особенностей, а в продолжение этого направления — значения фактора «жизненного истощения» или «эмоционального выгорания» в развитии ИБС и АГ [9,19,30,38,39,42,43, 45]. Знание таких личностных и поведенческих особенностей может стать объектами профилактических вмешательств не только медицинского, психологического, но, вероятно, социального и государственного уровней.

Подтверждением тому может служить история с «коронарным типом личности», вошедшим в кардиологическую литературу благодаря наблюдательности немецкого интерниста Osler W. 1892, одного из основоположников бихевиористического подхода в медицине. В 1956г был предложен опросник, позволивший формализовать характерные черты такого типа людей и ранжировать их по подтипам в зависимости от степени выраженности [37,38]. Их называли «поведенческие типы А, Б и АБ». «Поведенческий тип А» характеризует людей как честолюбивых, гиперактивных и нетерпеливых до агрессивности, амбициозных, целеустремленных, с повышенной потребностью к соперничеству, доминированию, признанию окружающими. Такие люди обычно — «трудоголики», не умеющие отдыхать и переключаться на другие, не касающиеся работы, виды деятельности, ориентированные на успех и высокие достижения.

Группа российских психологов из Курского медицинского университета дополнила своими наблюдениями психологический портрет человека с поведенческим типом А, страдающего ИБС, с учетом этно-социальных особенностей населения России [9]. Авторы называли его «страстным» типом личности. Для россиянина с «поведенческим типом А», по мнению исследователей, характерно ровно поднятое настроение (гипертимность), некоторая восторженность и избыточный оптимизм в восприятии окружающего мира (экзальтированность), стойко высокая работоспособность благодаря мощному энергетическому потенциалу (эргичности), эмоциональная живость, быстрый темп реакций в эмоциях,



Примечание: ПЭТ – психоэмоциональная травма; ПРФ – производственные факторы (шум, вибрация, различные виды излучения, загазованность, запыленность и т.д.); СФР – средовые факторы риска (особенности питания, семейный и производственный микроклимат, бытовые условия, и др.); ФОС – факторы окружающей среды; ПФ – поведенческие факторы (курение, алкоголизация, гипокинезия, “коронарный тип А”, др.); СЗ – сопутствующие заболевания (АГ, сахарный диабет, хронические заболевания легких, ожирение, гипотиреоз и др.); ПЭН – психоэмоциональное напряжение; ПТПР – посттравматическое психическое расстройство.

Рис. 1 Факторы влияющие на развитие РДС при ИБС и психогениях.

мышлении, в принятии решений и действии. Показано, что лица с «коронарным типом поведения А» обладают большой трудоспособностью, но отличаются суетливостью. Они часто, а то и всегда спешат и испытывают чувство нехватки времени.

Интересно, что первые клинические исследования людей с такими поведенческими чертами показали пагубное влияние их на здоровье. У лиц с «поведенческим типом А» чаще выявляли повышенный уровень холестерина, более выраженные признаки атеросклероза, в 2 [9,44], а по некоторым данным – в 4-7 раз чаще развивался ИМ [2,38-40] и оказался выше риск ВСС [31]. У лиц с «поведенческим типом А» выявлена выраженная гиперкортизолемиа, гиперхолестеринемия, гиперкоагуляция, длительная гиперсимпатикотония. Последний фактор, проявляясь гиперкатехоламинемией, оказывает отрицательное действие на коронарную гемодинамику [2]. У таких людей чаще диагностируется «немая ишемия» миокарда и вазоспастическая форма ИБС [2,9,37]. Найденные изменения биохимических показателей характерны также для предпосылок к развитию астении и Д.

Результаты дальнейших исследований роли «поведенческого типа А» в частоте развития ИБС оказались противоречивыми. Установленная в более ранних когортных исследованиях в 50–70-х годах XX столетия связь распространенности случаев «поведенческого типа А» с повышенным риском заболевания ИБС, в дальнейших работах, выполненных в других странах на популяционных выборках, отсутствовала [30,43,44]. А в исследованиях,

изучавших распространенность «коронарного типа поведения» и его сопряженность с частотой ИБС у женщин, сообщалось даже о снижении частоты случаев заболевания таковой [45].

Разногласия, вероятно, отчасти можно объяснить особенностями дизайна исследований. В этом отношении показательны результаты изучения роли «коронарного типа А» в развитии и течении ИМ у пожилых, неработающих по причине пенсионного возраста мужчин, и свидетельствующие о том, что только до 65 лет «коронарный тип поведения А» играет роль в частоте развития острого ИМ и его тяжести [30]. С увеличением возраста клиническая и прогностическая значимость этого показателя достоверно снижается. Складывается впечатление, что поведение человека такого типа детерминировано не столько его личностными особенностями, сколько тесной взаимосвязью с социальными условиями жизнедеятельности. По сути, вся манера поведения таких людей близка к симптомам невротизированной тревожной личности. При чрезмерных, длительных и непрерывных нагрузках характерные черты человека с «поведенческим типом А», вероятно, становятся причиной истощения жизненных ресурсов организма и развития болезни. Это подтверждают клинические наблюдения пациентов, страдающих ИБС. Снижению частоты заболеваемости ИБС среди лиц с «поведенческим типом А» могла бы способствовать правильная первичная профилактика ИБС. Доказательством тому служит эффективность, в частности, программ «здорового обра-

за жизни», принятых на государственном уровне в ряде зарубежных стран.

Таким образом, очевидно, что поведенческие особенности, определяющие и манеру поведения, и привычки, и в целом уклад жизни человека, могут способствовать как сохранению его здоровья, так и развитию ИБС и АГ. Наиболее пагубные из них: курение, алкоголизация, стереотипы питания, гипокинезия и ряд др., представляют опасность для организма на биологическом уровне, а потому становятся порой объектом индивидуальных психотерапевтических вмешательств, но без особого эффекта. Одной из вероятных причин этому может быть тот факт, что значимость некоторых поведенческих ФР до недавнего времени трактовалась только с биологических позиций. Возможно, поэтому их профилактика не нашла эффективных точек приложения. В частности, сегодня курение, неправильное питание, переедание, алкоголизация, малоподвижный образ жизни, как и часто связанная с ними избыточная масса тела «смещены» в сугубо биологические ФР, т.е. не зависящие от человека. И, хотя они вносят свою лепту в физиологические, биохимические и даже анатомические составляющие АГ либо ИБС, очевидно, что приобретенные в процессе жизни задолго до развития заболевания, перечисленные привычки — далеко не только медицинская проблема. Потому что возникают, а порой и агрессивно прививаются человеку (пусть и не злонамеренно) средой, культурой, социальным окружением с использованием мощных средства массовой информации, включая радио, телевидение и др., а также рекламой, с раннего детства. Борьба с ними — это скорее задача соответствующих социальных структур государственного уровня при помощи и содействии медицинской науки.

Особенности патогенеза РДС у кардиологических больных

Сегодня ИБС можно рассматривать как о хроническое заболевание, суть которого состоит не только в нарушениях коронарного кровотока, но, прежде всего в вовлечении всех регуляторных систем организма в процессы болезненной адаптации к дефициту кислорода, испытываемому клетками и тканями организма. Это процесс многократно повторяющейся необходимости патологической адаптации организма к функционированию в условиях хронической нарастающей гипоксии/ишемии миокарда, который индуцируется многочисленными и разнообразными по действию факторами. Исследования свидетельствуют, что заболевание ИБС начинается примерно за 20 лет до его клинической манифестации, которая чаще наступает при достижении человеком 40-летнего возраста [25]. Начинаясь постепенно, заболевание при усугублении коронарной недостаточности, развитии ИМ осложняется каскадом тесно взаимосвязанных структурных и обменных метаболических нарушений, которые,

в конечном итоге, ведут к истощению энергетических, пластических и регуляторных возможностей всего организма.

Среди причин, вовлеченных в патогенез ИБС, в первую очередь признаются биологические, конституциональные и индивидуально-личностные особенности, детерминированные генетически, наследуемые из поколения в поколение. Не менее важны социальные факторы, воспитание и условия жизни человека. Именно они определяют соответствующий стиль социального поведения индивида и приобретение набора традиционных для ИБС поведенческих ФР, что происходит в период его становления как члена человеческого сообщества.

Но человеческое существование — это еще и постоянное взаимодействие с множеством внешних физических факторов — природных, экологических, производственных, бытовых, пищевых и т.д. [11,21,45]. Каждый из них в отдельности и/либо в совокупности, воздействуя на организм, может индуцировать стрессовую ситуацию, если возникает конфликт между возросшими потребностями организма и неспособностью составляющих его систем, будь то сердечно-сосудистая, нервная, эндокринная или любая другая, удовлетворить эти потребности. Степень воздействия стресса может быть разной по силе и выраженности не только на уровне психоэмоционального восприятия, но и соматическом [11,23,26,28]. Преодоление конфликта достигается за счет развертывания адаптационно-приспособительной реакции, которая обеспечивается имеющимся у организма запасом энергетических и пластических ресурсов [19,42]. Долгосрочная адаптация к хронической гипоксии/ишемии миокарда обеспечивается теми же компонентами вегетативной, эндокринной, иммунной и нервной систем, что и реакция на любой стресс, в т.ч. на острый либо хронический ПЭС [25]. Любое стрессовое состояние — это универсальная, неспецифическая, ответная реакция организма на чрезмерные раздражители.

Обращает внимание, что в патогенезе ИБС ПЭС стресс является лишь одним из многочисленных факторов, который при длительном их воздействии на человека в течение жизни, способствует развитию заболевания (рисунок 1). Острые ПЭС, посттравматическое ПЭС, хроническое психоэмоциональное напряжение в патогенезе ИБС являются хотя и важной, но не единственной компонентой, вызывающей дисфункцию сердечно-сосудистой системы и нарушения эндокринной, иммунной, нервной регуляции процессов адаптации. Первая манифестация ИБС происходит в среднем в период 40-50 лет, тогда как дебют и проявления невротических пограничных психических расстройств характерны для более молодого и раннего зрелого возрастов.

Вероятно, патофизиологическую основу болезненных ЭР у больных ИБС, составляют те же меха-

низмы, что и при психогениях. Мониторинг состояния и динамики здоровья больных ИБС свидетельствует, что каждая стадия структурно-метаболического ремоделирования миокарда (оглушение, гибернация, анабиоз), как и каждое обострение заболевания, тем более, развитие осложнений, характеризуется индивидуальными особенностями. К их числу относится постепенно нарастающее снижение возможностей адекватного гемодинамического обеспечения всех органов и тканей, а также восстановления регуляторных систем, включая эндокринную и медиаторную [25]. На этом основании представляется, что в отличие от психогений, выраженность и характер дистимий при ИБС, скорее отражает тяжесть и особенности соматических нарушений, в т.ч. метаболических, но не является основным проявлением болезни.

Заключение

В настоящем обзоре, не претендуя на «истину в последней инстанции», но, опираясь на данные научных исследований и клинический опыт, сделана попытка представить виденье роли психоэмоциональных и личностных особенностей человека в патогенезе ИБС, АГ. Проанализировано то, что уже известно и может быть использовано в клинической практике при лечении кардиологических больных, прежде всего с позиций психологии личности и поведенческих особенностей пациентов, страдающих ИБС. Именно эти факторы составляют одну из основных трудностей в достижении адекватного и эффективного участия пациента в его лечении, отка-

зе от вредных привычек, инициирующих и усугубляющих развитие заболеваний, во многом препятствующих эффективности медикаментозной терапии.

Немалую роль в преодолении болезни играют и социальные установки пациента, его способность выйти из болезненного состояния, которое нередко является экзистенциальным кризисом личности, а на каком-то этапе заболевания — актом социально приемлемой самоагрессии, что также требует своего исследования. Сложилось мнение, что в клинических проявлениях патогенных психоэмоциональных реакций при психогениях и у больных ИБС много общего. Коррекция психоэмоционального состояния пациента, склонного и способного к сотрудничеству с психотерапевтом, могла бы стать одним из направлений когнитивной психотерапии. Вместе с тем, анализ современных представлений о патофизиологических механизмах формирования расстройств настроения у больных ИБС и психогениями позволяет предположить, что между ними имеются серьезные различия. В этой связи представляется особенно важной необходимость изучения соматического фона, на котором возникают дистимии у больных ИБС. Думается, что от правильности его оценки и понимания патогенеза ТДР у кардиологических больных во многом будет зависеть адекватность коррекции дистимий современными медикаментозными, в т.ч. психотропными средствами.

В следующей части обзора будет сделана попытка аргументировать эту точку зрения с позиций соматического подхода.

Литература

1. Александровский Ю.А., Ромасенко Л.В. Психолого-психиатрические подходы к профилактике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний. Вестник РАМН 2003; 12: 24-9.
2. Баубинене А.В., Гоштаутас А.А. Некоторые особенности лиц с поведенческим риском ишемической болезни сердца. Кардиология 1984; 2: 76-80.
3. Боева О.И. Структура личности и прогноз после перенесенного инфаркта миокарда. Клиническая медицина 2006; 7: 17-20.
4. Болдуева С.А., Трофимова О.В., Жук В.С. Психологические особенности и вариабельность сердечного ритма у внезапно умерших и выживших больных инфарктом миокарда. Тер архив 2006; 12: 35-40.
5. Бурычкова Л.И., Полякова Е.О., Сумароков А.Б. Влияние депрессивных расстройств на развитие и исход сердечно-сосудистых заболеваний. Тер архив 2006; 11: 87-92.
6. Бышевский А.Ш., Кожевников В.Н. Свертываемость крови при реакциях напряжения. Свердловск: Сред.-Урал. Кн. изд-во 1986; 402 с.
7. Васюк Ю.А. Депрессия и хроническая сердечная недостаточность при сердечно-сосудистых заболеваниях. Москва: Изд-во Анахарсис 2006; 112 с.
8. Вирсаладзе К.С., Кавтарадзе Г.В. О психологическом типе личности больных ишемической болезнью сердца и его связи с некоторыми экзогенными факторами риска. Кардиология 1984; 2: 73-5.
9. Гафаров В.В., Пак В.А., Гагулин И.В., Гафарова А.В. Психология здоровья населения России. Новосибирск: СО РАМН 2002; 360 с.
10. Зайцев В.П. Психологический тест СМОЛ. Психол ж 1981; 3: 118-23.
11. Измеров Н.Ф. Современные проблемы медицины труда. Вестник РАМН 2006; 9-10: 50-6.
12. Леонгард К. Акцентуированные личности. Киев «Выща школа» 1989; 375 с.
13. Морозов Г.В., Лебединский М.Е. Роль психического фактора в соматической болезни. Ж неврол психиатр 1973; 4: 631-4.
14. Недоступ А.В., Федорова В.И., Соловьева А.Д. и др. Психо-вегетативные соотношения в кардиологии и значение их медикаментозной коррекции. Тер архив 2007; 1: 68-73.
15. Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Шальнова С.А., Деев А.Д. Депрессивные расстройства в общей медицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога. Кардиология 2005; 8: 38-44.
16. Палеев Н.Р., Краснов В.Н., Подрезова Л.А. и др. Проблемы психосоматики и соматопсихиатрии в клинике внутренних болезней. Вестник РАМН 1998; 5: 3-7.
17. Погосова Г.В., Колтунов И.Е., Белова Ю.С., Сказин Н.В. Эмоции и сердце. Кардиоваск тер профил 2006; 5(8): 70-3.
18. Полякова Е.О. Пограничные психические расстройства в кардиологической практике: проблемы диагностики и лечения. Кардиолог вестн 2006; 2(XIII): 51-5.

19. Превентивная кардиология. Руководство А.В.Виноградова, А.Н.Климова, А.И.Клиорина и др. Под ред. Г.И.Косицкого. 2-е изд-е, перераб. и доп. Москва «Медицина» 1987; 512 с.
20. Смулевич А.Б. Нажитые, соматогенно обусловленные, ипохондрические психопатии (к систематике расстройств личности). Псих психофармакотер 2006; 8(1): 1-10.
21. Сорокин А.В., Коровина О.В. Высокая напряженность труда – фактор риска стрессиндуцированной гипертрофии миокарда левого желудочка у машинистов локомотивов железнодорожного транспорта. Бюлл сиб мед 2007; 1: 53-6.
22. Старостина Е.Г. Тревога и тревожные расстройства в практике кардиолога. Кардиоваск тер профил 2006; 5(3): 111-8.
23. Судаков К.В. Системные механизмы эмоционального стресса. Москва «Медицина» 1981; 230 с.
24. Телкова И.Л., Тепляков А.Т., Гарганеева А.А. и др. Психо-эмоциональные расстройства у больных инфарктом миокарда. Актуал вопр кардиол 1999; 8: 141-5.
25. Телкова И.Л. Роль гиперинсулинемии в патогенезе и клинических проявлениях ИБС. В книге «Коронарная и сердечная недостаточность». Под общей ред. Р.С.Карпова. Томск «СТТ» 2005; 74-107.
26. Федоров Б.М. Стресс и система кровообращения. Москва «Медицина» 1991; 319 с.
27. Шаф Е.С. Инфаркт миокарда в старшей возрастной группе: клиническая и прогностическая значимость психофизиологических особенностей личности и качество жизни. Автореф дисс канд мед наук. Томск 2007.
28. Шилкина Н.П., Дряженкова И.В. Системные васкулиты и атеросклероз. Тер архив 2007; 3: 84-92.
29. Alexander F. Psychosomatic Medicine. New York 1980.
30. Bosma H, Appels A, Sturmans F, et al. Educational level of spouses and risk of mortality: the WHO Kaunas-Rotterdam Intervention Study (KRIS). Int J Epidemiol 1995; 24: 119-26.
- 31.. Brackett CD, Powell LH. Psychosocial and psychological predictors of sudden cardiac death after healing of acute myocardial infarction. Am J Cardiol 1988; 61: 979-83.
- 32.. Carney RM, Freedland KE. Depression. Mortality and medical morbidity in patients with coronary heart disease. Biol Psychiatr (US) 2003; 54(3): 241-7.
- 33.. Coryell W, Noyes R, House JD. Mortality among outpatients with anxiety disorders. Am J Psychiatr 1986; 143: 508-10.
- 34.. Deanfield JE, Shea M, Kensett M et al. Silent myocardial ischemia due to mental stress. Lancet 1984; 11(8410): 1001.
- 35.. Eysenck HJ. The measurement of emotion: psychological parameters and methods. In the book "Emotions – Their parameters and measurement". New York 1975; 439-65.
- 36.. Fleet R, lavoie K, Beitman BD. Is panic disorder associated with coronary heart disease? A critical review of the literature. J Psychosomatic Res 2000; 48: 347-56.
- 37.. Friedman M, Rosenman RH. Association of a specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. JAMA 1959; 196: 1286-95.
- 38.. Hansson RO, Hogan R. Disentangling Type A Behavior: The Roles of Ambition, Insensitivity, and Anxiety. J Res Personality 1983; 17: 186-97.
- 39.. Haynes SG, Feinleib M, Kannel WB The relationship of psychological factors to coronary heart disease in the Framingham Study, III: eight-year incidence of coronary heart disease. Am J Epidemiol 1980; 111: 37-58.
- 40.. Keltikangas-Jarvinen L, Raikkonen K, Hautanen A. Type A behavior and vital exhaustion as related to the metabolic hormonal variables of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis. Behav Med 1996; 22(1): 15-22.
- 41.. Lett HS, Blumenthal JA, Babyak MA, et al. Depression as a risk factor coronary artery disease: evidence, mechanisms, and treatment. Psychosom Med 2004; 66(3): 305-15.
- 42.. Martnot MG. Stress, social and cultural variations in heart disease. J Psychosomatic Res 1983; 27(5): 377-84.
- 43.. Ragland DR, Brand RJ. Type A behavior and mortality from coronary heart disease. N England J Med 1988; 318: 65-9.
- 44.. Shekelle RB, Hulley SB, Neaton JD, et al. The MRFIT behavior pattern study, II: type A behavior and the incidence of coronary heart disease. Am J Epidemiol 1985; 122: 559-70.
- 45.. Turnstall-Pedoe H, Woodward M, Tavendale R, et al. Comparison of the prediction by 27 different factors of coronary heart disease and death in men and women of the Scottish Heart Health Study: cohort study. BMJ 1997; 315: 722-9.
- 46.. van Doornen LJ, van Blokland RW. The relation of type A behavior and vital exhaustion with physiological reactions to real life stress. J Psychosomat res 1989; 33(6): 715-25.

Поступила 26/10-2007