

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
«Южно-Уральский государственный университет»
(национальный исследовательский университет)
Высшая медико-биологическая школа
Факультет «Психология»
Кафедра «Клиническая психология»

РАБОТА ПРОВЕРЕНА

Рецензент, (должность)

_____(И.О. Ф.)

2020 г.

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ

Заведующий кафедрой

М.А. Берebin

2020 г.

**Клинико-психологические характеристики проявления личностного типа «Д» у
проходящих реабилитацию постинфарктных больных с ИБС.**

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА
К ВЫПУСКНОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ РАБОТЕ
ЮУрГУ–37.05.01.2019.073.ПЗ ВКР

Руководитель работы,
ст. преподаватель кафедры
клинической психологии

Д.В. Ченченко

2020 г.

Автор работы
студент группы МБ-671

Е.Д. Головина

2020 г.

Нормоконтролер,
доцент кафедры
клинической психологии

А.В. Астаева

2020 г.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	7
1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ПО ПРОБЛЕМЕ.....	9
1.1 Психологические особенности больных с ИБС.....	9
1.2 Поведенческий тип Д.....	12
1.3 Механизм влияния типа личности Д на патогенез сердечно-сосудистых заболеваний.....	18
1.4 Тип личности Д как фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний.....	20
1.5 Тип личности Д у кардиологических больных.....	23
1.6 Тип личности Д и качество жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.....	26
2 ПРОГРАММА ИССЛЕДОВАНИЯ.....	29
2.1 Цель, задачи, объект, предмет исследования.....	29
2.2 База исследования и характеристики выборки	29
2.3 Методы исследования.....	31
3 АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	33
ВЫВОДЫ.....	43
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	46
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК.....	48
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	53

ВВЕДЕНИЕ

Болезни системы кровообращения занимают первое место среди причин смертности в России. Многочисленные исследования в данной области позволили выделить три главные группы этих болезней: ишемическая болезнь сердца (I20 – I25 по МКБ-10), цереброваскулярные болезни (I60 – I69) и прочие сердечно-сосудистые заболевания (I70 – I99).

Первое место среди заболеваний системы кровообращения занимает ишемическая болезнь сердца (ИБС) – заболевание, характеризующееся острым или хроническим поражением миокарда вследствие нарушения коронарного кровоснабжения.

Главным этиологическим фактором развития ИБС является атеросклероз коронарных артерий. Но существуют также и психологические факторы риска развития данного заболевания.

В современной науке последнее время наряду с физическими причинами психосоциальный стресс признается одним из факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. При этом проведенные исследования разных авторов выявляют существенное различие способов реагирования на стрессорные воздействия и подверженность им у различных индивидуумов.

Исследователи в данной области пришли к выводу, что некоторые люди более уязвимы к влиянию стрессорных событий ввиду наличия определенных личностных черт. Некоторое время в области кардиологии интенсивно изучался поведенческий тип А («коронарный» тип), но не было достоверно установлено его влияние на развитие заболеваний системы кровообращения. В современной науке в последнее время фактором развития ишемической болезни сердца считается «дистрессорный тип личности» (тип Д), который впервые был предложен J. Denollet в 1995 году.

Актуальность выбранной тематики работы связана с активным изучением в современной науке влияния выделенного личностного типа на развитие сердечно-сосудистых заболеваний, число осложнений, прогноз их лечения и качество жизни пациентов. Своевременная диагностика дистрессорного типа личности у

пациентов может оказать влияние на более продуктивное проведение профилактических мероприятий, а также реабилитационных программ при уже имеющихся сердечно-сосудистых заболеваниях.

Цель исследования: определение клинико-психологических характеристик проявления личностного типа «Д» у больных с ИБС.

Задачи:

1. Провести теоретический обзор научной литературы в области клинико-психологических особенностей больных с ишемической болезнью сердца.

2. Определить клинико-психологические характеристики проявления дистрессорного типа личности у больных ишемической болезнью сердца, перенесших инфаркт миокарда.

3. Выделить специфические клинико-психологические особенности у больных ИБС при наличии и отсутствии дистрессорного типа личности.

Объект: Клинико-психологические особенности пациентов кардиологического профиля.

Предмет: Клинико-психологические характеристики проявления дистрессорного типа личности у больных ИБС, перенесших инфаркт миокарда.

Методы исследования

1. Метод анализа научной литературы.
2. Клинико-анамнестический метод.
3. Клинико-психологический метод (экспериментально-психологический).

1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1.1 Клинико-психологические особенности больных с ИБС

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) – заболевание, возникающее ввиду недостаточности коронарного кровоснабжения, ишемии миокарда, которая обусловлена атеросклерозом, атеротромбозом или спазмом коронарных сосудов. Проявлениями ИБС считаются стенокардия, инфаркт миокарда, аритмии сердца и другие состояния.

Влияние психосоциальных факторов на развитие и прогрессирование сердечно-сосудистых заболеваний изучалось постепенно и последовательно, основываясь на поведении, отношении, факторах окружающей среды, предрасполагающих к ишемической болезни сердца, а в последнее время предпочтение отдается изучению эмоциональных характеристик [2].

Концепция о значении психосоциальных факторов в развитии ишемической болезни сердца сформировалась в 50-х годах XX века. С этого периода времени было проведено множество исследований, которые позволили выявить взаимосвязь между психосоциальными факторами (такими как поведение типа А, враждебность, раздражительность, низкая социальная поддержка, депрессия, тревога) и развитием ишемической болезни сердца. Именно поэтому ишемическая болезнь сердца входит в число психосоматических заболеваний. Их основу составляет телесная реакция на конфликтное переживание, которая связана с морфологически устанавливаемыми изменениями и патологическими нарушениями в органах. Особенность данной группы расстройств заключается в том, что психологический стресс является решающим для возникновения и развития заболеваний данного профиля, что обуславливает наличие у пациентов своих схожих характерологических особенностей [11].

На основе работ многих исследователей было установлено, что 33 – 80 % больных ишемической болезни сердца имеют психические изменения. Чаще всего наблюдаются такие эмоциональные нарушения, как тревога, подавленность, фиксация на своих болезненных ощущениях и переживаниях, связанных со страхом смерти, потерей самоидентичности, чувства «Я». Больные ишемической

болезнью сердца во время болевого приступа отмечают у себя беспокойство, мысли о смерти от сердечного приступа, отчаяние. Им приходится жить с постоянным тревожным опасением повторного приступа, они обеспокоены даже малейшими изменениями сердечной деятельности, остро реагируют на наличие неприятных ощущений в области сердца. Внимание этих больных сфокусировано на состоянии собственного здоровья [1, 3].

В профиле больных ишемической болезнью сердца чаще всех встречаются тревожные и депрессивно-ипохондрические расстройства. Развитие данных нарушений связано с преморбидными особенностями личности (тревожно-мнительные) и особенностями течения ишемической болезни сердца. Данные ряда авторов свидетельствуют о повышении у больных данного профиля показателей шкалы ипохондрии по сравнению со здоровыми людьми [19, 25].

Исследователи В.Н. Ильина и Е.А. Григорьева (1990) изучали психосоматические соотношения при кардиалгиях пубертатного и климактерического периодов. Была выявлена прямая зависимость клинических проявлений кардиалгий в обеих возрастных группах от личностных особенностей, установок на преодоление возрастных недугов. Наблюдалось заострение некоторых черт характера (мнительность, впечатлительность, пессимизм, раздражительность), что создавало благоприятную почву для различных вегетативных проявлений. Соматическое состояние ухудшалось, снижая тем самым толерантность к стрессовым ситуациям. Таким образом, формировался порочный круг развития заболевания, преодолеть который трудно даже при активной установке на борьбу [1].

Результаты исследований В.В. Никольской и Е.И. Ионовой (1989), которые были направлены на изучение психологических особенностей личности больных ишемической болезнью сердца, перенесших операцию аортокоронарного шунтирования, показали, что по результатам батареи методик у большинства больных самооценка оказалась завышена. Также у больных было отмечено отсутствие чувства личной ответственности за происходящие события. Смысловой потенциал личности обеднен, наблюдалось фокусирование на

состоянии собственного здоровья. Перспективы будущего противоречивы. У всех пациентов было отмечено наличие выраженного страха за собственное будущее. У большинства по результатам методик выявлен высокий уровень тревожности, при этом отмечалась прямая взаимосвязь уровня ситуативной тревожности с тяжестью соматического состояния испытуемых.

Наиболее выраженные эмоциональные расстройства были отмечены у больных, которые перенесли инфаркт миокарда. Под термином «*инфаркт миокарда*» понимается острая состояние, одна из форм ишемической болезни сердца, которая протекает с развитием ишемического некроза участка миокарда, к которому приводит отсутствие или недостаточное кровоснабжение. В кардиологии существуют несколько оснований для классификации данного состояния. Инфаркт миокарда сопровождается острой болью за грудиной, так называемой ангинозной болью. Однако эти ощущения могут быть переменными. Пациенты жалуются на боли в руке, под лопаткой, в горле, в животе, присутствует чувство дискомфорта в груди. Возникновению такого острого состояния способствует физические нагрузки, психоэмоциональное напряжение, состояние утомления.

Больными диагноз «инфаркт миокарда» воспринимается как угроза для жизни и благополучия, даже при удовлетворительном самочувствии. Ухудшение вегетативного состояния, снижение активности, резкая слабость, интенсивные боли, срочная госпитализация – все это порождает тревогу и страх. На психическое состояние больного в первые дни болезни влияют также и другие психологические факторы [4].

Данные исследования, проведенного И.В. Алдушиной (1990), свидетельствуют, что на седьмой день после инфаркта миокарда для большинства больных характерны тревожность, страх, физическая и психическая астения, пессимистическая оценка настоящего и будущего. Наличие и выраженность таких симптомов зависит от класса тяжести инфаркта миокарда и преморбидного характера личности больного. В большинстве случаев при улучшении физического самочувствия у больных страх смерти ослабевает. При уже

имеющихся тревожных опасениях за свое здоровье у больных формируются мрачные мысли о будущем, подавленность, страх перед возможной инвалидностью. Данные нарушения могут закрепиться и сохраняться продолжительное время, если не прибегнуть к соответствующему вмешательству специалистов [35].

Таким образом, на основе данных приведенных исследований можно заключить, что для больных ишемической болезнью сердца характерно наличие таких психологических особенностей, как высокая личностная тревожность, страх за свою жизнь, психическая и физическая астения, пессимистическая оценка настоящего и будущего. Также может наблюдаться заострение некоторых личностных черт: пациенты могут становиться мнительными, раздражительными, повышается эмоциональная чувствительность. Больным такого профиля приходится жить в тревожном ожидании повторного приступа, поэтому часто они сосредоточены на состоянии своего здоровья, и даже малейшие изменения сердечной деятельности могут привести больного к беспокойству, тревоге и страху.

1.2 Поведенческий тип Д

Распространенность сердечно-сосудистых заболеваний среди населения неуклонно продолжает расти. Л.П. Урванцев выделяет несколько основных факторов, которые могут способствовать развитию заболеваний сердца и сосудов: нервно-психическое напряжение, повышенное артериальное давление, нарушение липидного обмена, наследственная предрасположенность и курение. Несколько позже был выделен еще один фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний – личностный типа А (коронарный тип А).

Основоположниками выделения данного личностного типа стали американские кардиологи М. Фридман и Р. Розенман в 1959 году. Им удалось обобщить наблюдения за своими пациентами и выделить некоторые характеристики, свойственные больным данного профиля. В дальнейшем многие авторы описывали сходные характеристики людей с поведенческим типом А: постоянное стремление к конкуренции и сравнению себя с ближайшим

окружением; желание продвижения по карьерной лестнице; высокий темп жизни для достижения целей; поиск признания; активное участие в различных видах деятельности; дефицит времени; постоянная спешка и нетерпеливость; отсутствие ощущения безопасности; неспособность к расслаблению, релаксации.

Наряду с типом личности А был выделен противоположный личностный поведенческий тип. Тип поведения Б в литературе описывается менее подробно. Людям с наличием данного личностного типа свойственно умение чередовать работу и отдых, им не характерно состояние эмоционального напряжения, они неторопливы, расслаблены, уверены в себе и своих действиях.

Р. Розенман и М. Фридман стремились к более тщательному анализу личностных особенностей, характерных для того или иного поведенческого типа, и предложили классификацию промежуточных личностных типов с учетом выраженности характеристик двух описанных ими типов поведения.

Тогда можно выделить:

- поведение типа «А1» (Данный тип поведения включает совокупность максимально ярко проявляющихся свойств «коронарного поведения»);
- поведение типа «А2» (Тип характеризуется сочетанием особенностей обеих поведенческих групп, но при этом преобладают характеристики «коронарного поведения»);
- поведение типа «Б3» (Этот тип включает свойства обеих групп, но с преобладанием характеристик поведения типа Б);
- поведение типа «Б4» (Тип сочетает в себе характеристики, противоположные параметрам «коронарного поведения»);
- поведение типа 0 (Особенности обеих поведенческих групп выражены в равной степени).

Многочисленные исследования в данной сфере до сих пор не позволяют установить, какие именно личностные и поведенческие характеристики оказывают наиболее патогенное влияние на развитие сердечно-сосудистых заболеваний [15].

Дальнейшее изучение влияния личностных особенностей на возникновение и развитие заболеваний системы кровообращения позволило профессору клинической психологии J. Denollet, основываясь на результатах проведенных исследований, в 1996 году наряду с уже имеющимися типами личности выделить еще один поведенческий тип – тип личности Д «distressed personality».

Личностям такого типа свойственно интенсивное и постоянное переживание негативных эмоций, при этом они склонны тщательно скрывать их от окружающих, боясь быть отвергнутыми. Таким людям свойственны угрюмость, раздражительность и социальная изоляция. Личности типа Д постоянно находятся в состоянии дистресса, их взгляды и отношение к окружающему миру и себе окрашено в мрачные тона [36].

Отрицательное влияние негативных эмоций на состояние здоровья пациента, возникновение и течение его заболевания было установлено еще до выделения личностного типа Д, но Denollet в своих работах указал, что важным аспектом является не столько наличие влияния негативных эмоций на личность, сколько то, как сама личность умеет ими справляться. Склонность сохранять в себе все переживания, неумение разделять свои эмоции с окружающими людьми, нежелание получать поддержку составляют основу для развития сердечно-сосудистых заболеваний. Была также выявлена взаимосвязь между наличием черт типа личности Д и другими факторами риска, такими как депрессия, социальная изоляция, агрессивность и т.д.

Для личности, относящейся к личностному типу Д, свойственны следующие черты:

- возбудимость;
- раздражительность;
- интровертированность;
- угрюмость;
- тревожность;
- склонность сдерживать свои эмоции;
- нахождение в состоянии дистресса.

Среди основных проявлений поведенческого типа Д выделяются симптомы, которые проявляются на физиологическом, эмоциональном, когнитивном и поведенческом уровнях. Наряду с высоким уровнем тревожности и раздражительностью, ведущими составляющими данного личностного типа являются тенденция испытывать отрицательные эмоции («негативная аффективность») и тенденция к утаиванию своих переживаний от окружающих («социальная ингибированность»). Возникновение амбивалентных чувств в процессе межличностного общения порождает ощущение чувства вины перед собеседниками, усиливает обидчивость и подозрительность. Весь этот механизм повышает уровень внутренней агрессивности личности с типом Д, которая не может найти адекватный выход из сложившейся ситуации. Такое подавление способствует накоплению паталогических аффектов и формированию дисфории, которая в последствие начинает проявляться в ситуациях межличностного взаимодействия [1, 21].

Описанный механизм и типологические особенности личностного типа Д создают основу для формирования хронического нервно-психического напряжения, которое в свою очередь приводит к возникновению невротических расстройств и поведенческих аномалий, а также развитию психосоматических расстройств, чаще всего сердечно-сосудистых заболеваний.

У больных кардиологического профиля наличием личностного типа Д отмечается наличие различных социальных и эмоциональных трудностей, включающих гнев, пессимизм, депрессивные симптомы, ощущение хронического напряжения, психическую и физическую астению, чувство дискомфорта при общении с незнакомыми людьми, отсутствие ощущения поддержки со стороны окружающих [24, 28].

Пациенты личностного типа Д в процессе лечения демонстрируют относительное отсутствие положительных эмоций, которое может быть обусловлено неудовлетворенностью качеством своей жизни, малым количеством положительных впечатлений, отсутствием поддержки со стороны близких людей [31].

Одной из характерных особенностей пациентов данного профиля можно выделить наличие физической и психической астении, которая проявляется в жалобах больных на чрезвычайную усталость, повышенное раздражение и деморализацию, отсутствие интереса к работе и привычным занятиям и т.д. Такие проявления состояния дистресса у пациентов не ограничиваются когнитивным и эмоциональным компонентами, но и распространяются на поведение и ощущаемые ими симптомы. Примерами могут служить склонность пациентов к хроническому использованию бензодиазепинов, отказ от возвращения на работу или к привычным занятиям, постоянные жалобы на болезненные и дискомфортные ощущения в груди по типу кардиалгий [19].

Также можно выделить еще одну характерную черту дистрессорного типа личности – стабильность в течение времени. Результаты исследований J. Denollet позволили выявить значительное снижение проявлений негативных эмоций и жалоб на самочувствие пациентов с ишемической болезнью сердца, которые прошли трехмесячный курс реабилитации. Однако характерные черты личности присущие дистрессорному типу сохранились неизменными [21].

Данные исследований E.J. Martens и соавторов позволили выявить практически постоянное проявление характерных черт дистрессорного типа личности (от 18,3 до 23,2 %) у больных в течение 18 месяцев после перенесенного инфаркта миокарда. При этом авторами не было обнаружено взаимосвязи между проявлениями данных черт личности и тяжестью заболеваний, другими клиническими и демографическими показателями [26].

Для определения наличия типа личности Д используется опросник DS-14 (Denollet Scale), состоящий из двух шкал, каждая из которых включает семь вопросов. Ответы на первые семь вопросов показывают наличие негативных эмоций личности (гнев, раздражение, пессимизм), вторая часть методики иллюстрирует степень социальной ингибированности, то есть тенденцию к утаиванию своих эмоций и переживаний от окружающих. Тип личности Д диагностируется в том случае, если оценка испытуемого по каждой из шкал равна или превышает 10 баллов [9, 18].

Методика была разработана в Бельгии, но уже в ряде стран, таких как Китай, Корея, страны Западной и Восточной Европы, она давно нашла свое применение. Многочисленные исследования, проводимые при участии данного опросника, свидетельствуют, что распространенность типа личности Д среди здоровых лиц в различных популяциях находится в пределах 13 – 38 %. При этом наличие дистрессорного типа личности у больных ишемической болезнью сердца встречается в 25 – 38 % случаев, при хронической сердечной недостаточности – от 24 до 45 %, при артериальной гипертензии – до 53 % случаев [3, 16, 20, 21, 33, 35, 36].

Тщательное исследование специалистами в области кардиологии и реабилитации психологических личностных факторов, к которым относится личностный тип Д, является весьма важным аспектом при работе с пациентами, имеющими заболевания системы кровообращения. От кардиологов и реабилитологов требуется проявить внимание не только к физическим и эмоциональным потребностям, но и способствовать поддержанию и улучшению высокого уровня качества жизни больного. В данном подходе ключевыми компонентами выступает оценка показателей состояния здоровья пациента (выраженность симптомов, функциональные ограничения) и качество жизни. Также не должно оставаться без внимания и мнение самого пациента о программе лечебных мероприятий при принятии клинического решения. При этом проводимые диагностические процедуры позволяют оперировать все большим количеством данных и доказательств в отношении того факта, что пациенты кардиологического профиля с наличием дистрессорного типа личности относятся к группе высокого риска смертности. В связи с этим, продуктивная и целенаправленная психологическая работа с данной группой больных является важным аспектом, способствующим увеличению продолжительности жизни и улучшению ее качества [26].

1.3 Механизм влияния типа личности Д на патогенез сердечно-сосудистых заболеваний

Дистрессорный тип личности в современной науке сравнительно недавно стал считаться фактором риска развития заболеваний системы кровообращения. В связи с этим, доказательства взаимосвязи механизмов данного личностного типа с патогенезом ишемической болезни сердца только начинают появляться. Уже выявленные механизмы можно разделить на две группы: психофизиологические и поведенческие. В числе первой группы находятся повышенная реактивность сердечно-сосудистой системы, гемостатические изменения, активация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, что способствует избыточному освобождению гормонов стресса, повреждению эндотелия и, как результат, развитию воспалительных реакций.

На основе изучения результатов исследований, которые проводились при использовании магнитно-резонансной томографии, отмечаются различия в возбуждении подкорковых структур головного мозга у людей при наличии и отсутствии поведенческого типа Д. У больных с острым коронарным синдромом при поведенческом типе Д наблюдались повышенный уровень кортизола после пробуждения, а также более высокая выработка кортизола в течение всего дня, чем у больных без типа личности Д [27, 29, 43].

Результаты недавних исследований, проводимых при участии студентов, позволили отметить, что у составляющие дистрессорного типа личности (негативная возбудимость и социальная ингибированность) у здоровых испытуемых были связаны с большей выработкой кортизола в ответ на стрессовую ситуацию. Выявленная закономерность позволила авторам исследования прийти к выводу, что личностный тип Д воздействует на гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую ось, тем самым нарушая ее функционирование [40].

Повышение реактивности сердечно-сосудистой системы может выражаться в замедленном восстановлении частоты сердечных сокращений после физической нагрузки у больных с хронической сердечной недостаточностью и снижении

фракции выброса левого желудочка (менее 40 %). По данным исследовательских работ у испытуемых при наличии личностного типа Д вероятность восстановления частоты сердечных сокращений в диапазон нормы в течение восстановительного периода была ниже, чем без него [42].

Наличие влияния дистрессорного типа личности на показатели гомеостаза организма может доказывать более частое обнаружение у пациентов с хронической сердечной недостаточностью при наличии изучаемого личностного типа провоспалительных цитокинов, считающихся факторами некроза опухоли и его растворимых рецепторов [6, 21].

Установлена связь фактора некроза опухоли и его растворимых рецепторов с патогенезом хронической сердечной недостаточности, а появление рецептора первого фактора некроза опухоли считается значимым и самым точным предиктором летального исхода вне зависимости от продолжительности наблюдения и клинических показателей [23].

Недавнее исследование также показало, что у больных с хронической сердечной недостаточностью и наличием дистрессорного типа личности наблюдается меньшее количество циркулирующих эндотелиальных клеток-предшественников, чем у лиц без такого типа личности. Среди причин данной закономерности выдвигается предположение о том, что на костный мозг воздействуют провоспалительные цитокины, а также повышение уровня кортизола [41].

Среди поведенческих механизмов негативного влияния личностного типа Д можно обозначить нездоровый образ жизни, и, прежде всего, низкий комплаенс таких пациентов [34].

В исследовании А.А. Schiffer и соавторов, проводимого при участии амбулаторных больных с хронической сердечной недостаточностью, было отмечено большее количество кардиальных симптомов при наличии типа личности Д у пациентов, наблюдалось повышенное беспокойство относительно данных симптомов, но при этом пациенты не сообщали о своих переживаниях

врачу или медсестре, что значительно снижало эффективность консультаций по сравнению с таковыми у больных без личностного типа Д [37].

На основе данных шестимесячного проспективного наблюдения, проведенного А.Ж. Pelle и А.А. Schiffer, было отмечено, что больные с хронической сердечной недостаточностью при наличии личностного типа Д не склонны сообщать о своих симптомах и переживаниях лечащим врачам, что может привести к неадекватной медицинской помощи и снижению качества жизни пациента [32].

Проведенное обследование здоровых студентов одного из медицинских институтов позволило выявить взаимосвязь между наличием дистрессорного типа личности, более низкими уровнем ощущаемой социальной поддержки и менее здоровым образом жизни. Индивидам с поведенческим типом Д характерна меньшая склонность к правильному и рациональному питанию, подверженность к табакокурению, они мало времени проводят на свежем воздухе, им не удается избегать стрессовых ситуаций [11, 12, 14].

Таким образом, данные приведенных исследований позволяют сделать вывод о наличии влияния типа личности Д на психофизиологические процессы и поведенческие паттерны пациентов. Выявленные закономерности связи дистрессорного типа и функционирования сердечно-сосудистой системы, гипоталамо-гипофизарно-гипоталамо-надпочечниковой оси, а также отмеченные поведенческие особенности могут являться доказательством взаимосвязи выделенного личностного типа с патогенезом ишемической болезни сердца и служить дополнительными факторами риска для развития сердечно-сосудистых заболеваний у индивидов с дистрессорным типом.

1.4 Тип личности Д как фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний

Одним из общепризнанных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний является психосоциальный стресс. Возникновению и развитию собственно атеросклеротического процесса также способствуют длительно действующие хронические психологические факторы. К ним же относят и личностные особенности больных, наряду с низким социально-экономическим статусом, так как подверженность стрессовым воздействиям и способы

реагирования на них существенно отличаются у отдельных индивидов [10, 11].

Тип личности Д в последнее время рассматривается в научной литературе как фактор риска среди психологических факторов, способствующих прогрессированию сердечно-сосудистых заболеваний. Наличие данного типа личности у четверти больных от общей популяции делает этот фактор риска достаточно значимой и распространенной проблемой для здоровья. При этом частота встречаемости поведенческого типа Д носит промежуточный характер, по сравнению с другими классическими кардиоваскулярными факторами риска. В то же время, отмечается, что наличие типа личности Д в минимальной степени ассоциировано с классическими кардиоваскулярными факторами риска, свидетельствуя о том, что этот тип является маркером риска сам по себе. На основе данных нескольких исследований отмечено, что лица при наличии дистрессорного типа личности менее склонны к физическим нагрузкам и здоровому питанию, пренебрегают заботой о своем здоровье, склонны к курению табака [16, 30].

В условиях производства личности с типом Д чаще сталкиваются с проблемами, такими как несоответствие приложенных усилий и вознаграждения за них, сверхконкурентность, неудовлетворение условиями труда, конфликты при общении в коллективе и руководством [25].

При попытках установления взаимосвязи между типом личности Д и факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний были получены достаточно противоречивые данные зарубежных исследований, различающиеся в отдельных странах. В связи с этим целесообразным является изучение данного вопроса при участии выборки на территории России. На основе данных исследования А.Н. Сумина и соавторов, при участии здоровых студентов на территории одного из регионов России, удалось выяснить частоту встречаемости типа личности Д, которая составила 28,6 %. При этом авторами была отмечена прямая взаимосвязь дистрессорного типа с высоким уровнем ситуативной и личностной тревожности и депрессивными признаками, в отличие от данных лиц без типа Д [7, 13, 11].

Частота встречаемости поведенческого типа Д среди здоровых лиц изучали в различных странах Европы и Запада. Различия в распространении данного фактора риска были достаточно значительными – размах распространенности был в пределах от 9,4 % до 38,5 %. Самые высокие показатели распространенности типа личности Д были среди 1012 студентов в Великобритании – 38,5 %. Несколько ниже частота встречаемости дистрессорного типа оказалась в выборке из 135 городских служащих в Бельгии – 36 %. Самые низкие показатели распространенности поведенческого типа Д выделяли среди 150 здоровых голландцев (13,3 %) и в выборке из 12640 обследованных в Венгрии (9,4 %).

Выраженные различия показателей могут быть связаны с рядом причин и условий исследований, таких как неоднородность обследованных популяций, которые были сформированы либо по производственному, либо по территориальному принципу. Авторы отмечают, что наиболее близкими показателями распространенности дистрессорного типа в Российской Федерации оказались результаты встречаемости типа личности Д в выборке из 115 здоровых лиц в Дании – 25 % [28].

Интересным является факт, что в большинстве проведенных исследований не отмечается достоверного влияния гендера, возраста и национальности на распространенность дистрессорных черт личности.

Наряду с частотой встречаемости поведенческого типа Д у здоровых лиц, были проведены исследования относительно взаимосвязи данного фактора риска и особенностей психологического статуса, в частности с симптомами дистресса, тревожности и депрессии. Так, в проводимом германском исследовании распространенность симптомов тревожности (45 %), депрессии (13 %) и психической и физической астении (61 %) была выше среди лиц при наличии типа Д, в сравнении с обследованными без него. При этом считается, что симптомы депрессии и поведенческий тип Д являются разными формами психологического дистресса. Депрессия считается патологическим состоянием, в отличие от поведенческого типа Д, который представляет собой нормальный способ реагирования личности. Данный фактор отражает общую

предрасположенность к развитию состояния дистресса и, тем самым, повышает риск неблагоприятных исходов [16, 21, 42].

Исходя из вышеизложенных материалов исследований, можно сделать вывод, что дистрессорный тип личности является достаточно значимой и распространенной проблемой для здоровья. Его влияние на особенности психологического статуса и поведенческие паттерны пациентов позволяют убедиться в значимости выделенного типа личности как фактора риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

1.5 Тип личности Д у кардиологических больных

Личностный тип Д считается важным фактором возникновения и развития социальных и эмоциональных трудностей у индивидуумов, которые, в свою очередь, могут оказать влияние на развитие серьезных последствий для здоровья, вплоть до тяжелых форм болезни и летального исхода.

В 1995 году было опубликовано первое исследование, подтверждающее неблагоприятное воздействие дистрессорного типа на здоровье пациентов, перенесших инфаркт миокарда. От общего количества смертельных случаев 73 % составляли пациенты с наличием дистрессорного типа личности [19].

Также было подсчитано, что риск летального исхода из-за кардиальных причин у больных с дистрессорным типом личности возрастал примерно в 6 раз в сравнении с лицами без него. Это было подтверждено данными исследования, в котором приняли участие 303 пациента с хронической сердечной недостаточностью. Смертность испытуемых с личностным типом Д превышала количество летальных исходов больных без него (27 % против 7 % случаев) [22].

В современной науке уже не подвергается сомнению значение выявления дистрессорного типа личности у больных кардиологического профиля. Метаанализ результатов нескольких исследований при участии больных стабильной ишемической болезнью сердца, перенесших инфаркт миокарда, хронической сердечной недостаточностью, после трансплантации сердца показал повышение риска летального исхода и повторного инфаркта миокарда в 2,6 раза при наличии типа личности Д.

Также была выявлена взаимосвязь между дистрессорным типом личности и качеством жизни пациентов, перенесших инфаркт миокарда, при снижении функции левого желудочка, после инвазивных вмешательств [13, 21].

Частота встречаемости поведенческого типа Д выше среди больных кардиологического профиля, чем среди здоровых лиц. Например, в исследовании International HeartQoL Project у пациентов с ишемической болезнью сердца выявление дистрессорного типа личности составило 24 – 27 % в странах Северной и Западной Европы, а в странах Восточной и Южной Европы – 35 – 37 % [16].

В проводимых исследовательских работах А.А. Scheffer у пациентов кардиологического профиля тип личности Д ассоциировался с артериальной гипертонией, гиподинамией, табакокурением. Также автором была выявлена большая частота встречаемости сахарного диабета (6 % против 4 %), повышение объема талии и индекса массы тела. Результаты исследований J. Denollet позволили сделать вывод о повышении встречаемости признаков метаболического синдрома при наличии типа Д в 2,2 раза, низкой физической активности – в 1,5 раза [22, 38].

Однако подобные взаимосвязи были выявлены не во всех проводимых исследованиях. На предприятии в Германии было проведено исследование, в котором не наблюдалось корреляции типа личности Д и таких характеристик, как уровень физической активности, курение, уровень артериального давления, индекс массы тела и объем талии. Похожие результаты были получены и при обследовании больных с сахарным диабетом: не наблюдалось ассоциации дистрессорного типа Д с уровнем артериального давления, индекса массы тела и уровня холестерина в крови, однако, была отмечена склонность больных к нездоровому образу жизни [16, 33].

Причины данных различий авторы не до конца смогли объяснить. Особенностью двух последних приведенных исследований является выборка, состоящая из работающего населения. Предполагалось наличие влияния профессионального отбора при устройстве на работу. Также по данным

исследований International HeartQoL Project установлено, что для больных ишемической болезнью сердца дистрессорный тип личности ассоциировался большей частотой встречаемости артериальной гипертензии, гиподинамией, табакокурения и депрессии. Так как выборка испытуемых с типом Д состояла из неработающих лиц и пациентов кардиологического профиля, а в приведенных исследовательских работах участвовала группа неорганизованного населения, то данный факт мог оказать дополнительное влияние на частоту выявления у них факторов риска [39].

Следует отметить, что в приведенных исследованиях для испытуемых с наличием поведенческого типа Д характерно повышение тех факторов риска, которые опосредуются преимущественно поведенческими факторами (увеличение индекса массы тела, уровень физической активности). При этом такой закономерности не было выявлено для метаболических факторов (например, уровень холестерина и глюкозы в крови). В ряде исследований отмечались подобные закономерности. Вероятно, на данный факт могут оказать влияние не только характер выборки участников исследования, но и другие их особенности, такие как культуральные и национальные [23, 39].

Полученные сведения в приведенных исследованиях относительно взаимосвязи дистрессорного типа личности и факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний могут оказаться весьма полезными в разработке профилактических и реабилитационных программ. Изменение образа жизни пациента (повышение физической активности, изменение питания, отказ от курения) не всегда является успешным и продуктивным. Именно поэтому необходимость учета психологических факторов, предрасполагающих к такому образу жизни, может явиться важным резервом в профилактике заболеваний кардиологического профиля. При продуктивных и адекватных психотерапевтических вмешательствах имеется возможность снижения проявления негативных эмоций, возбудимости и социального подавления, которые являются признаками личностного типа Д, что уменьшает его негативное влияние на результаты реабилитационных мероприятий [37].

1.6 Тип личности Д и качество жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями

Данные последних исследований подтвердили влияние поведенческого типа Д на снижение качества жизни у больных кардиологического профиля при таких заболеваниях, как ишемическая болезнь сердца, перенесенный инфаркт миокарда, хроническая сердечная недостаточность, а также после операции коронарного шунтирования, стентирования коронарных артерий, трансплантации сердца и т.д. [8, 11].

По данным S. Al-Ruzzeḥ у пациентов с наличием дистрессорного типа личности через год, после операции коронарного шунтирования было отмечено снижение физической активности в 2 раза и снижение психологического компонента качества жизни в 5 раз по данным опросника SF-36 в сравнении с аналогичными показателями у обследуемых без поведенческого типа Д. При этом не наблюдалось влияния клинических, национальных или демографических факторов на взаимосвязь между типом личности Д и снижением качества жизни [16].

Результаты другого исследования свидетельствуют о существенно большей выраженности симптомов усталости после реваскуляризации миокарда путем шунтирования или стентирования коронарной артерии у больных при наличии типа личности Д, чем у пациентов без него [34].

По мнению авторов, именно тип личности Д по сравнению с клиническими показателями был наиболее мощным статистически достоверным предиктором снижения качества жизни и наличия депрессивных симптомов [39].

Дистрессорный тип личности мог оказать непосредственное влияние на снижение уровня физической активности, который считается одной из составляющих качества жизни. Так, больные без типа личности Д после операции коронарного шунтирования во время выполнения теста с 6-минутной ходьбой прошли большее расстояние, чем больные при наличии дистрессорного типа личности. Стоит отметить, что обе группы пациентов не различались по частоте сердечных сокращений и уровню ощущаемой нагрузки, соматические различия

отсутствовали как до начала реабилитационной программы, так и по ее завершению. Также была отмечена корреляция общей усталости и дистрессорного типа личности Д у больных с хронической сердечной недостаточностью [11].

Недавние исследования А.Н. Сумина позволили также рассмотреть наличие и взаимосвязь некоторых сопутствующих заболеваний и других медико-социальных параметров с типом личности Д и их влияние на качество жизни пациентов.

Так, автор отмечает, что пациентам кардиологического профиля с типом личности Д в большей степени свойственно злоупотребление алкоголем; также получены значимые различия по таким факторам риска как стаж табакокурения и низкая физическая активность. В группе испытуемых с наличием дистрессорного типа прослеживается большая частота встречаемости инвалидности по всем заболеваниям, а также количество неработающих пациентов в данной группе отмечается больше, чем во второй. Распространенность лишнего веса и ожирения среди испытуемых с наличием дистрессорного типа личности выше, чем у пациентов без такового ($p=0,006$).

У пациентов с наличием личностного типа Д чаще встречались такие заболевания как артериальная гипертензия ($p=0,033$), перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) или транзиторная ишемическая атака (ТИА) ($p=0,041$), сахарный диабет ($p=0,002$) и бронхиальная астма ($p=0,046$) [12, 13].

Таким образом, в ходе анализа теоретических данных можно выделить основные клиничко-психологические особенности, характерные для больных ишемической болезнью сердца. К ним относятся высокая личностная тревожность, страх и опасения за свою жизнь, физическая и психическая астения, пессимистическая оценка настоящего и будущего. Нередко у больных данного профиля встречается заострение некоторых личностных черт. Индивидам с наличием личностного типа «Д» свойственны несколько другие клиничко-психологические особенности. К таковым можно отнести: возбудимость, раздражительность, интровертированность, тревожность, угрюмость и др. Наряду с повышенной тревожностью и раздражительностью, для данной категории

больных характерны тенденция испытывать отрицательные эмоции («негативная аффективность») и склонность к утаиванию своих переживаний («социальная ингибированность»). Данные характеристики создают основу для формирования нервно-психического напряжения, которое оказывает влияние на развитие невротических и психосоматических расстройств.

2.1 Цель, задачи, объект, предмет исследования

Цель исследования: определение клинико-психологических характеристик проявления личностного типа «Д» у больных с ИБС.

Задачи:

1. Провести теоретический обзор литературы научной литературы в области клинико-психологических особенностей больных с ишемической болезнью сердца.

2. Определить клинико-психологические характеристики проявления дистрессорного типа личности у больных ишемической болезнью сердца, перенесших инфаркт миокарда.

3. Выделить специфических клинико-психологических особенностей у больных ИБС при наличии и отсутствии дистрессорного типа личности.

Объект: Клинико-психологические особенности больных ИБС.

Предмет: Клинико-психологические характеристики проявления дистрессорного типа личности у больных ИБС, перенесших инфаркт миокарда.

2.2 База исследования и характеристики выборки

Исследование проводилось на базе Муниципального автономного учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница № 2 г. Челябинска». В исследовании приняли участие 160 пациентов (92 мужчины и 68 женщин) городского отделения реабилитации и кардиологии (ГОРиК) с клиническим диагнозом «Ишемическая болезнь сердца». Все больные, принявшие участие в исследовании, имели в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда. Для наглядности и удобства социально-демографические характеристики выборки приведены в таблице 1.

Таблица 1 – Социально-демографические характеристики выборки

Параметр	Характеристики выборки
Возраст, лет	59,6 ± 11,9
Уровень образования (полное среднее и высшее), n (%)	114 (71,3)

Параметр	Характеристики выборки
Работающие, n (%)	93 (58,1)
Семейное положение, n (%)	
• Женат/замужем	114 (71,2)
• Вдова/вдовец	36 (22,5)
Длительность заболевания, n (%)	
• Менее 3-х месяцев	37 (23,1)
• 3 – 6 месяцев	7 (4,3)
• 1 – 5 лет	64 (40)
• 6 – 10 лет	22 (13,7)
• Более 10 лет	13 (8,1)
Инвалидность по любой причине, n (%)	7 (4,3)
Инвалидность по ССЗ, n (%)	14 (8,7)

В таблице 2 представлены частота встречаемости некоторых сопутствующих заболеваний при наличии и отсутствии типа личности Д, а также виды оперативного вмешательства.

Таблица 2 – Распространенность сопутствующих заболеваний и видов оперативных вмешательств при наличии и отсутствии типа личности Д

Параметр	Наличие тип Д (n = 51)	Отсутствие типа Д (n = 109)
Гипертоническая болезнь, n (%)	38 (74,5)	72 (66)
Артериальная гипертензия, n (%)	4 (7,8)	5 (4,6)
ХСН, n (%)	7 (13,7)	13 (11,9)
Атеросклероз БЦА, n (%)	5 (9,8)	10 (9,2)
Сахарный диабет II типа, n (%)	13 (25,5)	14 (12,8)
Язвенная болезнь, n (%)	4 (7,8)	7 (6,4)

Параметр	Наличие тип Д (n = 51)	Отсутствие типа Д (n = 109)
Заболевания легких, (%)	2 (3,9)	3 (2,7)
ОНМК, n (%)	2 (3,9)	5 (4,6)
Вид оперативного вмешательства, n (%):		
• Коронарная ангиопластика (КА)	38 (74,5)	60 (55)
• Аортокоронарное шунтирова- ние (КШ)	7 (13,7)	18 (16,5)
• Имплантация кардиостимуля- тора	4 (7,8)	6 (5,5)

При анализе полученных результатов следует отметить значимые различия. В группе испытуемых с типом личности Д наблюдается большая распространенность таких заболеваниям как гипертоническая болезнь (74,5 %), артериальная гипертензия (7,8 %), хроническая сердечная недостаточность (13,7 %), сахарный диабет II типа (25,5 %). Выявленные закономерности совпадают с результатами практических исследований других авторов, представленных в теоретической части работы.

Также результаты исследования позволяют отметить преобладание такого оперативного вмешательства как коронарная ангиопластика (КА) в группе с наличием личностного типа Д. Также пациентам в данной группе чаще производят имплантацию кардиостимулятора (7,8 %), в отличие больных второй группы.

2.3 Методы исследования

1. Метод анализа научной литературы.
2. Клинико-анамнестический метод.

3. Клинико-психологический метод (экспериментально-психологический): исследование проводилось при помощи следующих методик: 1) «Тип отношения к болезни (ТОБОЛ)», созданный Л.И. Вассерманом, А.Я. Вуксом, Б.В. Иовлевым, Э.Б. Карповой в 19887 году в НИИ им. Бехтерева и предназначенный для оценки личностного реагирования на болезнь; 2) «Интегративный тест тревожности», созданный в 2005 году А.П. Бизюком, Л.И. Вассерманом и Б.В. Иовлевым для общей структурной экспресс-диагностики тревоги и тревожности; 3) опросник DS-14 (The Type D scale), разработанный в Бельгии профессором клинической психологии J. Denollet и переведенный на русский язык. Проведенное исследование Пушкаревым Г.С., к.м.н., н. с. лаборатории инструментальной диагностики Научного отдела инструментальных методов исследования, показало адекватность внутренней согласованности русскоязычной версии шкалы DS-14. Показатель альфа Кронбаха для негативной возбудимости составил 0,78, для социальной ингибированности – 0,74. Установлена корреляция шкалы негативной возбудимости с тревогой по шкале HADS и тревожностью как типологическим свойством личности по опроснику STPI, а также с депрессией по шкале HADS и депрессивностью по шкале STPI. Опросник состоит из двух шкал (негативная возбудимость и социальное ингибирование), каждая из которых включает по 7 утверждений и позволяет определить наличие типа личности Д у пациентов. Для оценки согласия с каждым утверждением используется 5-пунктовая шкала от 0 («неверно») до 4 («верно»). Тип личности Д диагностируется том случае, если по каждой из шкал испытуемый набирает 10 и более баллов (приложение А) [5, 9].

В ходе проведения исследования и анализа данных были получены многочисленные результаты, которые для наглядности приведены в виде схем и гистограмм в настоящей работе. При детальном рассмотрении результатов были отмечены некоторые закономерности.

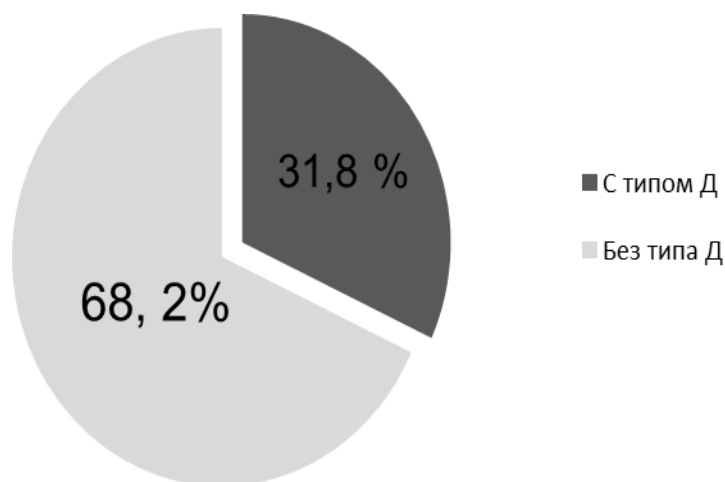


Рисунок 1 – Распространенность типа личности Д у больных ИБС, перенесших инфаркт миокарда

Полученные результаты позволяют отметить, что распространенность типа личности Д в выборке из 160 больных с ишемической болезнью сердца составила 31, 8 %. Этим пациентам свойственно постоянное и интенсивное переживание негативных эмоций, при нежелании поделиться и показать свои переживания окружающим и близким людям. Для них характерными являются такие черты, как раздражительность, угрюмость и стремление к социальной изоляции. Такие личности склонны постоянно находиться в состоянии дистресса, их отношение и взгляды на мир и по отношению к себе окрашены мрачными и серыми тонами (рисунок 1).

Анализ данных проведенного исследования позволил выделить две группы испытуемых: первая – с наличием типа личности Д, в которую вошел 51 человек; вторая – без данного личностного типа, включающая 109 человек.

Следует отметить, что почти у половины испытуемых в группе, которой не был диагностирован тип личности Д, встречается превышение порогового значения по

одной из шкал опросника DS-14. Количество баллов превышает пороговые значения по первой шкале («Негативная возбудимость») в 26,6 % случаев (29 человек), что может свидетельствовать о наличии у данной группы пациентов негативных эмоций таких, как гнев, раздражительность, пессимистический взгляд на мир. Превышение баллов по второй шкале («Социальная ингибированность») встречается в 14,7 % случаев (16 человек) от общего количества пациентов без типа Д. Для данной группы больных характерна тенденция и стремление к сокрытию от окружающих своих мыслей и переживаний (рисунок 2).

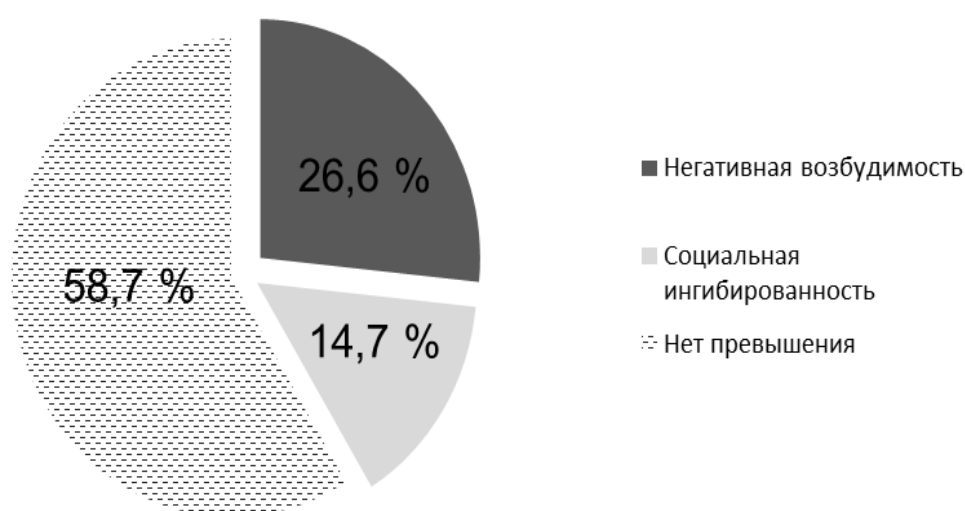


Рисунок 2 – Распространенность превышения порогового значения по шкалам опросника DS-14 в группе без типа личности Д

Что касается типов отношения к болезни у пациентов, то в обеих группах наблюдается тенденция большей распространенности *эргопатического типа*, который встречается в первой группе в 47 % случаев (13 человек), а во второй группе частота его встречаемости составляет 20,7 % случаев (35 человек). Данный тип характеризуется «уходом от болезни в работу», избирательным отношением к лечению, сверхценным отношением к ней, стремлением во что бы то ни стало сохранить профессиональный статус и социальное функционирование. Следует отметить превышение частоты встречаемости данного типа отношения к болезни в группе с дистрессорным типом личности.

Вторым по распространенности в группе без поведенческого типа Д является *гармоничный тип* отношения к болезни, который встречается 14,6 % случаев (16 человек). Для данного типа свойственна адекватная оценка состояния своего здоровья, стремление активно содействовать в лечении заболевания, сосредоточение внимания на своих делах, интересных занятиях и т.д.

При этом в группе с наличием дистрессорного типа личности вторым по частоте встречаемости является *анозогнозический тип* (19,6 % случаев; 10 человек). Для пациентов с таким типом отношения характерно отбрасывание мыслей о болезни и ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного, тенденция к преуменьшению значения состояния своего здоровья. (рисунок 3).

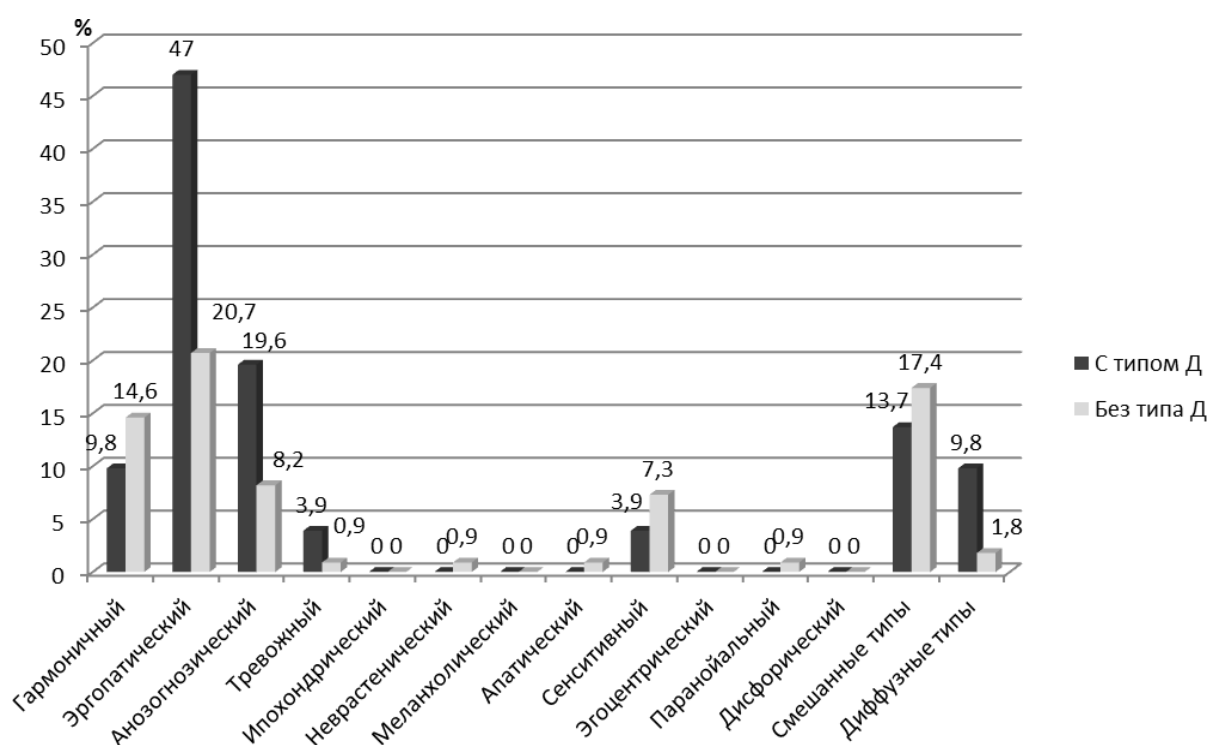


Рисунок 3 – Распространенность типов отношения к болезни у пациентов с ИБС, перенесших инфаркт миокарда, с наличием и отсутствием типа личности Д

Следует отметить, что в структуре смешанных типов отношения к болезни по всей выборке преобладающими являются компоненты *анозогнозического* и *эргопатического* типов. Данный смешанный тип отношения к болезни встречается в группе с типом личности Д в 7,8 % случаев (4 человека), а в группе без дистрессорного типа – в 14,7 % случаев (16 человек). В группе с наличием дистрессорного типа также отмечается преобладание показателей другого

смешанного типа – *эргопатического* и *сенситивного*, который встречается в 5,9 % случаев (3 человека). При этом в группе без типа личности Д преобладает смешанный тип, включающий *анозогнозический* и *сенситивный* типы. Он регистрируется у больных данной группы в 4,6 % случаев (5 человек) (рисунок 4).

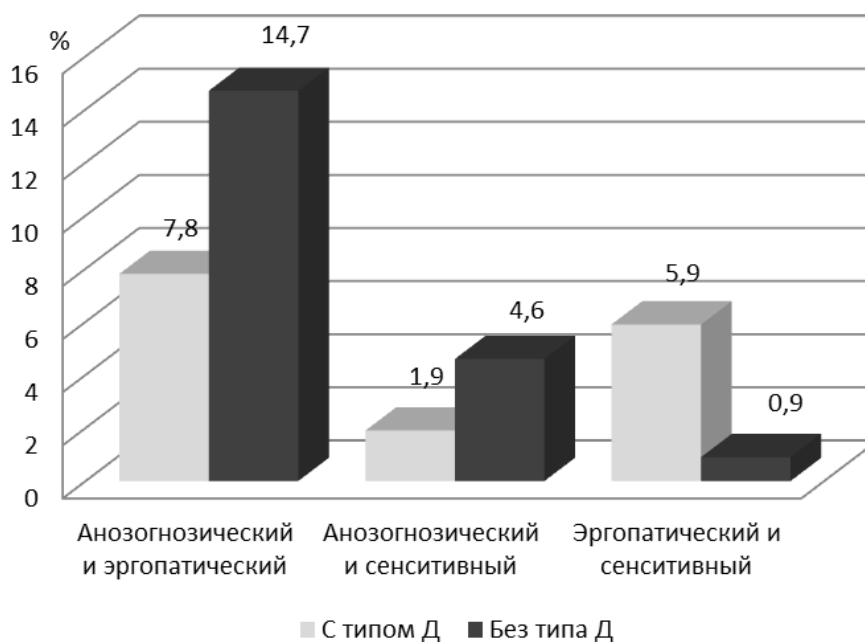


Рисунок 4 – Процентное соотношение смешанных типов отношения к болезни у пациентов с ИБС, перенесших инфаркт миокарда, при наличии и отсутствии типа Д

Согласно результатам исследования было выявлено, что больным кардиологического профиля свойственна повышенная тревожность. С помощью методики «ИТТ» были оценены уровни ситуативной и личностной тревожности у испытуемых. При оценке ситуативной тревоги отмечается преобладание низкого уровня тревожности у лиц без дистрессорного типа личности – 66,1 % случаев (72 человека). В группе пациентов с наличием типа личности Д наблюдается преобладание среднего и высокого уровней ситуативной тревожности (54,9 % и 15,7 % соответственно) над показателями группы пациентов с отсутствием дистрессорного типа (рисунок 5).

Ситуативная тревога

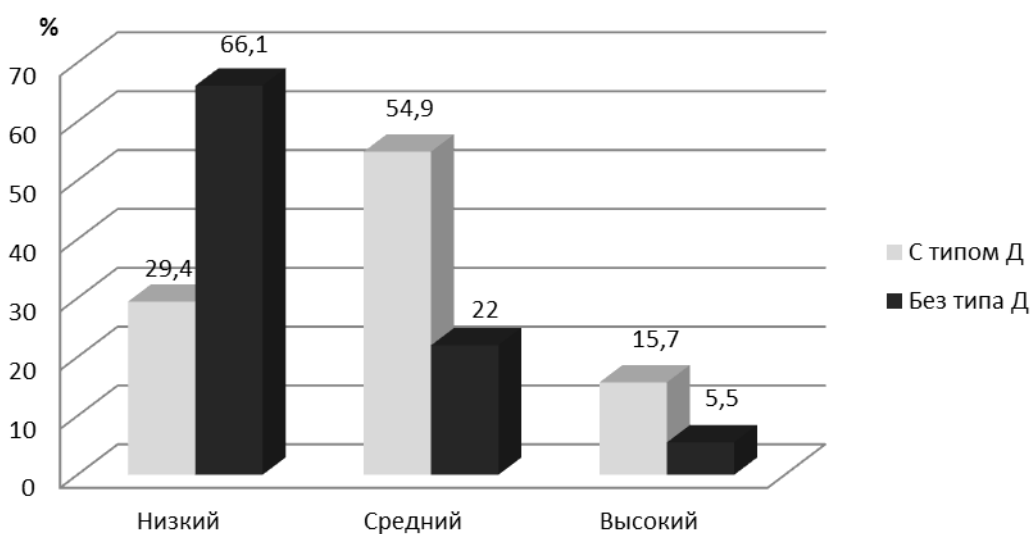


Рисунок 5 – Показатели ситуативной тревожности у пациентов с ИБС, перенесших инфаркт миокарда, с наличием и отсутствием типа личности Д

Аналогичная картина наблюдается при рассмотрении показателей личностной тревожности. При анализе данных личностной тревожности отмечается тенденция к большей распространенности высокого и среднего уровней у больных с типом личности Д, в отличие от пациентов без него. Высокий уровень тревожности встречается в первой группе испытуемых в 58,8 % случаев, что составляет 30 человек, а во второй группе частота данного уровня тревожности – 24,7 % случаев (27 человек). Средний уровень тревожности среди пациентов с типом личности Д встречается в 33,3 % случаев (17 испытуемых), а в группе без дистрессорного типа его частота – 13,7 % (15 человек). Показатели низкого уровня тревожности у пациентов с типом личности Д встречаются в несколько раз реже, чем у лиц без данного типа (55 % случаев и 9,8 % случаев соответственно) (рисунок 6).

Личностная тревожность

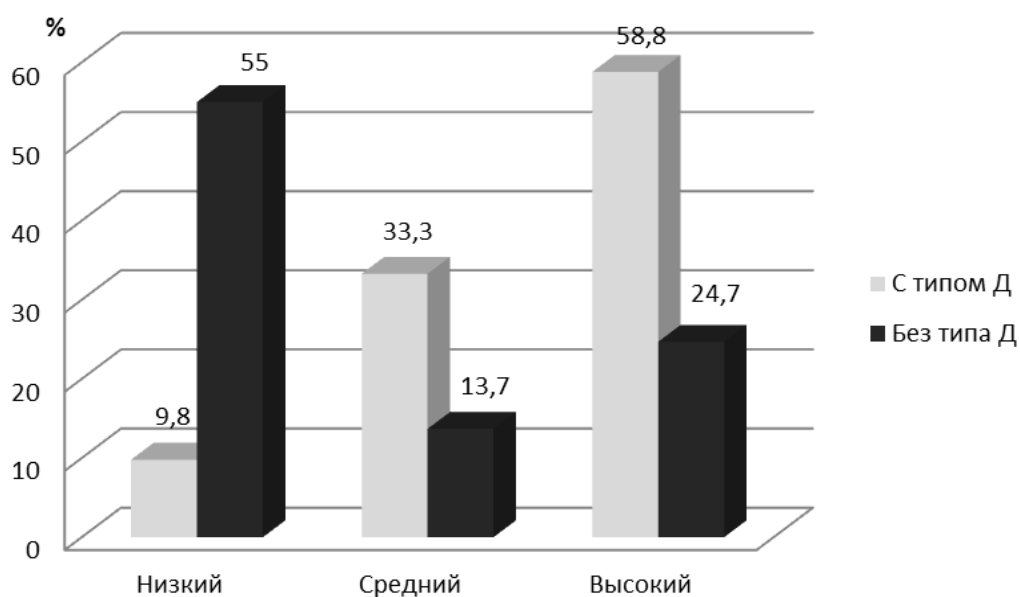


Рисунок 6 – Показатели личностной тревожности у пациентов с ИБС, перенесших инфаркт миокарда, с наличием и отсутствием типа личности Д

При анализе данных по дополнительным шкалам методики «ИТТ» была отмечена большая выраженность показателей по шкале «Астенический компонент тревожности» (АСТ) в обеих группах при оценке ситуативной тревоги. Показатели субшкалы АСТ в первой группе встречаются в 37,2 % случаев (19 человек), а во второй группе испытуемых частота встречаемости показателей данной субшкалы – 28,4 % случаев (31 человек). Для категории пациентов с превалированием показателей по субшкале «Астенический компонент тревожности» характерно наличие таких симптомов в структуре тревожности, как усталость, расстройства сна, вялость, пассивность, быстрая утомляемость при умственных и физических нагрузках.

В группе с наличием дистрессорного типа личности помимо субшкалы «Астенический компонент тревожности», отмечается тенденция преобладания показателей по субшкале «Социальные реакции защиты» (СЗ). Частота встречаемости показателей по этой субшкале в группе испытуемых с наличием дистрессорного типа личности составляет 21,6 % случаев (11 человек). Указанная шкала позволяет выявить в структуре тревожности стремление индивида проявлять тревогу в сфере социального взаимодействия или попытки

испытуемого рассматривать социальную среду как источник тревожного напряжения и неуверенности в себе.

В группе без типа личности Д в структуре ситуативной тревожности наблюдается преобладание показателей по шкалам «Астенический компонент тревожности» (АСТ) и «Тревожная оценка перспектив» (ОП). Показатели по последней субшкале в группе без дистрессорного типа личности встречаются в 20,2 % случаев (22 человека). Последняя субшкала позволяет выявить наличие страхов у испытуемого за свою жизнь, общую озабоченность своим состоянием здоровья (рисунок 7).

Ситуативная тревога (дополнительные шкалы)

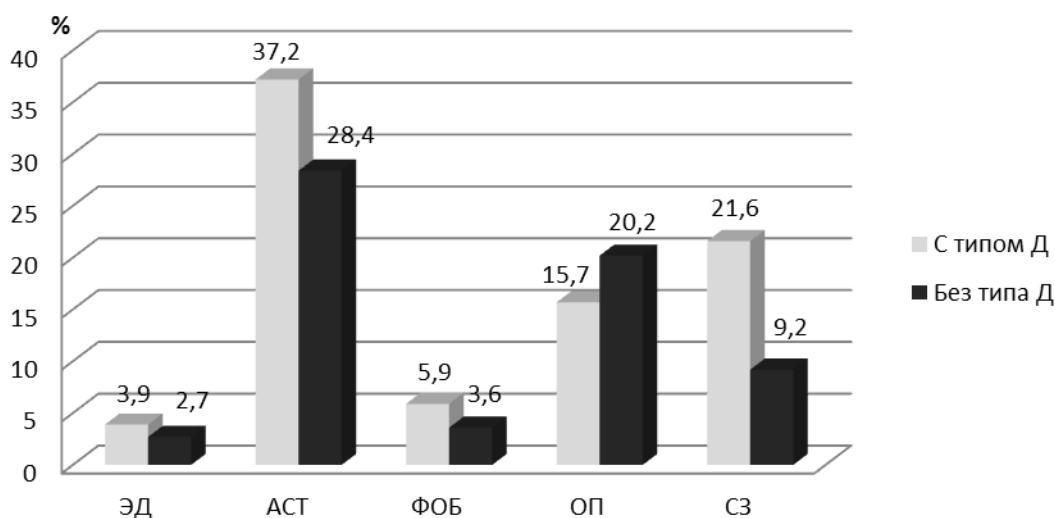


Рисунок 7 – Процентное соотношение показателей ситуативной тревоги по дополнительным шкалам методики «ИТТ» у пациентов с ИБС, перенесших инфаркт миокарда, при наличии и отсутствии типа личности Д: ЭД – эмоциональный дискомфорт; АСТ – астенический компонент тревожности; ФОБ – фобический компонент тревожности; ОП – тревожная оценка перспектив; СЗ – социальные реакции защиты

В структуре личностной тревожности в группе с наличием дистрессорного типа при оценке данных по дополнительным шкалам методики «ИТТ» наблюдается преобладание высоких показателей по субшкалам «Астенический компонент тревожности» (АСТ) и «Тревожная оценка перспектив» (ОП). Показатели первой шкалы встречаются у 56,8 % случаев (29 человек), а

показатели по субшкале ОП в данной группе составляют 27,4 % случаев (14 человек).

При этом стоит отметить, что в группе испытуемых без данного личностного типа помимо показателей по субшкале АСТ, которые встречаются в 38,5 % случаев (42 человека), превалируют показатели по дополнительным шкалам «Эмоциональный дискомфорт» (ЭД) и «Фобический компонент тревожности» (ФОБ). Частота встречаемости показателей по указанным субшкалам в группе испытуемых без дистрессорного типа личности составляет соответственно 26,6 % случаев (29 человек) и 13,7 % случаев (15 человек). Указанные шкалы позволяют оценить наличие у данной категории пациентов таких проявлений как ощущение непонятной угрозы, неуверенности в себе, чувства собственной бесполезности, а также наличие эмоциональных расстройств, сниженного эмоционального фона, проявления эмоциональной напряженности и ощущения неудовлетворенности жизненной ситуацией (рисунок 8).



Рисунок 8 – Процентное соотношение показателей личностной тревожности по дополнительным шкалам методики «ИТТ» у пациентов с ИБС, перенесших инфаркт миокарда, при наличии и отсутствии типа личности Д: ЭД – эмоциональный дискомфорт; АСТ – астенический компонент тревожности; ФОБ – фобический компонент тревожности; ОП – тревожная оценка перспектив; СЗ – социальные реакции защиты

Таким образом, тщательно проанализировав полученные результаты проведенного исследования, можно сделать вывод, что наличие личностного типа Д у больных кардиологического профиля встречается в 31,8 % случаев от общей выборки. При этом почти у половины обследованных без данного типа личности встречается наличие черт негативной возбудимости или социальной ингибированности.

В ходе анализа результатов исследования отмечено, что больным с дистрессорным типом личности свойственны *эргопатический тип* отношения к болезни, то есть такая стратегия поведения индивидов, как «уход от болезни в работу», избирательное отношение к обследованиям и лечению, стремление сохранить свой профессиональный статус, не смотря свое заболевание и состояние здоровья, и *анозогнозический тип*. Для пациентов с указанным типом отношения к болезни свойственно отбрасывание мыслей о заболевании и его последствиях, вплоть до отрицания очевидного, отказы от лечебных и диагностических мероприятий, тенденция к приуменьшению значимости состояния своего здоровья.

Также при исследовании пациентов с типом личности Д отмечена характерная тенденция преобладания показателей высокого и среднего уровней тревожности в структуре как ситуативной тревоги, так и личностной тревожности.

Следует отметить, что при анализе данных по дополнительным шкалам методики «ИТТ» при наличии дистрессорного типа личности в структуре ситуативной тревоги преобладают показатели по субшкалам «Астенический компонент тревожности» (АСТ) и «Социальные реакции защиты» (СЗ), что может свидетельствовать о наличии таких проявлений как вялость, пассивность, возможные расстройства сна, быстрая утомляемость при физических и умственных нагрузках, а также стремление индивидов проявлять тревогу в сфере социального взаимодействия.

В структуре личностной тревожности у данной группы испытуемых на первый план выступают показатели по субшкалам «Астенический компонент тревожности» (АСТ) и «Тревожная оценка перспектив» (ОП). Выявленные

закономерности позволяют отметить, что для пациентов при наличии дистрессорного типа личности, помимо повышенной утомляемости, пассивности, возможных нарушений сна, характерно наличие страхов за свою жизнь, общую озабоченность своим состоянием здоровья.

ВЫВОДЫ

Исходя из рассмотренного выше материала и проведенного практического исследования, можно сделать следующие выводы:

1. В ходе теоретического анализа литературных источников были рассмотрены клинико-психологические особенности больных кардиологического профиля, в частности, с ишемической болезнью сердца. Представлены многочисленные исследования в данной области науки, выделены характерные черты пациентов с данным заболеванием. К ним относятся высокая личностная тревожность, страх и опасения за свою жизнь, физическая и психическая астения, пессимистическая оценка настоящего и будущего. Нередко у больных данного профиля встречается заострение некоторых личностных черт. Также были проанализированы теоретические данные относительно типа личности Д, механизма его влияния на пациентов кардиологического профиля.

2. В настоящей работе было проведено исследование при участии 160 больных с ишемической болезнью сердца, которые перенесли инфаркт миокарда. Результаты данного исследования позволили выявить, что наличие дистрессорного типа личности наблюдается у 31,8 % больных (51 человек). На основании изучения данных исследования пациентов с наличием типа Д были обозначены клинико-психологические характеристики проявления дистрессорного типа личности у больных ишемической болезнью сердца, перенесших инфаркт миокарда. Индивидам с наличием личностного типа Д свойственны такие личностные особенности как возбудимость, раздражительность, интровертированность, тревожность, угрюмость, чувство вины и др. Нередко у пациентов кардиологического профиля встречаются эмоциональные и социальные трудности, которые включают депрессивные симптомы, гнев, пессимизм, физическую и психическую астению и т.д. Наряду с повышенной тревожностью и раздражительностью, для данной категории больных характерны тенденция испытывать отрицательные эмоции («негативная аффективность») и склонность к утаиванию своих переживаний («социальная ингибированность»). Данные характеристики создают основу для формирования

нервно-психического напряжения, которое оказывает влияние на развитие невротических и психосоматических расстройств.

3. В ходе проведения практического исследования и дальнейшего анализа полученных данных было выявлено наличие дистрессорного типа у 31,8 % больных с ишемической болезнью сердца. При этом почти у половины обследованных без данного типа личности встречается наличие черт негативной возбудимости или социальной ингибированности. В ходе анализа результатов исследования отмечено, что больным в обеих группах как при наличии дистрессорного типа, так и при его отсутствии свойственна распространенность показателей *эргопатического типа* отношения к болезни, то есть такая стратегия поведения индивидов, как «уход от болезни в работу», стремление сохранить свой профессиональный статус, несмотря на свое заболевание и состояние здоровья. Для больных с наличием типа личности Д также характерна распространенность *анозогнозического типа*. Для пациентов с указанным типом отношения к болезни свойственно отбрасывание мыслей о заболевании, вплоть до отрицания очевидного, тенденция к приуменьшению значимости состояния своего здоровья.

Следует отметить, что в группе пациентов без наличия дистрессорного типа помимо *эргопатического типа* отношения к болезни наблюдается распространенность *гармонического типа*. Пациентам данной группы свойственна адекватная оценка состояния своего здоровья, стремление активно участвовать в процессе лечения заболевания, сосредоточение на своих интересах, занятиях и т.д.

С помощью методики «ИТТ» были оценены уровни ситуативной тревоги и личностной тревожности. При оценке ситуативной тревоги было выявлено, что для больных в группе без типа личности Д характерно преобладание низкого уровня тревожности. В то же время для группы пациентов с наличием дистрессорного типа личности свойственно превалирование показателей среднего и высокого уровней. Аналогичная картина наблюдается при анализе показателей личностной тревожности.

Следует отметить, что при анализе данных по дополнительным шкалам методики «ИТТ» при наличии дистрессорного типа личности в структуре

ситуативной тревоги преобладают показатели по субшкалам «Астенический компонент тревожности» (АСТ) и «Социальные реакции защиты» (СЗ), что может свидетельствовать о наличии таких проявлений как вялость, пассивность, возможные расстройства сна, быстрая утомляемость при физических и умственных нагрузках, а также стремление индивидов проявлять тревогу в сфере социального взаимодействия.

При этом у больных без личностного типа Д отмечается преобладание показателей по субшкалам «Астенический компонент тревожности» (АСТ) и «Тревожная оценка перспектив» (ОП). Больным данной группы характерно наличие страхов за свою жизнь, общую озабоченность состоянием своего здоровья, а также такие проявления как быстрая утомляемость после физических и умственных нагрузок, расстройства сна, пассивность.

В структуре личностной тревожности у группы испытуемых с наличием дистрессорного типа личности на первый план выступают показатели по субшкалам «Астенический компонент тревожности» (АСТ) и «Тревожная оценка перспектив» (ОП). Выявленные закономерности позволяют отметить, что для пациентов при наличии дистрессорного типа личности, помимо повышенной утомляемости, пассивности, возможных нарушений сна, характерно наличие страхов за свою жизнь, общую озабоченность своим состоянием здоровья.

Во второй группе испытуемых превалируют показатели по дополнительным шкалам «Эмоциональный компонент тревожности» (ЭД) и «Фобический компонент тревожности» (ФОБ). Данной категории пациентов свойственны такие проявления как ощущение непонятной угрозы, неуверенность в себе, чувства собственной бесполезности, а также возможно наличие эмоциональных расстройств, снижение эмоционального фона, проявлений эмоциональной напряженности и ощущения неудовлетворенности жизненной ситуацией.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе подготовки настоящей работы было просмотрено и изучено большое количество материала по данной проблематике, современных публикаций отечественных и зарубежных специалистов в данной области науки. Были изучены и представлены психологические особенности больных с ишемической болезнью сердца, в частности при наличии у них типа личности Д. К таким особенностям можно отнести повышенный уровень личностной тревожности, пребывание в состоянии дистресса, преобладание негативных эмоций, стремление к утаиванию своих переживаний и эмоций от окружающих людей и так далее.

Разработана и представлена программа практического исследования, целью которого является определение клинико-психологических характеристик проявления личностного типа «Д» у постинфарктных больных с ишемической болезнью сердца. В ходе анализа полученных результатов проведенного исследования было выявлено, что распространенность дистрессорного типа личности в выборке из 160 пациентов с ишемической болезнью сердца, перенесших инфаркт миокарда, составила 31,8 %. Также анализ результатов исследования позволил выявить преобладание среднего и высокого уровней как ситуативной тревоги, так и личностной тревожности у больных с наличием типа личности Д.

Следует отметить, что доминирующими типами отношения к болезни у пациентов с поведенческим типом Д является эргопатический и анозогнозический типы. Пациентам с первым типом свойственна такая стратегия поведения, как «уход от болезни в работу», стремление сохранить свой профессиональный статус, не смотря свое заболевание и состояние здоровья. При наличии анозогнозического типа больным характерно отбрасывание мыслей о болезни, вплоть до отрицания очевидного, тенденция к приуменьшению значимости состояния своего здоровья.

При анализе данных по дополнительным шкалам методики «ИТТ» выявлено, что для испытуемых с наличием дистрессорного типа личности характерно наличие таких проявлений как вялость, пассивность, возможные расстройства сна,

быстрая утомляемость при физических и умственных нагрузках, стремление индивидов проявлять тревогу в сфере социального взаимодействия.

Таким образом, все поставленные в настоящей работе задачи были решены. Полученные в ходе проделанной работы теоретические и практические выводы могут пополнить существующие исследования относительно проблемы влияния личностного типа Д на пациентов кардиологического профиля, а также учитываться при составлении и реализации профилактических и реабилитационных программ с больными ишемической болезнью сердца, перенесших инфаркт миокарда.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Алдушина, И.В. О некоторых психосоматических взаимоотношениях у больных инфарктом миокарда на разных этапах лечения / И.В. Алдушина, А.И. Борохов, М.А. Лапицкий. – Челябинск: Изд. Челяб. мед. ин-та, 1990. – 267 с.
2. Вишневский, А.Г. Смертность от болезней системы кровообращения и продолжительность жизни в России / А.Г. Вишневский, Е.М. Андреев, С.А. Тимонин // Демографическое обозрение. – 2016. – Т. 3. – № 1. – С. 6–34.
3. Ковалев, В.В. Личность и ее нарушения при соматической болезни / В.В. Ковалев // Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней: Сеченовский вестник. – М.: Медицина, 1989. – № 13. – С. 95–99.
4. Новичкова, Н.И. Нарушение сна и хронический стресс как факторы риска сердечно-сосудистой патологии / Н.И. Новичкова, Д.Ю. Каллистов, Е.А. Романов // Российский кардиологический журнал. – 2015. – № 6. – С. 20–24.
5. Пушкарев, Г.С. Надежность и валидность русскоязычной версии шкалы DS-14 у больных ишемической болезнью сердца / Г.С. Пушкарев, В.А. Кузнецов, Е.И. Ярославский, И.С. Бессонов // Российский кардиологический журнал. – 2016. – № 6. – С. 50–54.
6. Райх, О.И. Влияние типа личности Д на психологическое состояние больных старших возрастных групп в клинике сердечно-сосудистой хирургии / О.И. Райх, А.Н. Сумин, Е.В. Корок // Актуальные вопросы оказания медицинской помощи контингенту особого внимания и гражданам старшего поколения. – Кемерово, – 2009. – С. 3–14.
7. Райх, О.И. Социально-психологические особенности кардиологических больных с наличием типа личности Д / О.И. Райх, А.Н. Сумин, Е.В. Корок и др. // V Национальный конгресс терапевтов. – Москва, – 2010. – 291 с.
8. Райх, О.И. Тип личности Д у больных с атеросклерозом различной локализации: распространенность, влияние на качество жизни: автореферат дис...к-та мед. наук / О.И. Райх. – Кемерово, 2012. – 23 с.

9. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-ое издание / А.А. Новик, Т.И. Ионова; под ред. Ю.Л. Шевченко. – М.: Просвещение, 2007. – 320 с.
10. Сумин, А.Н. Влияние типа личности Д на частоту выявления периферического атеросклероза у больных хроническими заболеваниями легких / А.Н. Сумин, Е.В. Недосейкина, О.Г. Архипов // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. – 2012. – № 2. – С. 22–27.
11. Сумин, А.Н. Поведенческий тип личности Д (дистрессорный) при сердечно-сосудистых заболеваниях / А.Н. Сумин // Кардиология. – 2010. – № 10. – С. 66–73.
12. Сумин, А.Н. Распространенность типа личности «Д» и связь с наличием и факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний по данным исследования «ЭССЕ» в Кемеровской области / А.Н. Сумин, О.И. Райх, Е.В. Индукаева, Г.В. Артамонова // Рациональная фармакотерапия в кардиологии, – 2015. – № 11. – С. 261–266.
13. Сумин, А.Н. Тип личности Д и качество жизни больных через год после операции коронарного шунтирования / А.Н. Сумин, О.Н. Райх, Р.А. Гайфулин и др. // Российский кардиологический журнал. – 2014. – № 4. – С. 92–99.
14. Сумин, А.Н. Тип личности Д и уровень маркеров субклинического воспаления у больных ИБС / А.Н. Сумин, А.В. Осокина, Н.В. Федорова // Российский кардиологический журнал. – 2016. – № 2. – С. 65–70.
15. Урванцев, Л.П. Психология соматического больного / Л.П. Урванцев. – Ярославль: Изд-во ЯрГУ, 2000. – 215 с.
16. Al-Ruzzeh S., Athanasiou T., Mangoush O. Predictors of poor mid-term health related quality of life after primary isolated coronary artery bypass grafting surgery // Heart. – 2005. – Vol. 91(3). – pp. 1557–1562.
17. De Gelder B., Van de Riet W.A., Grezes J., Denollet J. Decreased differential activity in the amygdala in response to fearful expressions in Type D personality // Neurophysiol. Clin. – 2008. – Vol. 38(4). – pp. 163–169.

18. Denollet J. DS-14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality // *Psychosom. Med.* – 2005. – Vol. 67(5). – pp. 89–97.
19. Denollet J. Personality and coronary heart disease: the type-D // *Ann Behav. Med.* – 1998. – Vol. 20(4). – pp. 209–215.
20. Denollet J., Conraads V.M., Brutsaert D.L. et al. Cytokines and immune activation in systolic heart failure: the role of type D personality // *Brain Behav. Immun.* – 2003. – Vol. 17(2). – pp. 304–309.
21. Denollet J., Schiffer A.A., Spek V. A general propensity to psychological distress affects cardiovascular outcomes: evidence from research on the type D (distressed) personality profile // *Circ. Cardiovasc. Qual. Outcomes.* – 2010. – Vol. 3(5). – pp. 546–557.
22. Denollet J., Sys S.U., Brutsaert D.L. Personality and mortality after myocardial infarction // *Psychosom. Med.* – 1995. – Vol. 57(2). – pp. 582–591.
23. Denollet J., Sys S.U., Stroobant N. et al. Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease // *Lancet.* – 1996. – Vol. 34(4). – pp. 417–421.
24. Denollet J., Vaes J., Brutsaert D.L. Inadequate response to treatment in coronary heart disease: adverse effects of type D personality and younger age on 5-year prognosis and quality of life // *Circulation.* – 2000. – Vol. 102(9). – pp. 630–635.
25. Deswal A., Petersen N.J., Feldman A.M. et al. Cytokines and cytokine receptors in advanced heart failure: an analysis of the cytokine database from the Vesnarinone Trial (VEST) // *Circulation.* – 2001. – Vol. 103(13). – pp. 2055–2059.
26. Hanebuth D., Meinel M., Fischer J. E. Healthrelated quality of life, psychosocial work conditions, and absenteeism in an industrial sample of blue and white-collar employees: a comparison of potential predictors // *J. Occup. Environ. Med.* – 2006. – Vol. 48(1). – 2837 p.
27. Hausteiner C., Klupsch D., Emeny R. et al. Clustering of negative affectivity and social inhibition in the community: prevalence of type D personality as a cardiovascular risk marker // *Psychosom. Med.* – 2010. – Vol. 72(2). – pp. 163–171.

28. Krumholz H.M., Peterson E.D., Ayanian J.Z. et al. Report of the National Heart, Lung, and Blood Institute Working Group on Outcomes Research in Cardiovascular Disease // *Circulation*. – 2005. – Vol. 111(14). – pp. 3158–3166.
29. Martens E.J., Kupper N., Pedersen S.S. et al. Type-D personality is a stable taxonomy in post-MI patients over an 18-month period // *Psychosom. Res.* – 2007. – Vol. 63(7). – pp. 545–550.
30. Molloy G.J., Perkins-Porras L., Strike P.C. Type-D personality and cortisol in survivors of acute coronary syndrome // *Psychosom. Med.* – 2008. – Vol. 70(5). – pp. 863–868.
31. Mols F., Denollet J. Type D personality in the general population: a systematic review of health status, mechanisms of disease, and workrelated problems // *Health Qual Life Outcomes*. – 2010. – Vol. 8(1). – pp. 9–17.
32. Pedersen S.S., Denollet J. Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: a review // *Cardiovasc. Prev. Rehabil.* – 2003. – Vol. 10(5). – pp. 241–248.
33. Pedersen S.S., Denollet J., Ong A.T. et al. Impaired health status in Type D patients following PCI in the drug-eluting stent era // *Cardiol.* – 2007. – Vol.11(4). – pp. 358–365.
34. Pedersen S.S., Lemos P.A., Van Vooren P.R. Type D personality predicts death or myocardial infarction after bare metal stent or sirolimus eluting stent implantation: a Rapamycin-Eluting Stent Evaluated at Rotterdam Cardiology Hospital (RESEARCH) registry substudy // *JACC*. – 2004. – Vol. 44 (5). – pp. 997–1001.
35. Pelle A.J., Schiffer A.A., Smith O.R. et al. Inadequate consultation behavior modulates the relationship between Type D personality and impaired health status in chronic heart failure // *Cardiol.* – 2009. – Vol. 22(1). – pp. 49–57.
36. Razzini C., Bianchi F., Leo R. et al. Correlations between personality factors and coronary artery disease: from type A behaviour pattern to type D personality // *Cardiovasc. Med (Hagerstown)*. – 2008. – Vol. 9(5). – pp. 761–768.
37. Robert M., Kenneth E., Veith R.C. Depression, the autonomic nervous system, and coronary heart disease // *Psychosomatic Medicine*, 2005. – Vol. 67(1). – pp. 29–33.

38. Schiffer A.A., Denollet J., Widdershoven J.W. et al. Failure to consult for symptoms of heart failure in patients with a type-D personality // *Heart*. – 2007. – Vol. 93 (3). – pp. 814–818.

39. Schiffer A.A., Pedersen S.S., Widdershoven J.W. et al. The distressed (type D) personality is independently associated with impaired health status and increased depressive symptoms in chronic heart failure // *Cardiovasc. Prev. Rehabil.* – 2005. – Vol. 12 (9). – pp. 341–346.

40. Sher L. Type D personality: the heart, stress, and cortisol // *QJM*. – 2005. – Vol. 9(8). – pp. 323–329.

41. Van Craenenbroeck E.M., Denollet J., Paelinck B.P. et al. Circulating CD34+/KDR+ endothelial progenitor cells are reduced in chronic heart failure patients as a function of Type D personality // *Clin. Sci. (London)*. – 2009. – Vol. 117(6). – pp. 165–172.

42. Von Kanel R., Barth J., Kohls S. et al. Heart rate recovery after exercise in chronic heart failure: Role of vital exhaustion and type D personality // *Cardiol.* – 2009. – Vol. 53(5). – pp. 248–256.

43. Whitehead D.L., Perkins-Porras L., Strike P.C. et al. Cortisol awakening response is elevated in acute coronary syndrome patients with type-D personality // *Psychosom. Res.* – 2007. – Vol. 62(7). – pp. 419–425.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Опросник DS-14

ФИО _____

Дата рождения _____ Дата обследования _____

Инструкция: Ниже приведен ряд заявлений, которые люди часто используют для характеристики самих себя. Пожалуйста, прочтите каждое заявление и обведите кружком соответствующий Вашему ответу номер. Здесь нет правильных и неправильных ответов: значение имеет лишь Ваше мнение.

№		Неверно	Скорее неверно	Затрудняюсь ответить	Скорее верно	Верно
1	Я легко контактирую с людьми при встрече					
2	Я часто беспокоюсь по пустякам					
3	Я часто разговариваю с незнакомыми людьми					
4	Я часто чувствую себя несчастным					
5	Я часто раздражен					
6	Я часто чувствую себя скованным при общении с людьми					
7	Я мрачно смотрю на вещи					
8	Мне трудно начать разговор					
9	Я часто бываю в плохом настроении					
10	Я закрытый человек					
11	Я предпочитаю держать с людьми дистанцию					
12	Я часто о чем-либо беспокоюсь					
13	Я часто чувствую подавленность					
14	При общении с людьми с трудом нахожу общую тему для разговора					