

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ РИСКИ И РЕСУРСЫ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Е.Л. Николаев, Е.Ю. Лазарева

*Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова,
Чебоксары*

Изучение факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), понимаемых не как причина патологического состояния, а как условия и обстоятельства, характеристики и свойства организма и личности, увеличивающие вероятность заболевания, играет чрезвычайно важную роль в научных исследованиях кардиальной патологии, поскольку создает основу для организации эффективной системы профилактики среди различных групп населения.

К общепринятым факторам риска ССЗ сегодня учёные относят курение, повышенное давление, гиперхолестеринемию и сахарный диабет. Они составляют 75-90 % факторов риска заболеваемости ИБС по отдельности или в совокупности. В то же время идет интенсивный поиск других управляемых факторов риска ССЗ – генетических аномалий, маркеров воспаления, специфических липидов и липопротеинов и др. Тем не менее значимость психосоциальных факторов в развитии ССЗ и их прогнозе не снижается (Franklin В.А., 2009). В отличие от биологических факторов риска их можно считать предикторами ССЗ (Katsarou А.Л., Triposkiadis F., Panagiotakos D., 2012).

Изучение факторов риска ССЗ может также проходить в рамках исследования специфики кардиометаболического синдрома. В связи с этим научный интерес представляет обзор А.Н. Алёхина и Е.А. Трифионовой (2012), в котором представлена история изучения и современные исследования влияния психологических факторов на риск кардиометаболических расстройств, проанализированы личностные, клинико-психопатологические, ситуационные и когнитивно-поведенческие факторы риска, отмечены недостатки современных исследований, подчеркнута необходимость интеграции раз-

личных подходов в психосоматике и более широкого использования индивидуально-ориентированных исследований.

Стрессовые воздействия. Хронический стресс повседневной жизни, в основном связанный с профессиональной деятельностью, является одним из значимых факторов риска ССЗ (Rozanski A., Blumenthal J.A., Kaplan J., 1999; Wu Z.S., 2001).

Изучение проблемы стресса как фактора риска требует уточнения вида стресса – супружеского, рабочего и т.д. Концепция "воспринимаемого стресса" ("perceived stress") позволяет углубить представления о том, как личность активно взаимодействует со своим окружением, как она воспринимает события – потенциально угрожающими или бросающими вызов, в свете возможностей копинг-ресурсов (Katsarou A.L., Triposkiadis F., Panagiotakos D., 2012).

Патофизиологические механизмы, лежащие в основе негативного влияния стресса, могут реализовываться двояко: опосредованно, через саморазрушающее поведение (например, курение) или напрямую, воздействуя на тромбоциты или нейроэндокринную активность организма. Результаты применения современных технологий исследования свидетельствуют о том, что острый стресс с учетом индивидуальной реактивности симпатической нервной системы запускает ишемию миокарда, способствует аритмогенезу, активизирует функцию тромбоцитов и увеличивает вязкость крови. Исследования указывают на предшествующие эффекты дисфункции и повреждения эндотелия сосудов, вызванные острым стрессом (Hornstein C., 2004).

Личностные особенности. Исследование здоровой популяции с помощью психофизиологических критериев показало наибольший риск развития артериальной гипертензии и ИБС у лиц с наличием интрапсихических конфликтов. Они нуждаются в индивидуальной, интенсивной и длительной психотерапевтической коррекции выявленных нарушений функционального состояния организма. Меньший риск возникновения сердечно-сосудистой патологии у здоровых лиц с повышенной невротизацией и тревожностью, но без полярных интрапсихических черт, которым также показана коррекция обнаруженных психофизиологических изменений с помощью традиционных методов психотерапии (Кодочигова А.И., 2005).

В работе Н.Ю. Кувшиновой (2011) определены особенности психологического статуса пациентов с различными клиническими формами ИБС. Для большинства больных характерны сниженная эмоциональная устойчивость, подозрительность, фрустрированность, склонность к доминантности, повышенная личностная тревожность с преобладанием реакций тревожной оценки перспективы и эмоционального дискомфорта, симптомы депрессивного спектра, дисгармоничные типы отношения к болезни. Межличностные отношения больных ИБС характеризуются напряженностью, преобладанием у большинства пациентов автократичности и конкурентности. В структуре объяснительных стилей отмечается наличие пессимистических тенденций.

В работе В.Я. Варлаковой (2007) разграничены два типа больных ИБС. У больных ИБС стенического типа отмечаются следующие психологические и психофизиологические факторы: высокий уровень сенситивной ригидности, высокий уровень невротической астении, склонность к накоплению аффекта, возбудимость личности, личностная склонность к сверхконтролю, а также значительная межполушарная асимметрия функциональной активности мозга с избыточной активностью правого полушария и снижением активности левого полушария. Астенический тип больных ИБС включает в себя следующие психологические и психофизиологические факторы: ригидность личностной позиции, которая проявляется в широком спектре ситуаций, средний уровень невротической астении, личностная пассивность, демонстративность, высокая индивидуалистичность, а также снижение функциональной активности правого и левого полушарий мозга (Варлакова Я.В., 2007).

В диссертационном исследовании А.А. Меркурьевой (2009) уточняются характеристики личности и особенности эмоциональной сферы больных ИБС с болевым и безболевым вариантами течения. Установлено, что больных ИБС по сравнению со здоровыми лицами характеризуют: повышенный уровень активности и агрессивности, эмоциональная неустойчивость, а также ипохондричность, сниженное настроение, переживание дискомфорта. В структуре личности и эмоциональной сфере больных ИБС с болевым вариантом течения отмечаются: целеуст-

ремленность, властность, склонность к доминированию, эмоциональная неустойчивость, лабильность, а также о склонность к "уходу" в болезнь, ипохондричность. Больные ИБС характеризуются повышенным уровнем дефицитарной агрессии, т.е. склонны подавлять свои агрессивные побуждения, либо недостаточно их реализовать в связи с отсутствием соответствующих поведенческих навыков. Склонность к подавлению агрессии сочетается с повышенным контролем агрессивного поведения (Меркурьева А.А., 2009).

В работе Т.В. Чапалы (2012) установлено, что такие психологические особенности, как агрессия, враждебность, депрессия, чувство обиды, у большинства пациентов с ИБС возрастают соответственно увеличению тяжести клинической формы болезни, одновременно являясь следствием тяжелой соматической патологии (соматопсихические влияния) и психологическими факторами риска развития негативной клинической динамики заболевания (психосоматические влияния).

При оценке соотношения клинических характеристик и отношения к болезни пациентов с фибрилляцией предсердий установлено, что больные характеризуются повышенной тревожностью и фрустрированностью ситуацией болезни. Выявлены взаимосвязи между клиническими характеристиками заболевания и психологическими характеристиками пациентов. Больные с малосимптомной формой менее тревожны, чем симптоматичные пациенты, однако менее информированы о заболевании, менее привержены лечению. Пациенты с четкой локализацией симптомов в области сердца более тревожны, чем пациенты с разнообразными специфическими и неспецифическими жалобами. У пациентов с постоянной формой фибрилляции более выражены пессимистические тенденции в личностной реакции на заболевание и лечение, чем у пациентов с пароксизмальной формой фибрилляции. При идиопатической форме фибрилляции предсердий более выражены сенситивные, эгоцентрические и паранойяльные тенденции в отношении к болезни. Продолжительность заболевания положительно связана с информированностью о нем и приверженностью к лечению и со склонностью к чрезмерной сосредоточенности на симптомах и необоснованному ограничению активности. У пациентов, имеющих опыт не-

достаточно эффективного лечения методом катетерной аблации, более выражены сенситивные тенденции в отношении к болезни (Алехин А.Н., Трифонова Е.А., Чумакова И.О., Лебедев Д.С., Михайлов Е.Н., 2011).

У больных хронической сердечной недостаточностью в состоянии декомпенсации выявляются личностные особенности и состояния в виде недостаточного отреагирования агрессивных побуждений, высокой тревожности, неадекватно завышенной самооценки, экстернальной локализации контроля над значимыми жизненными событиями, интровертированности и нивелирования стиля "самопобуждения к интенсивной деятельности" (Михайлова Т.В., 2006).

Аффективная сфера личности. Важность изучения связей между сердечно-сосудистыми заболеваниями и стилевыми характеристиками эмоционального реагирования подчеркивается многими исследователями (Thomas S.P., 1997; Karademas E.C., Tsalikou C., Tallarou M.C., 2011).

Вообще эмоциональные состояния при психосоматических заболеваниях имеют свои особенности. По мнению В.Г. Рагозинской (2010), они образованы большим, чем в норме, числом взаимосвязанных переменных, значения которых достоверно выше, чем у здоровых лиц; при этом тревожно-депрессивные и агрессивные проявления в структуре эмоциональных состояний больных психосоматическими заболеваниями образуют тесные прямые корреляции, что может отражать низкую дифференцированность эмоциональных состояний и ограничение репертуара эмоционального реагирования при психосоматических расстройствах (Рагозинская В.Г., 2010).

Вопреки широко распространенному с 1950-х гг. среди специалистов мнению о существовании корреляции между ИБС и поведением типа А, которое характеризуется тремя основными проявлениями: враждебностью, усиливающейся по незначительным поводам; ощущением нехватки времени и нетерпеливостью, вызывающими раздражительность; стремлением к соревновательности (Friedman M., 1996), сегодня ученые считают наиболее значимым predisпозиционными факторами ИБС враждебность и гнев (Williams R.B. Jr., 1987; Dudek D. et al., 2001; Wu Z.S., 2001; Razzini C. et al., 2008; Newman J.D. et al., 2011).

Враждебных индивидов отличает повышенная в некоторых ситуациях физиологическая реактивность, более высокий уровень межличностных конфликтов, меньший уровень социальной поддержки, а также нездоровые повседневные привычки (Smith T.W., 1992). В то же время риск заболеваемости личности с высоким уровнем враждебности снижается, если личность имеет позитивные межличностные отношения – так показано в исследовании американских психологов (Guyll M. et al., 2010).

Существуют работы, в которых негативное влияние подавления гнева на сердечно-сосудистую систему описывается с позиций патофизиологических механизмов (Mills P.J., Dimsdale J.E., 1993), особых соотношений наследственности и среды (Poole J.C. et al., 2006).

Целью работы словенских ученых (Marusic A., Belsak K., Marusic D., 2008) было изучение соотношения между сенсibilизацией эмоций, с одной стороны, и основными факторами риска ИБС и некоторыми психологическими характеристиками – с другой стороны. Установлено, что сенсibilизация эмоций соотносится с более эмоциональными и менее отстраненными вариантами копинга, большим курением, что в свою очередь увеличивает поведенческий риск развития ИБС.

Исследовательская группа из Медицинского университета Мазендарана (Hosseini S.H. et al., 2011), сравнивая 200 больных артериальной гипертензией и 100 здоровых, установила, что для больных артериальной гипертензией характерно наличие гнева как личностной черты, а также его подавление. Выражение гнева в обеих группах достоверно не отличалось.

Чешскими учеными (Kubej P., Kogán M., 1989) в качестве важных факторов риска артериальной гипертензии в дополнение к нарастающей сложности социальной жизни добавлены особенности поведенческой активности и психофизиологической реактивности. Личность больного с артериальной гипертензией наделяется ими следующими чертами: тревожностью в социальных контактах, подавленной враждебностью, проявлениями перфекционизма, подавлением эмоций, избыточной поведенческой приспособляемостью, оборонительными реакциями на стрессовые стимулы.

По мнению патофизиологов, высокотревожные мужчины, страдающие артериальной гипертензией, отличаются от низкотревожных более высокой степенью дисциркуляторной (гипоксической) энцефалопатии, которая сочетается с частыми головными болями, превалированием возбуждательных процессов над тормозными, низкой устойчивостью организма к гипоксии, легким функциональным физическим и умственным нагрузкам, а также неадекватным отношением к окружающим и назначениям врача (конфликтность, потребление поваренной соли и высококалорийных продуктов питания) (Усенко А.Г., 2007).

Возможность развития артериальной гипертонии у здоровых лиц молодого возраста вне зависимости от половой принадлежности определяется увеличением личностной тревожности, повышением тревожной и снижением возбудимой акцентуаций в характере личности (Колопкова Т.А., 2010).

В исследовании, проведенном в университете Осаки, определено, что депрессия и подавление гнева являются факторами риска ССЗ для японцев, так же как и для жителей западных стран (Ohira T., 2010). В работе ученых Стамбульского университета описаны достоверные положительные корреляционные связи между подавлением гнева и уровнем систолического артериального давления у подростков (Albayrak B., Kutlu Y., 2012).

В последние два десятилетия выделяется тип личности D, определяемый как "дистрессовый" и являющийся собой фактор предрасположенности к ИБС (Razzini C. et al., 2008). К его проявлениям относится сочетание негативной аффективности с социальной ингибцией в частой комбинации с нездоровым образом жизни (Kupper N., Denollet J., 2007; Grande G. et al., 2012; Svansdottir E. Et al., 2012).

Тип личности D является важным предиктором долгосрочной смертности больных с установленным диагнозом ИБС независимо от биомедицинских факторов риска (Denollet J., 1996).

Эмоциональное состояние больного с ССЗ может также определяться собственными характеристиками. М.Г. Киселева (2012) к социально-демографическим и клиническим факторам риска эмоционального неблагополучия пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в период хирургического лечения относит: отсутствие постоянной работы; отсутствие постоянно-

го партнера в семейных отношениях; диагнозы: ишемическая болезнь сердца, врожденный порок сердца; стаж заболевания более 4 лет; "открытый" тип кардиохирургической операции.

Факторами неблагоприятного прогноза для больных ИБС, перенесших операцию коронарного шунтирования, выступают повышенная тревожность и сенситивность при реализации социальных контактов (Круглова Н.Е., 2013).

По результатам, полученным в исследовании Ю.М. Никитиной (2009), депрессивные и тревожные расстройства у больных ИБС, а также развитие личности по типу маскированной и аберрантной ипохондрии могут использоваться при оценке прогноза заболевания в качестве независимых факторов риска.

Интересные результаты получены психологами из Университета штата Юта (США) при изучении психосоциальных факторов риска ИБС. Выявлено, что существуют определенные различия в результатах самоотчетов самих больных в сравнении с результатами опроса их супругов, в связи с чем реальные риски заболевания могут явно недооцениваться (Smith T.W., 2008).

Перфекционизм является пока что недостаточно изученным многомерным конструктом, проявляющимся в когнитивном и поведенческом контекстах, и как личностная черта имеет отношение к таким патологическим состояниям, как депрессия, тревога, суициды, нарушения пищевого поведения, обсессивно-компульсивное расстройство личности, социофобия, инсомния (Гаранян Н.Г., Васильева М.Н., 2010; Соколова Е.Т., Цыганкова П.В., 2011; Masson A.M., Cadot M., Anseau M., 2003; Levinson C.A. et al., 2013).

Перфекционизм сравнительно более подробно изучен при психических расстройствах (Гаранян Н.Г., 2006; Тарханова П.М., Холмогорова А.Б., 2011; Ларских М.В., Ларских С.В., 2012; Egan S.J., Nattaway M., Kane R.T., 2013). Имеются работы о связи перфекционизма и инсультов – по данным швейцарского исследования у женщин с высокой "потребностью в контроле" определяется высокий риск цереброваскулярных заболеваний (Goetz S., Adler R.H., Weber R., 1992). Описания роли перфекционизма при сердечно-сосудистых заболеваниях в мировой литературе крайне скудны.

Так, по данным австралийских психологов из Университета Мельбурна, такие черты перфекционизма, как проявления личностной автономии, являются важными предикторами депрессии у больных ИБС. Ранняя диагностика перфекционизма ложится в основу когнитивной интервенции в этой группе пациентов с целью выработки согласованной программы лечения (Stafford L., Jackson H.J., Berk M., 2009).

Проведенное в Монреале канадскими специалистами исследование у больных ИБС таких проявлений перфекционизма, как высокая самокритичность, высокие личностные стандарты, зависимость, позволило лучше понять их соотношение с ИБС. Определено, что самокритичность соотносится у больных ИБС с личностной уязвимостью по параметрам агрессии, гнева, враждебности, негативной аффективности по типу D и психосоциальной дезадаптацией с депрессивными симптомами, беспокойством, избегающим копингом, неудовлетворенностью социальной поддержкой. Высокие личностные стандарты у больных ИБС больше связаны с адаптивным копингом – проблемно-ориентированным и позитивной реинтерпретацией, а зависимость – с беспокойством и волнением (Dunkley D.M. et al., 2012).

По данным японских ученых, проводивших исследование поведения типа А у больных женщин с ССЗ, самоуверенность и перфекционизм отрицательно связаны с тяжестью клинического состояния при атеросклерозе коронарных артерий (Yoshimasu K. Et al., 2002).

В работе отечественных ученых Н.В. Юдиной и Т.В. Раевой (2008) рассматривается специфика реагирования больных с артериальной гипертензией на стресс. У них определяется перфекционистские черты – доминирование "долженствований" в сферах требований к собственной личности, достижения целей и взаимоотношений с окружающими, что очерчивает их особый когнитивный стиль.

В работе американского исследователя P.R. Steffen (2013) рассматриваются соотношения между религиозностью личности в ее внутреннем и внешнем проявлениях, негативной аффективностью и удовлетворенностью жизнью. Изучая здоровую популяцию, ученый установил, что внутренняя религиозность лич-

ности имеет отрицательную связь с негативной аффективностью и положительную связь – с удовлетворенностью жизнью. Снижая уровень патологического перфекционизма, она уменьшает негативную аффективность личности и увеличивает ее удовлетворенность жизнью. Внешняя религиозность личности соотносится с высоким уровнем патологического перфекционизма, негативной аффективности и низкой удовлетворенностью жизнью. В ситуации, когда проявления патологического перфекционизма контролируются, прямые эффекты внешней религиозности также соотносятся с уменьшением негативной аффективности и ростом удовлетворенности жизнью (Steffen P. R., 2013).

Е.А. Громова (2012) считает, что психосоциальные факторы можно разделить на две основные категории: хронические стрессоры (социальные факторы) и эмоциональные (психологические) факторы. Хронические стрессоры – это семейное положение, стресс на работе и дома, низкая социальная поддержка, низкий социально-экономический статус (образование, профессия). Эмоциональные факторы включают в себя аффективные расстройства: депрессию, тревожные расстройства и враждебность, а также жизненное истощение и нарушение сна – соматические расстройства, обусловленные стресс-факторами.

В работе китайского исследователя из Пекина Z.S. Wu (2001) обобщаются данные о психосоциальных факторах риска ССЗ, к которым, ссылаясь на многочисленные научные сведения, он относит пять наиболее значимых – депрессию, тревогу, личностные факторы и черты характера, социальную изоляцию и хронический жизненный стресс.

Возможными патофизиологическими механизмами влияния психосоциальных факторов на патогенез ССЗ ему видятся: в избыточной активации симпатической нервной системы, запуске ишемии миокарда, активации аритмогенеза, стимулировании функции тромбоцитов, расстройстве функций эндотелия (Wu Z.S., 2001).

Психосоциальные ресурсы понимаются нами как совокупность индивидуально-личностных свойств человека и явных или скрытых возможностей его социальной среды и окружения. К ресурсам личности относят те свойства и качества личности, а также возможности ее социального взаимодействия, которые

расширяют возможности человека, его потенциал для достижения значимых целей и результатов. Ресурсы у здоровых и больных могут иметь существенные различия, что и обусловило наш интерес к этому вопросу.

Личностные ресурсы. Наибольшее число исследований ресурсов личности посвящено изучению таких психологических феноменов, как психологическая защита, копинг-поведение, адаптивность, личностный потенциал. Рассматривается такое интегративное психологическое свойство личности, как стрессоустойчивость, или жизнестойкость, представление о котором активно разрабатывается современными авторами. Исследуются составляющие жизнестойкости, к которым относятся такие качества, как способность принимать вызов, ответственность за происходящие события (Соловьева С.Л., 2010).

В работе Т.В. Михайловой (2006) подчеркивается, что компенсированные больные хронической сердечной недостаточностью менее склонны к психологической защите, отдавая предпочтение конструктивным копинг-стратегиям ("проблемный анализ", "альтруизм", "сотрудничество", "обращение"). Они характеризуются адекватной самооценкой, средним уровнем агрессивности, интернальным локусом контроля, умеренно выраженной тревожностью и экстравертированностью.

И.Л. Гуреева (2009) отмечает, что больные ИБС чаще используют такие копинг-стратегии, как самоконтроль, поиск социальной поддержки и принятие ответственности, что, возможно, способствует формированию адаптивного поведения.

Социальная поддержка. Важной характеристикой функционирования личности является социальная поддержка как сеть социальных контактов, система межличностных отношений, выступающих в роли ресурса для личности в трудных жизненных ситуациях.

Так, признаки личностной автономии в противовес социальной направленности личности являются важными предикторами депрессии у больных ИБС (Stafford L. Et al., 2009). Социальная поддержка также оказывает позитивное влияние на восстановление гемодинамических показателей у больных с ССЗ в послеоперационном периоде после имплантации кардиовертера-дефибриллятора (Lache B., Meyer T., Herrmann-Lingen C., 2007).

Во многих работах, проведенных в рамках западной культуры, проводится четкая связь между социальной поддержкой и прогнозом сердечно-сосудистых заболеваний. Данные о влиянии социальной поддержки в условиях других культур и популяций практически отсутствуют. Японская исследовательская группа во главе с А. Ikeda (2008) выявила, что низкий уровень социальной поддержки связан с высоким риском смертности от инсульта у мужчин и не связан с заболеваемостью.

Влияет ли социальная поддержка на приверженность здоровому образу жизни? Сравнительное исследование 5115 американцев европейского и африканского происхождения, проведенное Allen J. et al. (2001), дало возможность ответить на этот вопрос следующим образом. Поддержка положительно связана с большей физической активностью у всех исследованных, кроме черных женщин. В сочетании с высоким уровнем враждебности данная положительная взаимосвязь сохраняется только у мужчин. Белые женщины с высоким уровнем социальной поддержки реже курят, но только при невысокой враждебности. Черные мужчины и белые женщины с высоким уровнем социальной поддержки и высокой враждебностью употребляют больше алкоголя, но его количество умеренно.

Социальная поддержка является важным культуральным ресурсом при сердечно-сосудистой патологии и для представителей латиноамериканской культуры. К ресурсам здесь относятся вера, физическая активность, забота о семье, связи с друзьями (Perez A., Fleury J., Shearer N., 2012).

Важными характеристиками, отражающими адаптационный потенциал личности у больных с ИБС, перенесших оперативное вмешательство, являются показатели, отражающие направленность и качество социальных контактов в дооперационном периоде. Значимыми факторами благоприятного прогноза для больных ИБС, перенесших операцию коронарного шунтирования, являются экстравертированная направленность личности и вынужденные ограничения социальных контактов в связи с заболеванием. В группе больных ИБС, перенесших стентирование коронарных артерий, адаптационный потенциал больше у лиц, не испытывающих существенных ограничений в физической активности, но испытывающих напряженность и неудовлетворен-

ность в связи с заболеванием. Такие больные гораздо чаще возобновляют после операции трудовую деятельность (Круглова Н.Е., 2013).

Индивидуально-психологические черты личности также могут являться не только факторами риска, но и основой адаптационного потенциала в состоянии болезни. Так, по данным Ю.М. Никитиной (2009), у больных ИБС благоприятный прогноз заболевания связан с преморбидными истерическими, ананкастическими, тревожными (избегающими) и гипертимическими конституциональными личностными чертами, соматотоническим типом соматопсихической акцентуации, невротической ипохондрией, сверхценной ипохондрией и развитием по типу "новой жизни".

Эффективной мерой социальной поддержки для больных с сердечной недостаточностью пожилого возраста может оказаться и регулярное анонимное общение со своими сверстниками по телефону в рамках специальной реабилитационной программы.

Важность позитивного социального окружения и социальной поддержки на ранних этапах развития, т.е. в детстве, подчеркивается американскими исследователями (Appleton A.A. et al., 2013), которые рассматривают его в качестве важного условия, снижающего риск ССЗ в зрелом возрасте.

Религиозность. Связь религиозности с состоянием здоровья или болезни в последние годы является предметом пристального научного интереса (Николаев Е.Л., 2005а; Николаев Е.Л., 2005b; Unantenne N. et al., 2011; Perez A., Fleury J., Shearer N., 2012; Bekke-Hansen S. et al., 2012; Powell-Wiley T.M. et al., 2013).

Учеными ставится вопрос, насколько соотносится связанное с религиозностью поведение, способствующее здоровью, со снижением заболеваемости и смертности. Польский исследователь из Гданьского университета P. Zagozdzon в связи с этим отмечает, что религиозность оказывает благоприятное влияние на многие соматические и психические заболевания, в числе которых ИБС, рак, депрессия, суициды, психозы, химические зависимости. Религиозные практики и вера могут являться мощными источниками комфорта, надежды и смысла. Они связаны с полезными пищевыми привычками и сниженным риском злоупотребления химическими веществами. В то же время религи-

озность может иметь негативные соотношения со здоровьем, в силу тесной взаимосвязи с невротическими и психотическими расстройствами (Zagozdzon P., 2011).

Религиозная вера важна для многих пациентов с серьезными заболеваниями, являясь для них позитивным копинг-ресурсом. Они часто обращаются к религии и Богу в связи со своей болезнью. Это духовное взаимодействие может благоприятно влиять на пациента за счет чувства успокоения, больших знаний о болезни, большей приверженности к лечению и более высокого качества жизни, в то время как результаты влияния молитвы на самочувствие при сердечно-сосудистых заболеваниях остаются противоречивыми (Stewart W.C. et al., 2013).

Касаясь особенностей религиозного совладания, можно отметить, что религиозное совладание с трудностями включает в себя: внутреннее совладание (ресурсом которого является интегрированная система ценностей, убеждений, намерений и действий); горизонтальное совладание (в основе которого лежит связь между людьми благодаря их общей идентичности в общине единоверцев); вертикальное совладание (осуществляемое за счет отношений между человеком и Творцом) (Шмелев И.М., 2011).

Духовные переживания также важны в состоянии болезни, поскольку они тесно связаны с эмоциональной сферой личности и ее нарушениями. Так, в диссертационном исследовании А.В. Немцева (2012), показано, что биологические исследования духовности, основанные на интегративной нейропсихологической модели духовных переживаний, указывают на области пересечения духовности и депрессивных расстройств (активность гипоталамо-гипофизарно-адреналовой системы, и гипотетически – одной из серотониновых подсистем).

В работе ученых из Медицинского университета Мешхеда показано благоприятное влияние поста во время священного для мусульман месяца Рамадан на снижение показателей риска сердечно-сосудистой патологии у больных с предыдущим кардиологическими анамнезом (Nematy M. et al., 2012).

Физическая и духовная практика йоги, восходящая к древним индийским религиозным учениям, также рассматривается сегодня как средство, оказывающее определенное позитивное

влияние на здоровье и на его поддержание при заболеваниях, в том числе при сердечно-сосудистых (Narainath K. et al., 2004; Miles S.C. et al., 2013). Если американские ученые из университета Техаса утверждают, что йога оказывает неоднозначное влияние на уровень артериального давления у больных (Miles S.C. et al., 2013), то индийские исследователи считают, что практика йоги и медитации однозначно способствует улучшению деятельности сердечно-сосудистой системы и психологического профиля личности. Йога, по их мнению, может быть психофизиологическим стимулом для эндогенной секреции мелатонина, который, в свою очередь, ответствен за ощущение благополучия (Narainath K. et al., 2004).

В ходе анализа научной литературы становится очевидно, что связь между духовным благополучием личности и состоянием ее здоровья вызывает все меньше сомнений. Гораздо меньше известно о физиологических механизмах этого феномена. В работе Holt-Lunstad J. et al. (2011) представлены результаты исследования связи духовного благополучия личности с физиологическими рисками по заболеваниям сердца. Так, с помощью регрессионного анализа установлено, что более высокий уровень духовного благополучия, определяемый по шкале FACIT-Sp-Ex, соответствует достоверно низким показателям систолического и диастолического артериального давления, низкому уровню С-реактивного белка, глюкозы натощак, триглицеридов, липопротеидов очень низкой плотности с учетом возраста, пола и посещения церкви.

Английские ученые из Королевского Колледжа также подчеркивают, что для больных с сердечной недостаточностью крайне важными копинг-ресурсами являются социальная поддержка и вера (Selman L. et al., 2007). Схожие данные о большой значимости духовного благополучия для больных с сердечной недостаточностью получены и американскими учеными (Bekelman D.V. et al., 2007).

В качестве резюме можно обозначить, что объем исследований психосоциальных ресурсов личности при ССЗ, представленных в современной психологической и медицинской литературе, значительно уступает обширному массиву научных данных, посвящённых изучению факторов риска, что отражает яв-

ную недооценку роли ресурсного компонента в процессе лечения и профилактики ССЗ. Все психологические ресурсы личности можно разделить на интраперсональные (стрессоустойчивость, жизнестойкость, психологические защиты, копинг, вера и др.) и интерперсональные (социальная поддержка, социальные контакты, забота о семье и др.).

Литература

1. Алёхин А.Н., Трифонова Е.А. Психологические факторы кардиометаболического риска: история и современное состояние проблемы // Артериальная гипертензия. 2012. Т. 18, № 4. С. 278-291.
2. Варлакова Я.В. Психическая ригидность в патогенезе и психотерапии ишемической болезни сердца: дис.... канд. психол. наук. Томск, 2007. 193 с.
3. Гаранян Н.Г. Перфекционизм и психические расстройства (обзор зарубежных эмпирических исследований) // Совр. терапия психич. расстройств. 2006. № 1. С. 31-40.
4. Гаранян Н.Г., Васильева М.Н. Личностные характеристики больных рекуррентной депрессией, резистентных к медикаментозному лечению // Сиб. вестник психиатрии и наркологии. 2010. № 1. С. 42-47.
5. Громова Е.А. Психосоциальные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний (обзор литературы) // Сиб. медицинский журнал. 2012. № 2. С. 22-29.
6. Гуреева И.Л. Психологические особенности пациентов с ишемической болезнью сердца, предрасположенных к паническим атакам: дис.... канд. психол. наук. СПб., 2009. 197 с.
7. Киселева М.Г. Влияние индивидуально-психологических особенностей пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями на эффективность психологического сопровождения послеоперационного восстановления: автореф. дис.... канд. психол. наук. М., 2012. 32 с.
8. Клинические факторы качества жизни больных с фибрилляцией предсердий, проходящих интервенционное лечение / А.Н. Алёхин, Е.А. Трифонова, И.О. Чумакова и др. // Бюл. Федер. Центра сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова. 2011. № 4. С. 15-23.
9. Кодочигова А.И. Психофизиологические критерии риска развития артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца у

- клинически здоровых лиц: дис.... д-ра мед. наук. Саратов, 2005. 263 с.
10. *Колопкова Т.А.* Психофизиологические, гемодинамические и адаптационные критерии возможности развития артериальной гипертонии у клинически здоровых лиц молодого возраста: дис.... канд. мед. наук. Волгоград, 2010. 166 с.
 11. *Круглова Н.Е.* Психологические факторы прогноза возвращения к труду больных ИБС после высокотехнологичного хирургического лечения: автореф. дис.... канд. психол. наук. СПб., 2013. 24 с.
 12. *Кувшинова Н.Ю.* Психокоррекционная работа с больными ишемической болезнью сердца с учетом параметров качества жизни: автореф. дис.... канд. психол. наук. СПб., 2011. 29 с.
 13. *Ларских М.В., Ларских С.В.* Связь между перфекционизмом и депрессией у студентов ВГМА // Прикладные информ. аспекты медицины. 2012. Т. 15, № 2-2. С. 11-14.
 14. *Меркурьева А.А.* Характеристики личности и особенности эмоциональной сферы больных ишемической болезнью сердца с болевым и безболевым вариантами течения: дис.... канд. психол. наук. СПб., 2009. 190 с.
 15. *Михайлова Т.В.* Психологические факторы в декомпенсации хронической сердечной недостаточности: дис.... канд. психол. наук. СПб., 2006. 200 с.
 16. *Немцев А.В.* Духовные смыслы в жизненном мире людей, страдающих депрессивными расстройствами: автореф. дис. ... канд. психол. наук. Томск, 2012. 23 с.
 17. *Никитина Ю.М.* Психосоматические соотношения и особенности катамнеза больных ишемической болезнью сердца: дис.... канд. мед. наук. М., 2009. 122 с.
 18. *Николаев Е.Л.* Проблемы духовного совершенствования в лечении психических расстройств // Вестник психотерапии. 2005. № 14. С. 9-20.
 19. *Николаев Е.Л.* Система семейных и духовных ценностей при психической дезадаптации // Вестник Чуваш. ун-та. 2005. № 2. С. 90-99.
 20. *Рагозинская В.Г.* Эмоциональные состояния и их нейрофизиологические корреляты у больных психосоматическими заболеваниями: дис.... канд. психол. наук. СПб., 2010. 197 с.
 21. *Соколова Е.Т., Цыганкова П.В.* Перфекционизм и когнитивный стиль личности у лиц, имевших попытку суицида // Вопросы психологии. 2011. № 2. С. 90-100.

22. Соловьева С.Л. Ресурсы личности // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2010. № 2. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: http://medpsy.ru/npj/archiv_global/2010_2_3/ /nomer/nomer02.php (дата обращения: 16.04.2014).
23. Тарханова П.М., А.Б. Холмогорова. Социальные и психологические факторы физического перфекционизма и неудовлетворенности своим телом // Психол. наука и образование. 2011. № 5. С. 52-60.
24. Усенко А.Г. Особенности течения артериальной гипертензии у мужчин в зависимости от психосоматического статуса и оптимизации лечения: дис.... канд. мед. наук. Новосибирск, 2007. 220 с.
25. Чапала Т.В. Психологические факторы риска в клинической динамике ишемической болезни сердца: автореф. дис.... канд. психол. наук. СПб., 2012. 25 с.
26. Шмелев И.М. Стратегии и ресурсы совладающего поведения верующих молодых людей // Вестник Университета Российской академии образования. 2011. № 3. С. 63-65.
27. Юдина Н.В., Раева Т.В. Эмоционально-когнитивные предпосылки формирования артериальной гипертензии // Сиб. вестник психиатрии и наркологии. 2008. № 3. С. 72-74.
28. Albayrak B., Kutlu Y. The determination of blood pressure, anger expression and body mass index in adolescents in Turkey: a pilot study // Coll. Antropol. 2012. Vol. 36, N 1. March. P. 87-92.
29. Anger expression and suppression among patients with essential hypertension / S.H. Hosseini, V. Mokhberi, R.A. Mohammadpour et al. // Int. J. Psychiatry Clin. Pract. 2011. Vol. 15, N 3. Sep. P. 214-218.
30. Anger suppression and adiposity modulate association between ADRB2 haplotype and cardiovascular stress reactivity / J.C. Poole, H. Snieder, H.C. Davis et al. // Psychosom. Med. 2006. Vol. 68, N 2. March-Apr. P. 207-212.
31. Arterial blood pressure and cardiovascular responses to yoga practice / S.C. Miles, C. Chun-Chung, L. Hsin-Fu et al. // Altern. Ther. Health. Med. 2013. Vol. 19, N 1. Jan-Feb. P. 38-45.
32. Associations of self-reports versus spouse ratings of negative affectivity, dominance, and affiliation with coronary artery disease: where should we look and who should we ask when studying personality and health? / T.W. Smith, B.N. Uchino, C.A. Berg et al. // Health Psychol. 2008. Vol. 27, N 6. Nov. P. 676-684.

33. *Churches* as targets for cardiovascular disease prevention: comparison of genes, nutrition, exercise, wellness and spiritual growth (GoodNEWS) and Dallas County populations / T.M. Powell-Wiley, K. Banks-Richard, E. Williams-King et al. // *J. Public. Health (Oxf)*. 2013. Vol. 35, N 1. March. P. 99-106.
34. *Correlations* between personality factors and coronary artery disease: from type A behaviour pattern to type D personality / C. Razzini, F. Bianchi, R. Leo et al. // *J. Cardiovasc. Med. (Hagerstown)*. 2008. Vol. 9, N 8. Aug. P. 761-768.
35. *Effects* of Hatha yoga and Omkar meditation on cardiorespiratory performance, psychologic profile, and melatonin secretion / K. Harinath, A.S. Malhotra, K. Pal et al. // *J. Altern. Complement. Med.* 2004. Vol. 10, N 2. Apr. P. 261-268.
36. *Effects* of Ramadan fasting on cardiovascular risk factors: a prospective observational study / M. Nematy, M. Alinezhad-Namaghi, M.M. Rashed et al. // *Nutr. J.* 2012. Vol. 11. Sep 10. P. 69.
37. *Egan S.J., Hattaway M., Kane R.T.* The Relationship between perfectionism and rumination in post traumatic stress disorder // *Behav. Cogn. Psychother.* 2013. Feb. 15. P. 1-13.
38. *Faith* and use of complementary and alternative medicine among heart attack patients in a secular society / S. Bekke-Hansen, C.G. Pedersen, K. Thygesen et al. // *Complement Ther. Med.* 2012. Vol. 20, N 5. Oct. P. 306-315.
39. *Goetz S., Adler R.H., Weber R.* High "need for control" as a psychological risk in women suffering from ischemic stroke: a controlled retrospective exploratory study // *Int. J. Psychiatry Med.* 1992. Vol. 22, N 2. P. 119-129.
40. *Grande G.* Type D personality and heart disease: walking the line between enthusiasm and disbelief // *Ann. Behav. Med.* 2012. Vol. 44, N 1. Aug. P. 138.
41. *Friedman M.* Type A Behavior: Its Diagnosis and Treatment. Springer, 1996. 152 p.
42. *Hornstein C.* Stress, anxiety and cardiovascular disease: an interdisciplinary approach // *Vertex*. 2004. Vol. 15. Suppl 1. P. 21-31.
43. *Hostility*, relationship quality, and health among African American couples / M. Gyll, C. Cutrona, R. Burzette, D. Russell // *J. Consult. Clin. Psychol.* 2010. Vol. 78, N 5. Oct. P. 646-654.
44. *Karademas E.C., Tsalikou C., Tallarou M.C.* The impact of emotion regulation and illness-focused coping strategies on the relation of illness-related negative emotions to subjective health // *J. Health. Psychol.* 2011. Vol. 16, N 3. Apr. P. 510-519.

45. *Katsarou A.L., Triposkiadis F., Panagiotakos D.* Perceived stress and vascular disease: where are we now? // *Angiology*. 2012. Sep 11.
46. *Kubej P., Korán M.* Personality characteristics of hypertensive patients. [article in Czech] // *Cas. Lek. Cesk.* 1989. Vol. 128, N 6. Feb 3. P. 186-188.
47. *Kupper N., Denolett J.* Type D personality as a prognostic factor in heart disease: assessment and mediating mechanisms // *J. Pers. Assess.* 2007. Vol. 89, N 3. Dec. P. 265-276.
48. *Lache B., Meyer T., Herrmann-Lingen C.* Social support predicts hemodynamic recovery from mental stress in patients with implanted defibrillators // *J. Psychosom. Res.* 2007. Vol. 63, N 5. Nov. P. 515-523.
49. *Marusic A., Belsak K., Marusic D.* Sensitization of emotions as a risk factor for ischemic heart disease // *Psychiatr. Danub.* 2008. Vol. 20, N 1. Mar. P. 31-36.
50. *Masson A.M., Cadot M., Ansseau M.* Failure effects and gender differences in perfectionism [article in French] // *Encephale*. 2003. Vol. 29, N 2. March-Apr. P. 125-135.
51. *Mills P.J., Dimsdale J.E.* Anger suppression: its relationship to beta-adrenergic receptor sensitivity and stress-induced changes in blood pressure // *Psychol. Med.* 1993. Vol. 23, N 3. Aug. P. 673-678.
52. *Observed hostility and the risk of incident ischemic heart disease: a prospective population study from the 1995 Canadian Nova Scotia Health Survey / J.D. Newman, K.W. Davidson, J.A. Shaffer et al. // J. Am. Coll. Cardiol.* 2011. Vol. 58, N 12. Sep 13. P. 1222-1228.
53. *Ohira T.* Psychological distress and cardiovascular disease: The Circulatory Risk in Communities Study (CIRCS) // *J. Epidemiol.* 2010. Vol. 20, N 3. P. 185-191.
54. *Perez A., Fleury J., Shearer N.* Salud de Corazon: Cultural Resources for Cardiovascular Health among Older Hispanic Women // *Hispanic Health Care Int.* 2012. Vol. 10, N 2. Jun 1. P. 93-100.
55. *Perfectionism dimensions and dependency in relation to personality vulnerability and psychosocial adjustment in patients with coronary artery disease / D.M. Dunkley, D. Schwartzman, K.J. Looper et al. // J. Clin. Psychol. Med. Settings.* 2012. Vol. 19, N 2. Jun. P. 211-223.
56. *Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease / J. Denollet, S.U. Sys, N. Stroobant et al. // Lancet.* 1996. Vol. 347, N 8999. Feb. 17. P. 417-421.
57. *Personality patterns in coronary artery disease / D. Dudek, A. Zieba, B. Gierat, D. Dudek // Przegl. Lek.* 2001. Vol. 58, N 5. P. 448-450.

58. *Psychological, social and spiritual distress at the end of life in heart failure patients* / L. Selman, T. Beynon, I.J. Higginson, R. Harding // *Curr. Opin. Support. Palliat. Care*. 2007. Vol. 1, N 4. Dec. P. 260-266.
59. *Review of clinical medicine and religious practice* / W.C. Stewart, M.P. Adams, J.A. Stewart, L.A. Nelson // *J. Relig. Health*. 2013. Vol. 52, N 1. March. P. 91-106.
60. *Rozanski A., Blumental J.A., Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy* // *Circulation*. 1999. Vol. 99, N 16. Apr. 27. P. 2192-2217.
61. *Smith T.W. Hostility and health: current status of a psychosomatic hypothesis* // *Health. Psychol*. 1992. Vol. 11, N 3. P. 139-150.
62. *Social appearance anxiety, perfectionism, and fear of negative evaluation: distinct or shared risk factors for social anxiety and eating disorders?* / C.A. Levinson, T.L. Rodebaugh, E.K. White et al. // *Appetite*. 2013. Vol. 67. Aug. P. 125-133.
63. *Social support and health behavior in hostile black and white men and women in CARDIA (Coronary Artery Risk Development in Young Adults)* / J. Allen, J. Markovitz, D.R. Jr. Jacobs, S.S. Knox // *Psychosom. Med*. 2001. Vol. 63, N 4. P. 609-618.
64. *Social support and stroke and coronary heart disease: the JPHC study cohorts II* / A. Ikeda, H. Iso, I. Kawachi et al. // *Stroke*. 2008. Vol. 39, N 3. March. P. 768-775.
65. *Spiritual well-being and depression in patients with heart failure* / D.B. Bekelman, S.M. Dy, D.M. Becker et al. // *J. Gen. Intern. Med*. 2007. Vol. 22, N 4. Apr. P. 470-477.
66. *Stafford L., Jackson H.J., Berk M. Cognitive-personality style as vulnerability to depression in patients with coronary artery disease: roles of sociotropy and autonomy* // *Psychosom. Med*. 2009. Vol. 71, N 1. Jan. P. 63-69.
67. *Steffen P.R. Perfectionism and Life Aspirations in Intrinsically and Extrinsically Religious Individuals* // *J. Relig. Health*. 2013. Feb. 23.
68. *The Strength to Cope: Spirituality and Faith in Chronic Disease* / N. Unantenne, N. Warren, R. Canaway et al. // *J. Relig. Health*. 2011. Nov. 16.
69. *Thomas S.P. Women's anger: relationship of suppression to blood pressure* // *Nurs. Res*. 1997. Vol. 46, N 6. Nov.-Dec. P. 324-330.
70. *Type D personality is associated with impaired psychological status and unhealthy lifestyle in Icelandic cardiac patients: a cross-sectional study* / E. Svansdottir, K.C. van den Broek, H.D. Karlsson et al. // *BMC Public Health*. 2012. Vol. 12. Jan. 18. P. 42.

71. *Understanding* the connection between spiritual well-being and physical health: an examination of ambulatory blood pressure, inflammation, blood lipids and fasting glucose / J. Holt-Lunstad, P.R. Steffen, J. Sandberg, B. Jensen // *J. Behav. Med.* 2011. Vol. 34, N 6. Dec. P. 477-488.
72. *Williams R.B. Jr.* Psychological factors in coronary artery disease: epidemiologic evidence // *Circulation.* 1987. Vol. 76, N 1. Pt. 2, Jul. P. 117-123.
73. *Wu Z.S.* Epidemiological studies on the relationship between psychosocial factors and cardiovascular disease [article in Chinese] // *Zhongguo Yi Xue Ke Xue Yuan Xue Bao.* 2001. Vol. 23, N 1. Feb. P. 73-77, 82.
74. *Yoshimasu K.* Relation of type A behavior pattern and job-related psychosocial factors to nonfatal myocardial infarction: a case-control study of Japanese male workers and women // *Psychosom. Med.* 2001. Vol. 63, N 5. Sep.-Oct. P. 797-804.
75. *Zagozdzon P.* Religiosity and health in epidemiological studies [article in Polish] // *Pol. Merkur. Lekarski.* 2012. Vol. 32, N 191. May. P. 349-353.