

## ЛИЧНОСТНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ И ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА

В.В. Гафаров<sup>1,2</sup>, И.В. Гагулин<sup>1,2</sup>, А.В. Гафарова<sup>1,2</sup><sup>1</sup>Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН<sup>2</sup>Научно-исследовательский институт терапии СО РАМН, г. Новосибирск

Изучены связи личностной тревожности (ЛТ), как одного из ведущих психосоциальных факторов, с ишемической болезнью сердца (ИБС) и другими психосоциальными факторами в популяции мужчин 25–64 лет в рамках программы ВОЗ “MONICA – психосоциальная”. Показано, что распространенность высокой ЛТ высока и более распространена в молодых возрастных группах, среди лиц с начальным образованием и рабочих специальностей. Доля лиц с ИБС выше при наличии ЛТ, чем без нее.

*Ключевые слова:* личностная тревожность, психосоциальные факторы, ишемическая болезнь сердца.

## ВВЕДЕНИЕ

Политические и экономические преобразования в России сопровождаются ухудшением здоровья населения и ростом смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Предполагается, что психосоциальные факторы могут быть одной из причин негативной динамики ухудшения состояния здоровья населения и вносить существенный вклад в заболеваемость и смертность от ИБС [1]. К таким факторам можно отнести уровень личностной тревожности (ЛТ), уровень социальных связей и межличностных отношений, жизненные события, информированность и отношение к вопросам здоровья.

Целью нашего исследования было изучение связи личностной тревожности, как одного из ведущих психосоциальных факторов, с ИБС и другими психосоциальными факторами.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В рамках 3-го (1994 г.) скрининга программы изучения тенденций контроля сердечно-сосудистых заболеваний “MONICA” [3] и подпрограммы “MOPSY – MONICA – психосоциальная” [2] нами была обследована случайная репрезентативная выборка мужчин в возрасте 25–64 лет одного из районов г. Новосибирска (по 200 человек в каждом десятилетии; респонс составил 82 %, или 657 лиц, средний возраст был 44,3±0,4 года). Общее обследование проводилось по стандартным методикам, принятым в эпидемиологии и включенным в программу

“MONICA”. Социальный стресс изучали тестом Спилбергера (уровень личностной тревожности, подшкала тревожность – как свойство личности) [4]; депрессия (Д), враждебность (ВР), жизненное истощение (ЖИ) определялись с помощью опросников “MOPSY”. Социальная поддержка (СП) оценивалась при помощи теста Брекман-Сим; рассчитывался индекс близких контактов (ИСС) и индекс социальных связей (SNI). Кодировка теста заключалась в построении компонентов индексов и расчете баллов в соответствии с предложенным алгоритмом [2]. Нарушения сна, самооценка состояния здоровья, отношение к курению, питанию изучались анкетой “Знание и отношение к своему здоровью” [5], адаптированной к изучаемой популяции.

## РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Уровень ЛТ в мужской популяции 25–64 лет в 1994 г. составил 97,5 % (средняя – 46,6 %, высокая – 50,9 %). В зависимости от возраста наибольшая частота высокой ЛТ была найдена в возрасте 25–34 лет, 45–54 лет; средней и ее отсутствие – в 55–64 лет. Определяются тенденции: 1) в увеличении числа лиц с начальным образованием при повышении уровней тревоги с наибольшими значениями при выраженной ЛТ, в отличие от всех остальных лиц (высокая ЛТ – 19,1 %, средняя – 13,5 %, нет – 6,7 %); 2) в увеличении числа лиц с уровнями ЛТ (средней, высокой) со снижением профессионального уровня и с максимумом среди рабочих.

Исследовали наличие других психосоциальных факторов у лиц с различным уровнем ЛТ.

Совместное наличие высокого уровня ЛТ, умеренной и большой Д встречается в 6–7 раз чаще, чем без их сочетания (умеренная Д – 39,3 %, большая Д – 4,5 % и умеренная Д – 6,7 %, большая Д – 0 % соответственно). То же и при средних уровнях ЛТ (умеренная Д – 12,5 %, большая Д – 1,1 % соответственно) (односторонний анализ дисперсии Крускал-Уоллис,  $\chi^2 = 69,894$ , степени свободы = 2,  $p < 0,00001$ ). ЖИ при высокой ЛТ чаще всего имеет вид среднего (61,2 %), но и высокие уровни ЖИ также более часто имеют место при высокой ЛТ, чем без нее (24,1 и 14,8 % соответственно) (односторонний анализ дисперсии Крускал-Уоллис  $\chi^2 = 69,894$ , степени свободы = 2,  $p < 0,00001$ ).

А вот при ВР имеется несколько иная картина – наибольшие уровни высокой ВР существенно чаще встречались среди лиц с высокой ЛТ (в 3 раза), чем без (40,6 и 13,3 % соответственно; односторонний анализ дисперсии Крускал-Уоллис,  $\chi^2 = 69,894$ , степени свободы = 2,  $p < 0,00001$ ).

Очень хороший сон уменьшается в два раза при наличии средних уровней ЛТ и в 6 раз при высоких по сравнению с ее отсутствием. Соответственно растет частота ответов “удовлетворительно”, “плохо”, “очень плохо”.

СП (индекс близких контактов – ИСС и индекс социальных связей – SNI) существенно снижаются у лиц с ЛТ и достигают своего наименьшего уровня при высоких уровнях ЛТ.

Учитывая вышеизложенное, вполне естественно, что доля лиц с определенной и возможной ИБС при ЛТ существенно выше, чем при ее отсутствии. Частота определенной ИБС преувеличивает над возможной.

Было изучено взаимоотношение ЛТ и отношения к своему здоровью, его профилактическим проверкам, медицинской помощи, профилактике болезней.

С увеличением уровня ЛТ падает положительная оценка состояния здоровья “здоров” (в два раза) и увеличивается негативная оценка “не совсем здоров”, “болен” (в 10 и 4 раза соответственно) (односторонний анализ дисперсии Крускал-Уоллис,  $\chi^2 = 93,144$ , степени свободы = 4,  $p < 0,00001$ ). Более 54–75 % лиц с ЛТ имеют жалобы на свое здоровье, но о своем здоровье заботятся явно недостаточно. Лица с ЛТ в два раза чаще, чем без нее, оценивают возможность заболеть в течение ближайших 5–10 лет (53,7 и 26,7 % соответственно; односторонний анализ дисперсии Крускал-Уоллис,  $\chi^2 = 6,25$ , степени свободы = 2,  $p = 0,0257$ ).

При ответе на вопрос “о возможности заболеть, если бы были приняты предупредительные меры?” отметили, что при ЛТ имеется тенден-

ция в увеличении числа лиц, сомневающих в этом. Это подтверждается ответом на вопрос “может ли современная медицина предупредить болезни сердца?”. У лиц с ЛТ наблюдается тенденция в увеличении ответов “нет, ни одной”, “это зависит от того, какая болезнь” по сравнению с лицами без ЛТ. В этом же ракурсе нужно рассматривать ответ на вопрос “можно ли в настоящее время успешно лечить болезни сердца?”. Отмечается тенденция в снижении числа ответов “да, большинство болезней сердца” и увеличение числа ответов “это зависит от того, какая болезнь”, “нет, ни одной” у лиц без и с ЛТ соответственно, причем у лиц с высокой ЛТ это наиболее ярко выражено. Лица с ЛТ более доверяют мнению врача, хотя обращаются к врачам чаще только при сильной боли либо вообще не обращаются, чем лица без ЛТ.

Определено, что население чаще всего не испытывает приятных переживаний, связанных с медицинским обслуживанием, но у лиц с ЛТ отмечена тенденция в снижении этого показателя и в увеличении приятных переживаний.

При ответе на вопрос “если на работе Вы почувствовали себя не совсем хорошо, то что Вы делаете?” у лиц с ЛТ отмечено, что они чаще продолжают работу, чем лица без ЛТ и менее склонны обращаться к врачам.

Отсутствует разница между группами лиц без ЛТ и с наличием ЛТ по отношению к профилактической проверке своего здоровья – в подавляющем большинстве случаев все согласны, что она полезна (78,4 и 73,3 % соответственно).

Исследование ЛТ и стресса на рабочем месте показало, что у лиц с высокой ЛТ: 1) работа им не очень нравится (работа нравится – нет тревоги – 78,6 %, высокая ЛТ – 43,2 %; односторонний анализ дисперсии Крускал-Уоллис,  $\chi^2 = 16,898$ , степени свободы = 4,  $p = 0,0114$ ); 2) отмечается тенденция в снижении уровня увеличения ответственности на работе в последний год; 3) определено снижение трудоспособности у лиц с ЛТ в течение последнего года, в отличие от лиц без ЛТ (22,3 % и 0 % соответственно; односторонний анализ дисперсии Крускал-Уоллис,  $\chi^2 = 41,485$ , степени свободы = 3,  $p < 0,00005$ ).

Изучение ЛТ и стресса в семье указывает на то, что тяжело болел или умер кто-либо из ближайших родственников в течение последнего года у 33 % лиц с высокой ЛТ, что значительно выше, чем при ее отсутствии (13,3 %) ( $p < 0,05$ ). С ростом уровня ЛТ увеличивается и количество конфликтов в семье (от 20 % при отсутствии ЛТ до 42 % при высокой ЛТ; односторонний анализ дисперсии Крускал-Уоллис,  $\chi^2 = 29,53$ , степени свободы = 3,  $p < 0,000013$ ) и, вероятно, в этой связи у лиц с ЛТ было зна-

чительно больше изменений в семейном положении, чем у лиц без нее.

Было определено взаимоотношение ЛТ и поведенческих характеристик (отношение к курению, изменению питания, физическим нагрузкам).

По отношению к курению среди лиц с высокой ЛТ отмечена тенденция в наличии более низкой частоты “никогда не куривших” (22,1 %); “курящих, но менее” (20,1 %) и более высокой частоты “бросивших курить” (19,4 %), чем у лиц со средней ЛТ и без нее (26,7, 26,7, 13,3 % соответственно). Более часто у лиц с ЛТ отмечается в течение последнего года снижение интенсивности курения (высокая ЛТ – 16,7 %, нет ЛТ – 7,1 %)

По отношению к питанию при высокой ЛТ, чем без нее, видно существенное снижение числа лиц, которые отвечают “что им не нужно соблюдать диету” (50,9 % и 80 % соответственно), и рост ответов “я должен соблюдать диету, но этого не делаю” (26,1 и 6,7 % соответственно), “я пытался соблюдать диету, но безуспешно” (8,8 и 0 % соответственно); а вот ответ “я изменил питание и теперь соблюдаю диету” чаще отмечается у лиц без ЛТ, чем с ней (13,3 и 2,1 % соответственно) (односторонний анализ дисперсии Крускал-Уоллис,  $\chi^2 = 12,259$ , степени свободы = 4,  $p < 0,0024$ ).

По отношению к физической активности лица с ЛТ, чем без нее, существенно чаще отвечают на вопрос “делаете ли Вы физзарядку, кроме производственной”, что “они бы должны ее делать, но не делают” (45,3 и 13,3 % соответственно) (односторонний анализ дисперсии Крускал-Уоллис,  $\chi^2 = 12,259$ , степени свободы = 4,  $p < 0,0467$ ). У них отмечается чаще пассивное проведение досуга и его отсутствие, чем у лиц без ЛТ (66,7 и 27,2 % соответственно) (односторонний анализ дисперсии Крускал-Уоллис,  $\chi^2 = 12,693$ , степени свободы = 3,  $p < 0,00164$ ).

## ОБСУЖДЕНИЕ

Таким образом, распространенность высокой ЛТ, как одного из показателей социального стресса, в мужской популяции 25–64 лет в 1994 г. высока и более распространена в молодых возрастных группах. Следует сказать, что 1994 г. – это год, когда достигла своего пика ломка социальных и экономических устоев в России.

Определено, что разница между уровнями высокой ЛТ и ее отсутствием достигает максимума у лиц с начальным образованием. Внутри образовательных групп высокие уровни ЛТ преобладают среди лиц рабочих специальностей.

Очень часто высокая ЛТ сочетается с большой Д, высокой ВР, со средним ЖИ, НС, низкой

СП. Высокая ЛТ приводит к снижению эффективности корковой деятельности, что свидетельствует о переключении поведенческого контроля в подкорковые структуры, более важные для ситуации борьбы / бегства или активации системы поведенческого торможения [6–9]. Кроме того, осуществляемое тревогой хроническое побуждение к поиску опасности имеет непосредственное отношение к психосоматическим и психопатологическим нарушениям [4, 10]. Естественно, что при таком положении дел доля лиц с ИБС выше при наличии ЛТ, чем без нее.

Подтверждается точка зрения Симонова В.П., который считает источником тревоги низкую вероятность удовлетворения какой-либо из потребностей нужды – например, в пище, жилище, средствах защиты от вредных воздействий, обеспечении своего индивидуального и видового существования и пр. [11,14]. Возникновение эмоции тревоги сопровождается возрастаянием ощущений психологической неопределенности и в той или иной степени выраженности чувства беспомощности. Тревога является скорее эмоцией предвосхищения вероятной конфронтации или потенциального ущерба. Связь ЛТ с другими составляющими социального стресса определяется тем, что эмоция тревоги трансформируется, при оценке невозможности преодоления каких-либо источников воздействия, в состояние подавленности и депрессии с резким ограничением какой-либо активности [12–14].

Взаимоотношения при наличии ЛТ и отношения к своему здоровью, его профилактическим проверкам, медицинской помощи, профилактике болезней показывает, что увеличивается негативная оценка состояния здоровья, жалобы на него, но о своем здоровье эти лица заботятся явно недостаточно, хотя отмечается значительно большая частота выявления патологии в этой группе, чем у здоровых.

Нужно отметить, что лица с ЛТ чаще сомневаются в том, что они не заболеют, если принять предупредительные меры, а также в успехах лечения уже существующих болезней, хотя мнению врача они доверяют больше, чем без ЛТ.

Население чаще всего не испытывает приятных переживаний, связанных с медицинским обслуживанием, и в то же время подавляющее большинство населения в обеих группах согласно, что профилактическая проверка полезна для здоровья

Следует также констатировать тот факт, что лица с ЛТ имеют значительный стресс на рабочем месте в связи с отсутствием заинтересованности в работе ввиду того, что она чаще всего состоит из неквалифицированного физического труда. У лиц с высокой ЛТ отмечаются значительные уровни стресса в семье. Отмечено увеличение числа случаев отказа от курения,

снижение интенсивности курения, увеличение попыток соблюдать диету при ЛТ. Имеет место снижение физической активности. Вероятно, это связано с увеличением патологии в этой группе.

#### ВЫВОДЫ

1. Распространенность ЛТ, как одного из показателей социального стресса, приводящего к развитию ИБС, в мужской популяции 25–64 лет очень высока и более распространена в молодых возрастных группах.

2. Уровни ЛТ достигают максимума среди лиц с начальным образованием и рабочих специальностей. Лица с ЛТ имеют значительный стресс на рабочем месте и в семье.

3. Высокая ЛТ в большом проценте случаев сочетается с большой Д, высокой ВР, средним ЖИ, НС, низкой СП.

4. Доля лиц с ИБС выше при наличии ЛТ, чем без нее.

5. Взаимоотношения при наличии ЛТ и отношения к своему здоровью, его профилактическим проверкам, медицинской помощи, профилактике болезней показывает, что увеличивается негативная оценка состояния здоровья, жалобы на него, но о своем здоровье эти лица заботятся явно недостаточно, хотя отмечается значительно большая частота выявления патологии в этой группе, чем у здоровых.

6. Отмечено увеличение числа случаев отказа от курения, снижение интенсивности курения, увеличение попыток соблюдать диету, снижение физической активности при ЛТ.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Beck R.C. Motivation: Theories and principles. Englewood Cliffs. N.Y. Prentice-Hall, 1978.

2. MONICA Psychosocial Optional Study. Suggested measurement instruments. WHO Facsimile Urgent 3037 MRC, 1988.
3. Proposal for the Multinational Monitoring of Trends in cardiovascular disease. – Geneva 1985.
4. Spielberger C.D. Anxiety as an emotional state / In: C. D. Spielberger (Ed.), Anxiety: Current trends in theory and research. – N.-Y.: Academic Press, 1972. – P.1: 24–49.
5. Гафаров В.В. Пак В.А., Гагулин И.В., Гафарова А.В. Эпидемиология и профилактика хронических неинфекционных заболеваний в течение двух десятилетий и в период социально-экономического кризиса в России. – Новосибирск, 2000.
6. Kimbrell T.A., George M.S., Parekh P.I., Ketter T.A., Podell D.M., Danielson A.L., Repella J.D., Benson B.E., Willis M.W., Herscovitch P., Post R.M. (1999). Regional brain activity during transient self-induced anxiety and anger in healthy adults // Biol. Psychiat. – 1999. V. 46. P. 454–465.
7. Mogg K., Bradley B.P. Orientation of attention to threatening facial expressions presented under condition of restricted awareness // Cognit. Emot. – 1999. V. 13. P. 713–740.
8. Beck A.T. Cognitive therapy and the emotional disorders. – Madison, CT: International University Press, 1976.
9. Beck A.T., Clark D.A. Anxiety and depression: an information processing perspective // Anx. Res. – 1988. V. 1. – P. 23–36.
10. Fava G.A. Affective disorders and endocrine disease. New insights from psychosomatic studies // Psychosomatics. – 1994. V. 35. P. 341–353.
11. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования. Эмоциональный стресс. – Л.: Медицина, 1970.
12. Панин Е.И., Соколов В. Психоэмоциональные взаимоотношения при хроническом эмоциональном напряжении. – Новосибирск, 1981.
13. Астапов В.М. Функциональный подход к изучению состояния тревоги // Психологический журнал. – 1992. V. 13, N 5. – P. 111–117.
14. Симонов П.В. Эмоциональный мозг. – М.: Наука, 1981.

Connections of personal anxiety as one of conducting psychosocial factors, with ischemic heart diseases and other psychosocial factors in a population of men of 25–64 years are investigated within the framework of the program the WHO “MONICA – psychosocial”. It is shown, that prevalence high personal anxiety is high and more distributed in young age groups, among persons with an elementary education and working specialties. The share of persons with ischemic heart diseases is higher at presence personal anxiety, than without it.

*Key words: personal anxiety, psychosocial factors, ischemic heart diseases*