

## ТИПИ ОСОБИСТОСТІ КАРДІОХВОРИХ ТА ОСОБЛИВОСТІ ЇХНЬОЇ ПСИХОДІАГНОСТИКИ

У статті проаналізовано наукову літературу, яка висвітлює типи поведінки хворих на серцево-судинні захворювання, а також поняття типу поведінки А, В, С, D, Т, їх основні характеристики й особливості діагностики. Дібрано психологічні методики для визначення типів поведінки хворих.

**Ключові слова:** тип поведінки, кардіохворі, психодіагностика, серцево-судинні захворювання, депресія.

**Корпач Е. И. Типы личности кардиобольных и особенности их диагностики.** В статье анализируется теоретическая литература, раскрывающая типы поведения личности больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, а также понятия типа поведения А, В, С, D, Т, их основные характеристики и особенности исследования. Подобраны психологические методики для определения типов поведения больных.

**Ключевые слова:** тип поведения, кардиобольные, психодиагностика, сердечно-сосудистые заболевания, депресия.

**Korpach E. I. The Personality Types of Patients with Heart Diseases and Peculiarities of Their Assesments.** The article analys the theoretical literature, which reveals the particular types of individual behavior of patients with heart diseases. It disclosed such concepts of type as A, B, C, D, T, their main characteristics and assesment features. The psychological methods are chosen to define the types of patients with heat diseases.

**Key words:** behavior type, the psychodiagnostics, heart diseases, depression.

**Постановка наукової проблеми та її значення.** Найпоширенішими сьогодні є серцево-судинні захворювання (ССЗ), від яких страждає все більше людей. Чинники розвитку цього захворювання – фізичне навантаження, соціальні фактори, підвищений артеріальний тиск, куріння, спадковість і т. д. Важливим чинником є також емоційне напруження, стресові ситуації, депресивні стани, які безпосередньо впливають на людину. Слід зазначити, що навіть прихильники традиційного погляду на психосоматику погоджуються з тим, що ССЗ є психологічно обумовленими, причому психологічні прояви, які стимулюють розвиток цих захворювань, пов'язані з характеристиками особистості людини, з типом її поведінки (залежність від соціальних стереотипів, перфікціонізм, потреба у схваленні, сумніви щодо власних досягнень та перспектив тощо). Звертаючи увагу на

індивідуально-типологічні особливості, можна визначити тип особистості, схильної до ССЗ.

**Аналіз останніх досліджень із цієї проблеми.** Одним із найбільш досліджених типів особистості сьогодні є тип А. На думку дослідників І. Е. Ганеліна, А. В. Маклакова, С. Д. Положенцева, Д. А. Руднева, Є. І. Соколова, Л. П. Урванцева, М. Friedman, R. Rosenman, саме тип А є психосоціальним фактором ризику розвитку ССЗ і ускладнює перебіг постінфарктного періоду. Дослідники О. Л. Барбараш, А. А. Вершинін, Є. Ю. Жукова, Н. Б. Лебедева, І. А. Мелентьєв, Н. А. Митрушина, А. В. Лібін, Г. С. Никифоров, окрім типу А, виділяють типи поведінки В, С, Т, які є протилежними до типу А та характеризуються низьким рівнем розвитку (ССЗ) [3]. Зарубіжні дослідники M. Brandsma, L. Brutsaert, J. Denollet, W. Eriksen, B. Middel, S. Pedersen, D. Sisson, N. Stroobant, J. Vaes, O. Watkins все більше уваги приділяють дослідженню поведінки типу D, що проявляється у хворих на ССЗ і характеризується невротизмом та депресивністю.

Однак сьогодні немає єдиної думки, які саме особистісні та поведінкові особливості впливають на розвиток ССЗ. Отож мета статті – аналіз наукової літератури, яка стосується типів поведінки особистості кардіохворих, та визначення методик для їхньої діагностики.

**Виклад основного матеріалу й обґрунтування отриманих результатів дослідження.** Аналіз зарубіжної та вітчизняної літератури показав, що такі дослідники, як М. Фрідман і Р. Розенман, узагальнивши спостереження за пацієнтами, першими описали «поведінковий синдром», пов'язаний із розвитком ССЗ, який і отримав назву «поведінка типу А». Учені помітили, що пацієнти з коронарною хворобою серця під час прийому, сідаючи на стілець, вибирали саме його край, при цьому їх поза показувала прагнення якомога швидше закінчити розмову з лікарем і піти. Спеціальне опитування таких пацієнтів показало, що квапливість, нетерпіння і постійне відчуття браку часу справді стабільна особливість їхньої поведінки [5].

Дослідниця Н. А. Митрушина в роботі зазначає, що людям із поведінкою типу А властиві такі психологічні особливості, як надмірна працелюбність, надмірне прагнення досягнення успіху й визнання, постійна готовність до змагання та конкуренції, амбіційність, підвищена агресивність і нетерплячість, швидка мова, енергійні жести. Вона виділяє також протилежний тип, якому не притаманні такі особ-

ливості поведінки – тип В, а також змішаний, якому властиві нечітко виражені особливості поведінкових типів А і В. На її думку, людині з поведінкою типу В властиві такі психологічні особливості, як чергування роботи й відпочинку, емоційна врівноваженість, розслабленість, неквапливість, м'якість і неспішність мови, жестикуляції [3]. Її погляд поділяють й інші дослідники (І. Б. Ганелін, С. Д. Положенцев, Д. А. Руднев, М. Friedman, R. Rosenman та ін.). Люди з типом В чергують роботу й відпочинок, їм не властивий стан емоційної напруги, вони розслаблені, неквапливі. Їхнє мовлення м'якше і спокійніше (як і жестикуляція). Усе це, однак, зовсім не означає, що вони ледачі, пасивні щодо своїх обов'язків і працюють неефективно [5].

Аналіз наукової літератури показав, що зв'язок поведінки типу А із ССЗ підтверджують результати численних досліджень, проведених і в нашій країні, і за кордоном. Так, в осіб, яким притаманна поведінка типу А, майже в п'ять разів частіше зафіксовано виникнення ішемічної хвороби серця (ІХС). Дослідниця І. Є. Ганеліна зазначає, що в осіб із поведінковим типом А артеріальний тиск вищий, ніж в осіб із поведінковим типом В. Науковець також стверджує, що частота повторного виникнення інфаркту міокарда (ІМ) в осіб із поведінкою типу А в 5,5 раза вища, частіше діагностують артеросклерозний процес, тромбоутворення, ніж в осіб із поведінкою типу В [1].

Учений Г. С. Никифоров виділяє три типи поведінки, а саме тип А, В і С. Він зазначає, що люди з типом А відрізняються високою екстраверсією, при цьому погано контактують з іншими людьми, конфліктні, егоцентричні, для них притаманний агресивний стиль поведінки, велику увагу приділяють самооцінці. Такі люди зазвичай швидко говорять та нетерпляче слухають, багато і швидко рухаються, відрізняються гіпертривогою, чистолубством та темпераментністю. Вони, зазвичай, зорієнтовані на успіх, на змагання та конкурентну боротьбу, не помічають можливості особистісної самореалізації поза професією. Загалом люди, яким притаманна поведінка типу А, ведуть стресовий спосіб життя [4].

До типу В дослідник зараховує людей, у яких у шість разів менша ймовірність ССЗ, у тому числі високий імунітет до розвитку ІХС. Це неагресивні люди, вони не відчувають плинину часу, вони не схильні до змагання, суперечок, спокійні, вміють розслаблятися, зважливо аналізують те, коли і як їм слід включатись у роботу [4].

Тип С – ще один тип особистості, який аналізує дослідник [4]. На його думку, люди, котрі належать до цього типу, особливо схильні до онкологічних захворювань. Учений вважає, що такі люди не проявляють зовнішнє роздратування та гнів. Відчуваючи сильні почуття, вони мало проявляють їх, приховують певні переживання, піддаються при цьому відчуттю страху, безнадійності. Ці люди дуже чутливі до стресу, але при цьому малосхильні до розрядки негативних емоцій, зняття напруги. Ці люди відрізняються поступливістю, підлеглістю, невпевненістю в собі та терплячістю. Їх можуть вивести з рівноваги такі міжособистісні проблеми, як заздрість та конкуренція, вони дуже легко втрачають надію, стають безпомічними, депресивними [4].

Інший підхід до виділення типів поведінки пропонує А. В. Лібін [2]. Він стисло характеризує поведінкові стилі типів А, С і Т. Дослідник зазначає, що синдром типу А включає ознаки гніву, схильність до змагання та прагнення до вдосконалення. На його думку, крім підвищеного ризику серцево-судинних розладів, часті невдачі через завищення цілей часто стають для них причиною депресивності та тривожності. Синдром типу С характерний для тих, хто здатний у стресовій ситуації не втрачати рівноваги, вистояти. Справлятися зі стресом їм допомагають три установки: ситуація оцінюється швидше як виклик, а не загроза; вони концентруються на зобов'язаннях, які мають виконати; вони вважають, що зможуть контролювати події. Завдяки вище викладеному, у людей цього типу перенесені стресові ситуації практично не впливають на здоров'я. Синдром типу Т «демонструють» ті хворі із ССЗ, для яких викликані стресом переживання є винагородою за сміливість. Вони самі шукають ризиковані ситуації, прагнучи до новизни та збудження [2].

У 90-х роках минулого століття з'являється аналіз та пояснення нового типу – типу D особистості, який запропонував і запровадив J. Denollet, професор медичної психології університету Тілбурга (Нідерланди). Тип D визначають як спільну тенденцію до негативної афективності (наприклад, дратівливість, сум) і соціального гальмування (замкнутість, відсутність упевненості в собі). Особи, яким притаманний цей тип, характеризуються почуттям негативізму, депресивністю, неспокоєм, стресом, гнівом і самотністю. Вони важко знайомляться, мають небагато друзів, відзначаються переважно низькою самооцінкою, напружені, занадто гостро реагують на стресові

ситуації, прагнуть приховувати свої почуття від інших через страх бути неприйнятним або ж відкинутим. Тип D означає «проблемний».

J. Denollet, B. Middel, S. Pedersen, S. Sys, N. Stroobant стверджують, що тип D особистості пов'язаний із підвищеним рівнем уразливості до хронічних емоційних розладів та дистресів, результатом чого часто стає підвищення ризику ССЗ [8].

Досліджено, що вплив типу D на розвиток ССЗ не залежить від біологічних та медичних факторів ризику. Виявлено, що передусім на розвиток захворювання впливають такі психологічні та соціальні фактори, як депресія, пригнічений настрій, тривога, гнів, неспокій, дратівливість, а також низький рівень самооцінки, благополуччя і позитивних емоцій, стрес та посттравматичний стрес, що передбачають розвиток і прогресування ССЗ [7; 8].

J. Denollet зазначає, що хвору на ССЗ особистість характеризує здатність до хронічного емоційного стресу. Так, дослідження, що проходили упродовж 6–10 років, показали, що в осіб із поведінкою типу D був учетверо підвищений ризик смертності [8]. Подальше вивчення виявило, що в досліджуваних із типом D був підвищений ризик розвитку ССЗ [8]. J. Denollet, досліджуючи кардіохворих та на основі клінічних спостережень, емпіричних даних, а також сучасних теорій особистості, прийшов до висновку, що особистість типу D поширюється на 21% у загальній популяції і коливається в межах від 18 % до 53 % у кардіологічних хворих [8; 10].

Учений указує, що емоційний стрес як фактор ризику ССЗ відображає психологічну характеристику, викликає багато негативних емоцій, де «негативна афективність» є основною рисою особистості [8]. Дослідження, спрямовані на виявлення нейротизму, показали, що його прояв є незалежним показником смертності серед пацієнтів із серцевою недостатністю. Нейротизм також може взаємодіяти з іншими особистісними якостями, які несприятливо впливають на ССЗ. Нейротизм, у поєднанні з особистісними якостями, включає в себе суб'єктивне почуття напруги, неспокою, тривожність, гнів і дуже впливає на емоційний статус хворих на ССЗ [8].

S. Pedersen дослідив, що емоційний стрес може викликати ССЗ [10]. Автор зазначає, що хронічний емоційний стрес багато в чому залежить від особистісних рис, які належать до індивідуальних відмінностей у прояві емоцій і поведінки, що є відносно стабільними та незмінними.

У. Gestel, L. Scherwitz проводили спостереження взаємозв'язку особистості типу D із депресивними симптомами і тривогою, з посттравматичним стресовим розладом. Дослідники припустили, що тип особистості D може бути пов'язаний із соціофобією і панічним розладом, тому що його клінічні та біологічні кореляти є характерними ознаками певних станів [9]. Окремо варто охарактеризувати хворих, котрі пережили посттравматичний стрес (ПТС) [7]. Як зазначає Американська психологічна асоціація, у хворих після ІМ із ПТС може збільшитися ризик повторних ССЗ [8].

Учені J. Denollet, S. Sys, N. Stroobant вивчали вплив типу особистості D на ССЗ із різних ракурсів. Дослідження, які провели вчені 1996 р., включало 286 пацієнтів, серед яких були і чоловіки, і жінки, задіяні в програму серцевої реабілітації. Пацієнти мали заповнити анкету на початку тримісячної програми. За результатами опитування третина відповідала особистості типу D. Через вісім років учені розшукали учасників дослідження, щоб з'ясувати, хто з них помер і хто був ще живий. Серед осіб, котрі належали до типу D, 27 % померли. Більшість смертей була внаслідок ССЗ [7]. Дані показали, що людям із типом особистості D притаманний високий кров'яний тиск як наслідок стресової ситуації, тривожність, часті прояви депресивного стану тощо.

Дослідник J. Denollet, характеризуючи особистості з поведінкою типу D, зазначає, що вони часто переживають негативні емоції, при цьому не висловлюючи їх. Ці люди подавляють почуття гніву або горя, навіть коли вони перебувають разом із близькими, середовище якого є сприятливим для вираження емоцій, прихованого гніву. Їм притаманне хронічне придушення емоцій та песимізм, вони мають похмурий погляд на життя, сумні, більш виснажені, замкнені в собі, пригнічені в соціальних взаємодіях [7].

Аналіз теоретичної літератури щодо типів поведінкових проявів показав, що можна визначити схильність до ССЗ через діагностику особистісного типу поведінки, яка допоможе ширше розкрити особистісні особливості поведінки діагностованого.

Для дослідження поведінки цих типів ми підібрали такі методики: методика «Огляд поведінки» Д. Дженкінса (адаптація Л. І. Вассермана й Н. В. Гуменюка); шкала DS14 для діагностики поведінки типу D; шкала депресивності Бека; клінічний опитувальник для виявлення та оцінювання невротичних станів (К. К. Яхін, Д. М. Мен-

делеевич); методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга (адаптація Т. І. Балашової).

Методику «Огляд поведінки», розроблену Д. Дженкінсом 1967 року, адаптував Л. І. Вассерман і Н. В. Гуменюк. Вона призначена для діагностики типів поведінки людини, для рівня її загальної активності та особливостей особистості. За її допомогою можна виміряти поведінку типу А, середній тип А В або тип В. Ця методика складається із 61 запитання, де досліджуваний має вибрати один із двох–п'ятьох запропонованих варіантів відповіді.

Тип D особистості досліджують за допомогою 14 пунктів анкети-шкали DS 14, обґрунтованість і достовірність якої було підтверджено в Бельгії, Німеччині й Італії. Анкета складається із 14 суджень, які досліджуваний оцінює, наскільки вони йому притаманні. Шкала DS 14 вивчає прояви поведінки типу D і у хворих, і у здорових людей, включаючи їхні негативні афективні прояви, наявність соціального гальмування, невротизації, депресивності. Сім пунктів належать до негативної афективності (NA), що означає стурбованість, страхи, фобії, дратівливість, а також сім пунктів належать до соціального гальмування (CI), що включає соціальний дискомфорт, стриманість, відсутність соціальної рівноваги тощо. Люди, які набрали 10 і більше балів з обох вимірів, класифікуються як тип D. Особи характеризуються як тип D за допомогою стандартного відхилення балів  $\geq 10$  з обох підшкал NA і CI [7]. Варто зазначити, що підшкали не розкривають повний діапазон індивідуальних відмінностей особистості, але вказують на головні риси особистості серед хворих на ССЗ та здорових людей. Підшкала NA асоціюється зі збільшеною схильністю до тривоги й депресії, коли CI – зі збільшеною схильністю до міжособистісного тиску та низьким рівнем соціалізації [8; 9]. NA визначають як швидкоплинний стан або як постійну зміну загального рівня афекту. Ця межа відображає тенденцію до виникнення негативних емоцій у різних ситуаціях і збереження їх упродовж певного часу (впродовж життя). Пацієнти з високим рівнем NA володіють песимістичним баченням себе, мають більше скарг на соматичні симптоми, постійно вивчають навколишню ситуацію в пошуках ознак неминучих проблем, які наближаються. CI означає тенденцію до заглушення проявів емоцій або поведінки в міжособистісних взаємодіях для уникання засудження з боку інших. Хворі з високим рівнем CI відчують себе некомфортно й незахищено в оточенні інших людей,

вони менше комунікабельні, їм часто не вистачає самовпевненості, наполегливості [8].

Оскільки для типу D характерні депресивні прояви, ми вибрали шкалу депресивності Бека, яка призначена для діагностики наявності та вираженості депресивних станів. Цей опитувальник заснований на клінічних спостереженнях і описах симптомів, які часто трапляються у хворих: знижений настрій, песимізм, відчуття незадоволеності собою, провина, самозвинувачення, дратівливість, нездатність до роботи, порушення сну тощо. Він складається з 21 шкали, які дають можливість виявити ступінь вираженості депресивної симптоматики, оскільки кожна з них становить собою групу питань, яка складається із чотирьох тверджень. Переваги цього опитувальника полягають у можливості оцінити ступінь тяжкості і депресивного синдрому загалом, і окремих його симптомів.

Клінічний опитувальник для виявлення і оцінювання невротичних станів (К. К. Яхін, Д. М. Менделєєвич) має шість шкал: шкала вегетативних порушень, шкала обсесивно-фобічних порушень, шкала істеричного типу реагування, шкала астенії, шкала невротичної депресії, шкала тривоги. При інтерпретації результатів показник більше +1,28 указує на рівень здоров'я, менше -1,28 – на хворобливий характер виявлених розладів.

Методику диференціальної діагностики депресивних станів Т. І. Балашова адаптує на основі опитувальника В. Зунга. Опитувальник складається з 20 тверджень, які характеризують виявлення депресивного настрою на основі самооцінки досліджуваного. Під час аналізу результатів оцінка проводиться за допомогою семи факторів, що містять групи симптомів, які відображають відчуття душевної спустошеності: погіршення настрою, загальні соматичні та специфічні соматичні симптоми, симптоми психомоторних порушень, суїцидальні думки, дратівливість, нерішучість.

**Висновки й перспективи подальших досліджень.** Вчасний психологічний аналіз типу особистості хворого на ССЗ та коректно розроблена програма психо-терапевтичного втручання сприятимуть усвідомленню та розумінню причинно-наслідкового зв'язку між типом особистості хворого та захворювання. Разом із медикаментозним лікуванням такий вид психологічної допомоги сприятиме пацієнтам у подоланні тих психічних проявів, які провокують захворювання.

Отже, ми проаналізували особистісні особливості типу поведінки. Було визначено зовнішні прояви, характерні для типу А, В, С, D і



Т та дібрано методики, за допомогою яких ми надалі визначатимемо тип поведінки кардіохворої особистості. Подальші дослідження будуть спрямовані на створення психокорекційних методів та програм для зменшення впливу типу А, D на рівень захворюваності та смертності хворих на ССЗ.

### *Література*

1. Ганелина И. Е. Личностные особенности и отдаленный прогноз инфаркта миокарда / И. Е. Ганелина // Кардиология. – 1978. – Т. 18, № 8. – С. 101–108.
2. Либин А. В. Дифференциальная психология: на пересечении европейских, российских и американских традиций / А. В. Либин. – М. : Смысл, 1999. – 532 с.
3. Митрушина Н. А. Социально-перцептивные и личностные корреляты поведенческих типов А и Б : дис. ... канд. псих. наук : 19.00.05 / Н. А. Митрушина. – Ярославль, 2007. – 236 с.
4. Психология здоровья : [учеб. для вузов] / под. ред. Г. С. Никифорова. – СПб. : Питер, 2003. – 607 с. – (Сер. «Учебник для вузов»).
5. Урванцев Л. П. Психология соматического больного / Л. П. Урванцев. – М. : Перлс, 2000. – 296 с.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. (DSM-IV). – Washington (DC) : Author, 1994.
7. Denollet J., et al. Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease / J. Denollet, S.U.Sys, Stroobant N., et al. – Lancet, 1996.
8. Denollet J. Personality and coronary heart disease: the Type D Scale-16 (DS16) / J. Denollet // Ann Behav Med. – 1998. – № 20. – P. 209–215.
9. Lindsay G. M. The influence of general health status and social support on symptomatic outcome following coronary artery bypass grafting / G. M. Lindsay, L. N. Smith, P. Hanlon, D. J. Wheatley // Heart. – 2001. – № 85. – P. 80–86.
10. Pedersen S. Middel B. Increased vital exhaustion among Type-D patients with ischemic heart disease / S. Pedersen, B. Middel // J Psychosom Res. – 2001. – № 51. – P. 443–449.