

## **Психологические науки**

УДК 159.99

### **НИЗКИЙ УРОВЕНЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, НЕВРОТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ И НИЗКАЯ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ КАК ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЮ И РАЗВИТИЮ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

*Н.Н. Якунина*

Хакасский государственный университет им. Н.Ф. Катанова  
(Абакан, Россия)

**Аннотация.** В настоящее время роль психосоматики в появлении и течении заболеваний у населения планеты значительно возрастает на фоне постоянного стресса и больших нагрузок на организм. Стресс, перетекая в дистресс, часто является провокатором начала практически любого заболевания, в том числе и заболевания сердечно-сосудистой системы. В рамках данной проблемы нами была поставлена цель изучить невротические состояния и уровень стрессоустойчивости и качество жизни лиц, больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в зрелом возрасте. Нами были получены результаты, полностью подтверждающие нашу гипотезу. В ходе исследования были выявлены следующие выводы: 1. Приобретенные сердечно-сосудистые заболевания носят психосоматический характер и возникают под влиянием длительных и хронических или острых и кратковременных психотравмирующих воздействий. Психофизическое напряжение, не соответствующее психофизической конституции больного, в силу наличия у него преморбидных особенностей личности, вызывает различные невротические состояния. 2. Врожденные формы сердечно-сосудистых заболеваний не зависят от личностных особенностей и невротических состояний и носят врожденный (генетический) характер, что, обуславливает более высокий уровень стрессоустойчивости в группе больных с врожденными формами

сердечно-сосудистых заболеваний. 3. Врожденные формы сердечно-сосудистых заболеваний не зависят от психологического компонента здоровья, и носят врожденный (генетический) характер, который проявляется отчасти в физическом компоненте здоровья, что, по нашему мнению обуславливает более благополучное положение по показателям психологического компонента здоровья в группе больных врожденными формами сердечно-сосудистых заболеваний. 4. Качество жизни у людей с приобретенной формой сердечно-сосудистых заболеваний ниже, чем у людей с врожденной формой сердечно-сосудистой патологии.

**Ключевые слова:** невротические состояния, стрессоустойчивость, психосоматика, сердечно-сосудистая патология, дистресс, качество жизни, физический компонент здоровья, психологический компонент здоровья

UDC 159.99

## **THE LOW LEVEL OF LIFE QUALITY, NEUROTIC CONDITIONS AND LOW STRESS RESISTANCE AS FACTORS CONTRIBUTING TO THE ORIGIN AND DEVELOPMENT OF CARDIOVASCULAR DISEASES**

*N.N. Yakunina*

Khakass State University named after N.F. Katanov (Abakan, Russia)

**Abstract.** Currently, the role of psychosomatics in the onset and course of diseases in the world's population is significantly increasing against the background of constant stress and heavy loads on the body. Stress flowing into distress is often a provocateur of the onset of almost any disease, including diseases of the cardiovascular system. As part of this problem, we set a goal to study neurotic conditions and the level of stress resistance and quality of life of people with cardiovascular diseases in adulthood. We have obtained results that fully confirm our hypothesis. During the study, the following conclusions were identified: 1. Acquired cardiovascular diseases are psychosomatic in nature and arise under the influence of prolonged and chronic or acute and short-term traumatic effects. Psychophysical stress, which does not correspond to the psychophysical constitution of the patient, due to the presence of premorbid personality traits in him, causes various neurotic conditions. 2.

Congenital forms of cardiovascular diseases do not depend on personality characteristics and neurotic conditions and are congenital (genetic) in nature, which leads to a higher level of stress tolerance in the group of patients with congenital forms of cardiovascular diseases. 3. Congenital forms of cardiovascular diseases do not depend on the psychological component of health, and are congenital (genetic) in nature, which is manifested in part in the physical component of health, which, in our opinion, determines a more favorable position in terms of the psychological component of health in the group of patients with congenital forms cardiovascular disease. 4. The quality of life in people with an acquired form of cardiovascular disease is lower than in people with a congenital form of cardiovascular disease.

**Keywords:** neurotic conditions, stress tolerance, psychosomatics, cardiovascular pathology, distress, quality of life, physical component of health, psychological component of health

Влияние невротических состояний и низкого уровня стрессоустойчивости играет ключевую роль в появлении заболеваний психосоматической природы. Очень важно научиться понимать механизмы образования психосоматической природы и выстроить грамотные планы по профилактической и коррекционной работе в борьбе с заболеваниями данного типа. В рамках этой проблемы нами была поставлена цель изучить невротические состояния и уровень стрессоустойчивости лиц, больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в зрелом возрасте, мы предположили, что, благодаря наличию низкого уровня стрессоустойчивости у людей зрелого возраста появляются невротические состояния, которые влекут за собой появление заболеваний психосоматической природы. Эти процессы протекают на фоне сложных жизненных обстоятельств, которые вызывают острый стресс у человека и провоцируют появление невротических состояний и, как следствие, появление заболевания, имеющего психосоматическую природу. В то время, как врожденные формы сердечно-сосудистых заболеваний не зависят от преморбидных особенностей личности человека, и носят врожденный (генетический) характер.

Изначально, для уточнения целей и методов исследования, было проведено пилотажное исследование, в котором приняли

участие 12 человек, страдающих сердечно-сосудистым заболеванием, находящиеся в тот момент в стационаре кардиологического отделения межрайонной клинической больницы. Основной целью пилотажного исследования являлось определение наиболее подходящих диагностических методов. Были определены следующие методики: клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (К.К. Яхин, Д.М. Менделеевич), методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Т. Холмса и Р. Райха [5; 8].

В процессе проведения пилотажного исследования мы заметили различия в сердечно-сосудистых заболеваниях испытуемых, а именно характер приобретения заболевания. Эти различия позволили нам разделить больных сердечно-сосудистыми заболеваниями на две группы, а именно приобретенные формы сердечно-сосудистой патологии и врожденные формы сердечно-сосудистой патологии. Мы пришли к такому выводу на основании данных, которые опрашиваемые указывали в графах «диагноз» «срок течения заболевания» и «срок поставки диагноза» в выдаваемых им анкетах. Некоторые из опрашиваемых указывали, что живут с сердечно-сосудистой патологией с самого рождения, а некоторые, что столкнулись с данной проблемой сравнительно недавно, то есть 5-7-10 и более лет назад.

По окончании пилотажного исследования уже можно было наблюдать тенденции в различии показателей у двух сформированных нами групп. Особенно различия прослеживались в методике определения стрессоустойчивости и социальной адаптации. В группе людей, у которых сердечно-сосудистая патология появилась с течением жизни, наблюдались высокие показатели по шкале стрессоустойчивости, что говорит о низкой сопротивляемости стрессу в данной группе. Так же после проведения пилотажного исследования нами были изменены анкеты, главным образом, для уточнения результатов методики стрессоустойчивости. А именно сформированы вопросы, которые бы либо подтвердили, либо опровергли данные этой методики, в

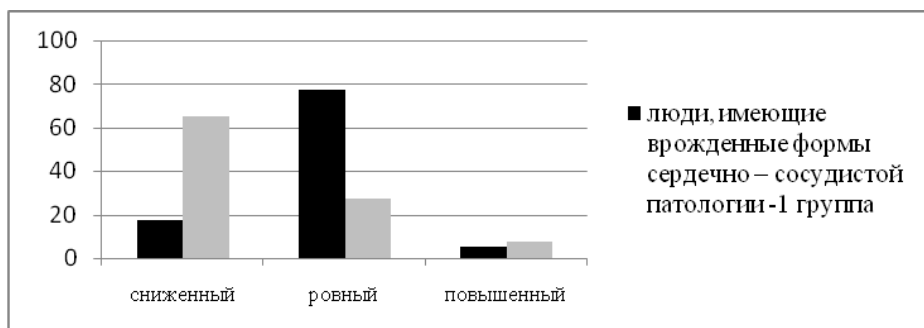
свою очередь, эти вопросы помогли бы нам проследить механизмы и причины стрессогенных ситуаций и личностного реагирования на эти ситуации, более подробно рассмотреть значимость стрессовой ситуации для человека и ее частоту.

Далее было проведено основное исследование, в котором приняли участие 80 человек, которые были разделены на 2 группы на основании данных из анкет. Каждая группа по 40 человек: первая группа – люди, имеющие врожденные формы сердечно-сосудистой патологии; вторая группа – люди, имеющие приобретенные формы сердечно-сосудистой патологии.

Проанализировав анкеты испытуемых в основном исследовании мы подтвердили полученные нами сведения в этой методике. В анкетах мы подготовили вопросы о трудных (стрессовых) ситуациях, с которыми часто встречались в жизни исследуемые нами люди в последнее время, при этом уточнив в вопросах эмоции, которые они испытывали при возникновении данных ситуаций. Из анкет мы получили данные, показывающие, что именно интенсивные стрессовые состояния, с которыми не смогли справиться испытуемые, послужили основной причиной появления приобретенных форм сердечно-сосудистой патологии. Главными, наиболее часто встречающимися ситуациями опрашиваемые в двух группах отмечали такие ситуации, как проблемы с семьей, проблемы на работе (или ее отсутствие), проблемы с начальством, бытовые проблемы, финансовые проблемы, проблемы экзистенционального характера (несостоятельность, смысл жизни, синдром перфекциониста, проблемы жизненного пути).

Нами также наблюдался эмоциональный фон во время обследования испытуемых. Во время проведения обследования можно было наблюдать сниженный эмоциональный фон у 65% испытуемых с приобретенными формами сердечно-сосудистой патологии. Это может быть индикатором наличия психотравмирующих ситуаций в группе людей с приобретенными формами сердечно-сосудистой патологии, и указывать на наличие у этих лиц преморбидных личностных особенностей, которые

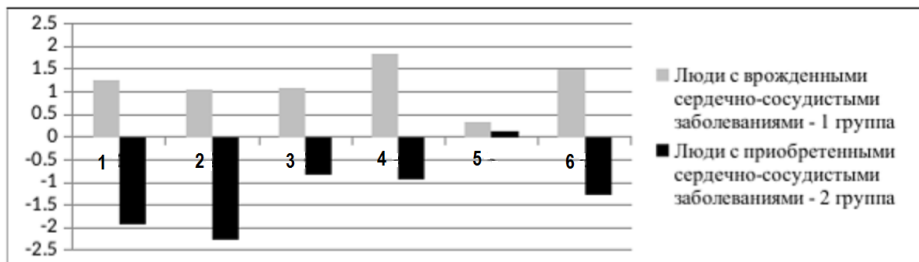
мешают людям справляться с этими ситуациями продуктивно. У 27,5% наблюдался ровный фон настроения и у 7,5% повышенный фон настроения. В группе людей с врожденной патологией сердца у 77,5% людей наблюдался ровный фон настроения, у 17,5% сниженный и у 5% повышенный.



**Рис. 1.** Сравнительная характеристика эмоционального фона людей, имеющих приобретенные формы, и людей, имеющих врожденные формы сердечно-сосудистой патологии в процентах

В ходе исследования двух групп, а именно людей, имеющих врожденные формы сердечно-сосудистой патологии, (1 группа), и людей, имеющих приобретенные формы сердечно-сосудистой патологии (2 группа) нами были получены следующие результаты, представленные на рисунке 2.

Анализ результатов исследования показал, что имеются статистически значимые различия по следующим показателям: «тревога», «невротическая депрессия», «астения», «конверсионное расстройство», «вегетативные нарушения», что отражает реакцию организма на психотравмирующую ситуацию или тяжелый жизненный период, острый и хронический стресс, который переживает группа людей, страдающих приобретенными формами сердечно-сосудистой патологии. Можно говорить о том, что первой группой стресс переносится острее, чем второй группой исследуемых нами лиц.



**Рис. 2.** Сравнительная характеристика средне-групповых показателей исследования невротических состояний людей, имеющих приобретенные формы, и людей, имеющих врожденные формы сердечно-сосудистой патологии.

**Таблица 1**

	Показатели	1 группа	2 группа	Уровень статистической значимости
1.	Тревога	<b>0,76</b>	<b>-1,93</b>	<b>0,01**</b>
2.	Невротическая депрессия	<b>1,05</b>	<b>-2,25</b>	<b>0,001**</b>
3.	Астения	<b>0,78</b>	<b>-1,54</b>	<b>0,05*</b>
4.	Конверсионное расстройство	<b>1,85</b>	<b>-0,93</b>	<b>0,01**</b>
5.	Обсессивно - фобические нарушения	<b>0,84</b>	<b>0,43</b>	
6.	Вегетативные нарушения	<b>1,50</b>	<b>-1,68</b>	<b>0,003**</b>

В этой и последующих таблицах: \* -  $p < 0,05$ ; \*\* -  $p < 0,01$ ; ~ - статистическая тенденция

У группы людей (см.: Таблица 1) с приобретенными заболеваниями сердца (1 группа) показатель по шкале «тревога» выше (-1,93), чем у группы людей с врожденной патологией сердца (2 группа) (0,76), это может указывать на наличие

внутренней напряженности. Эта напряженность может быть связана с переживанием какой-либо психотравмирующей ситуации, ожиданием угрожающих событий или переживаниями, связанными с нерешенными проблемами, что зачастую может сопровождаться прокрастинацией, что еще больше мешает решению проблем и усугубляет ситуацию стресса и тревоги. Люди из второй группы, напротив, менее тревожны, возможно, справляются с тревожными проявлениями лучше, чем люди из первой группы.

Следующий анализируемый показатель - «невротическая депрессия», этот вид депрессии отличается от клинической депрессии, тем, что он возникает как ответ на психотравмирующие ситуации.

В формировании невротической депрессии существенная роль принадлежит личностной предрасположенности к нервным срывам, уязвимости, плохой сопротивляемости стрессу, что часто проявляется в гипотимии, а именно в стойком снижении настроения, которое сопровождается уменьшением интенсивности эмоциональной, психической и, иногда, моторной активности, проявляющихся под влиянием неблагоприятных внешних воздействий на личность [3].

В группе людей с приобретенной патологией сердца значения по этому показателю оказались выше, чем во второй группе. Это может указывать на то, что у первой группы опрошиваемых присутствуют выше описанные характеристики, в которых проявляется невротическая депрессия, так же можно отметить, что для таких людей психотравмирующие ситуации, как правило, длительные, субъективно значимые, неразрешимые, но в большей степени они обусловлены преморбидными особенностями больных. Группа людей с врожденной патологией сердца отличается низкими значениями по этому показателю, это может говорить о том, что у них более сглажены психологические особенности, которые преобладают в группе людей с приобретенными сердечно-сосудистыми заболеваниями, способствующими развитию болезни.



Значения по показателю «астения» оказались больше у группы больных с приобретенными заболеваниями сердца, это указывает на патологическое состояние, характеризующееся слабостью, эмоциональной лабильностью, утомляемостью больных этой группы. Больные в этой группе чаще испытывают повышенную утомляемость, нехватку сил и нуждаются в помощи, они также больше локализуют свои жалобы в сердечно-сосудистой сфере, чем группа с врожденными болезнями сердца.

Показатель «конверсионное расстройство» рассматривается как расстройство, возникающее в условиях острых психических травм при невозможности, неумении или нежелании разрешить возникшие проблемы. Конверсия – это превращение вытесненного душевного конфликта в соматическую симптоматику. Значения по данному показателю так же преобладают в группе с приобретенными формами сердечно-сосудистой патологии, больные из этой группы отмечали покалывания на кончиках пальцев, ползание мурашек, онемение и другие неприятные ощущения в конечностях, произвольные подергивания головы и плеч, век, скул, произвольные двигательные стереотипии и покачивания. Это может говорить о изменении сенсорной (чувствительной) или моторной (двигательной) функции, которое указывает на физическое (органическое) нарушение, но, в тоже время, однако, это нарушение у больного не обнаруживается. Такие симптомы являются выражением психологического конфликта или психологической потребности. Личность больного в таком случае хочет «уйти» от ситуации стресса, которая является для нее травмирующей.

По показателю «вегетативные нарушения» было выявлено статистически значимое различие в пользу группы больных с приобретенными формами сердечно-сосудистой патологии. Люди из этой группы чаще отмечали снижение трудоспособности, слабость концентрации внимания, колебания настроения, пульсирующие головные боли, расстройства сна, прежде всего затруднения засыпания и беспокойный сон; периодические головокружения, мушки перед глазами, учащение пульса, мелкое

дрожание пальцев, боязливость, общую слабость, снижение активности, расстройства настроения. Эти все психовегетативные нарушения, по нашему мнению, являются следствием реакции на длительное психофизическое напряжение, не соответствующее психофизической конституции больного и чрезмерные требования, особенно связанные с конфликтами.

Показатели «тревога», «невротическая депрессия», «астения», «конверсионное расстройство» и «вегетативные нарушения» взаимосвязаны между собой и отражают неспособность личности больного справиться с ситуацией стресса и найти грамотный выход из нее. Это может быть связано со специфическими преморбидными психологическими особенностями больных в ситуации длительных и хронических психотравмирующих воздействий на человека, что, в свою очередь, и приводит к формированию типичных невротических симптомокомплексов.

Анализируя результаты исследования стрессоустойчивости и социальной адаптации, мы выявили статистически значимые различия двух исследуемых групп, представленные в таблице 2.

Таблица 2.

**Сравнительная характеристика среднегрупповых показателей исследования стрессоустойчивости и социальной адаптации людей, имеющих приобретенные формы, и людей, имеющих врожденные формы сердечно-сосудистой патологии**

Показатели	1 группа	2 группа	Уровень статистической значимости
Уровень стрессоустойчивости	210	332	0,001**

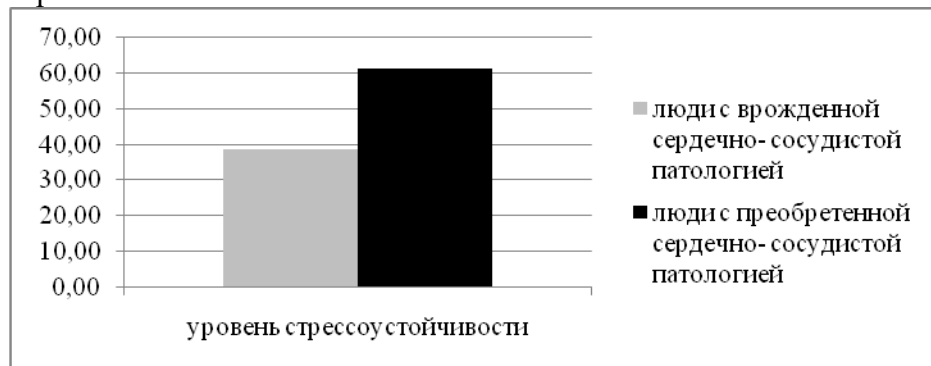
Статистическая обработка результатов исследования стрессоустойчивости и социальной адаптации доказала наличие

выявленных различий в двух группах исследуемых с сердечно-сосудистыми патологиями.

В группе больных с приобретенными формами сердечно-сосудистой патологии уровень стрессоустойчивости значительно ниже, чем в группе людей с врожденными формами сердечно-сосудистых патологий.

Для наглядности представим полученные данные в виде рисунка в процентном содержании (см. рис. 3).

Это позволяет сделать вывод о том, что больные с приобретенными заболеваниями сердца вынуждены львиную долю своей энергии и ресурсов тратить на борьбу с негативными психологическими состояниями, возникающими в процессе стресса.



**Рис. 3.** Сравнительная характеристика среднегрупповых показателей исследования стрессоустойчивости и социальной адаптации людей, имеющих приобретенные формы, и людей, имеющих врожденные формы сердечно-сосудистой патологии, в процентах.

У группы больных приобретенными формами сердечно-сосудистой патологии значения оказались ниже практически по всем показателям, чем у больных с врожденными формами сердечно-сосудистой патологии. Это говорит о низком уровне качества жизни в данной группе, который проявляется в стиле жизни, постоянных эмоциональных, психических, физических

нагрузках, стрессе. Данные показатели тесно коррелируют с показателями нашего предыдущего исследования невротических формами сердечно-сосудистой патологии.

Таблица 3.

	<b>Показатели</b>	<b>1 группа</b>	<b>2 группа</b>	<b>Уровень статистической значимости</b>
<b>1.</b>	Физический компонент здоровья	<b>51,8</b>	<b>48,7</b>	
<b>2.</b>	Физическое функционирование	<b>53</b>	<b>38</b>	<b>0,05*</b>
<b>3.</b>	Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием	<b>23</b>	<b>47</b>	<b>0,01*</b>
<b>4.</b>	Интенсивность боли	<b>52</b>	<b>54</b>	
<b>5.</b>	Общее состояние здоровья	<b>59</b>	<b>56</b>	
<b>6.</b>	Психологический компонент здоровья	<b>68,9</b>	<b>24,3</b>	<b>0,001**</b>
<b>7.</b>	Жизненная активность	<b>73</b>	<b>34</b>	<b>0,005**</b>
<b>8.</b>	Социальное функционирование	<b>74</b>	<b>69</b>	
<b>9.</b>	Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	<b>67</b>	<b>21</b>	<b>0,001**</b>
<b>10.</b>	Психическое здоровье	<b>71</b>	<b>18</b>	<b>0,001**</b>

Данные показатели тесно коррелируют с показателями нашего предыдущего исследования невротических состояний и стрессоустойчивости личности больных с разными формами сердечно-сосудистой патологии.

Первая анализируемая нами шкала - «физическое функционирование», эта шкала не связана напрямую и практически не подвержена влиянию психоэмоционального состояния человека на его физическое состояние, она отражает физические возможности организма при протекании болезни и выявляет астенические проявления личности. Эта шкала, по сути своей, отражает степень физического состояния и ограничений выполнения физических нагрузок, таких как ходьба, бег, подъем по лестнице, переноска тяжестей, занятия спортом и т.д. Низкие показатели по данной шкале были выявлены в группе людей с врожденной формой сердечно-сосудистой патологии и свидетельствуют о том, что физическая активность опрашиваемых нами пациентов ограничивается состоянием их здоровья. Следует отметить, что данные выводы на основании сбора информации из анкет, прилагаемых к исследованию и самой формы опросника исследования собирались на фоне адекватной оценки общего состояния своего здоровья и перспектив лечения исследуемых нами людей, имеющих врожденные формы сердечно-сосудистой патологии.

Следующая шкала - «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» входит в физический компонент здоровья, она напрямую зависит от психоэмоционального состояния, формируя психофизические реакции организма на возникшую стрессовую ситуацию. Показатели по данной шкале отражают влияние физического состояния личности больного на повседневную ролевую деятельность, такую, как работа и выполнение повседневных обязанностей. У людей с приобретенной патологией сердца мы выявили низкие показатели по данной шкале. Это свидетельствует о том, что повседневная деятельность и активность людей,

страдающих приобретенной патологией сердечно-сосудистой системы в значительной мере ограничена физическим состоянием.

Следующая анализируемая шкала - «жизненная активность». Эта шкала подразумевает ощущение себя полным энергии и сил или, наоборот, обессиленным, вялым. Низкие баллы были выявлены в группе обследуемых с приобретенными патологиями сердца. Это может свидетельствовать о переутомлении респондентов, снижении их жизненной активности, нехватке сил и энергии, ощущении себя обессиленным. Мы предполагаем, что данная шкала напрямую имеет связь с ситуацией хронического стресса у пациентов с приобретенными патологиями сердца, проявляющимися, как раз - таки, в сниженном качестве их жизни. Они не ощущают комфорта в сложившихся условиях, на что напрямую влияет ситуация хронического стресса и сложной для этих личностей жизненной ситуации, с которой у них не получается справиться так, как им хотелось бы.

Шкала «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием», представляет собой оценку степени, в которой эмоциональное состояние человека мешает выполнению им его работы или другой повседневной деятельности, в которую можно включить большие затраты времени, снижение качества, уменьшение выполняемой работы и ее объема, снижение физической активности, быструю и чрезмерную утомляемость при выполнении деятельности. Причем деятельность касается не только рабочего процесса, она охватывает все сферы жизнедеятельности человека и все его социальные роли. Низкие показатели по этой шкале мы наблюдаем в группе людей с приобретенной патологией сердца, и интерпретируем это как ограничение в выполнении повседневной деятельности, снижение качества выполняемой работы и ее объема, снижение физической активности, быструю и чрезмерную утомляемость при выполнении деятельности, которая охватывает все сферы жизнедеятельности человека. Безусловно, эти проявления обусловлены при этом ухудшением эмоционального состояния.

Анализируя шкалу «психическое здоровье» стоит отметить тесную взаимосвязь этой шкалы и отчетливо заметную корреляцию ее результатов с данными, полученными в исследовании невротических состояний у людей из двух исследуемых нами групп. Эту шкалу можно охарактеризовать как эмоциональную окраску настроения, наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных или отрицательных эмоций. Низкие показатели, которые мы выявили в группе людей с приобретенной формой сердечно-сосудистых заболеваний, говорят о наличии тревожных переживаний, сниженном фоне настроения, депрессивных, тенденциях, преобладании отрицательных эмоций. Так же снижение показателей по данной шкале проявляется в неадекватном реагировании на ситуацию стресса, определенных обстоятельств, которые связаны с трудностями адаптации человека, и в общем психическом неблагополучии. Эти проявления вызывают у человека дистресс, который является, как раз-таки, причиной ухудшения протекания психофизиологических функций, создавая благоприятную среду для развития психосоматического заболевания, в нашем случае заболевания сердечно-сосудистой системы.

Шкала «психологический компонент здоровья» объединяет в себе шкалы «жизненная активность», «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием», «психическое здоровье». Наличие статистически-значимых различий у лиц с приобретенными формами сердечно-сосудистой патологии по данной шкале говорит нам о том, что у исследуемой нами группы опрошиваемых снижение качества жизни связано не с физическим компонентом здоровья, а именно первопричиной является психологический компонент, в результате которого происходит ухудшение физического состояния больного.

Из этого следует вывод о том, что приобретенные сердечно-сосудистые заболевания носят психосоматический характер, вследствие формирования заболевания за счет переживания человеком ситуации стресса, с которой человек не может справиться из-за низкого адаптационного потенциала,

плохой адаптации к социальной обстановке. Вследствие этого формируется ситуация дистресса, под влиянием которой происходит мобилизация и расходование и «поверхностных», и «глубоких» адаптационных резервов. Этот стресс с течением времени переходит в психическую болезнь (невроз, психоз), что, в свою очередь, отражается на здоровье человека, и, как следствие, стресс переходит в соматические проявления, начинаются заболевания психосоматической природы, а именно заболевания сердечно-сосудистой системы [3].

Врожденные формы сердечно-сосудистых заболеваний не зависят от психологического компонента здоровья, и носят врожденный (генетический) характер, который проявляется отчасти в физическом компоненте здоровья, что, по нашему мнению обуславливает более благополучное положение по показателям психологического компонента здоровья в группе больных врожденными формами сердечно-сосудистых заболеваний.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что качество жизни у людей с приобретенной формой сердечно-сосудистых заболеваний ниже, чем у людей с врожденной формой сердечно-сосудистой патологии.

В ходе исследования было выявлено, что:

1. У людей с приобретенными заболеваниями сердца качество жизни ниже, чем у людей с врожденной патологией сердца, это проявляется в психоэмоциональных и психофизиологических проявлениях в ответ на ситуацию стресса.

2. Повседневная деятельность и активность людей, страдающих приобретенной патологией сердечно-сосудистой системы в значительной мере ограничена физическим состоянием в результате переутомления, снижения жизненной активности, ощущения себя обессиленным. Такие состояния охватывают все сферы жизнедеятельности людей этой группы и происходят на фоне хронического стресса. Они не ощущают комфорта в сложившихся условиях, на что напрямую влияет ситуация сложной для этих личностей жизненной ситуации, с которой у них



не получается справиться так, как им хотелось бы. Безусловно, эти проявления обусловлены при этом ухудшением эмоционального состояния.

3. Ухудшение эмоционального состояния проявляется в тревожных переживаниях, депрессивных тенденциях, снижении фона настроения, преобладании отрицательных эмоций. А так же проявляется в неадекватном реагировании на ситуацию стресса, определенных обстоятельств, которые связаны с трудностями адаптации человека, и в общем психическом неблагополучии. Эти проявления вызывают у человека дистресс, который является причиной ухудшения протекания психофизиологических функций, создавая благоприятную среду для развития психосоматического заболевания, в нашем случае заболевания сердечно-сосудистой системы.

4. У исследуемой нами группы опрошиваемых лиц с приобретенными формами сердечно-сосудистой патологии снижение качества жизни связано не с физическим компонентом здоровья. Первопричиной является психологический компонент, в результате которого происходит ухудшение физического состояния больного.

5. Приобретенные сердечно-сосудистые заболевания носят психосоматический характер и возникают под влиянием длительных и хронических или острых и кратковременных психотравмирующих воздействий. Психофизическое напряжение, не соответствующее психофизической конституции больного, в силу наличия у него преморбидных особенностей личности, вызывает различные невротические состояния, которые в гораздо меньшей степени выражены у больных с врожденной формой сердечно - сосудистой патологии, а именно:

- состояние невротической тревоги, указывающее на наличие внутренней напряженности;

- проявление астенической реакции, проявляющееся повышенной утомляемостью с неустойчивостью настроения и утратой способности к длительному умственному и физическому напряжению, слабостью, эмоциональной лабильностью;

- невротической депрессии, возникающей как ответ на психотравмирующую ситуацию;

- конверсионном расстройстве, которое провоцируется условиями острых психических травм при невозможности, неумении или нежелании разрешить возникшие проблемы проявляющееся превращением вытесненного душевного конфликта в соматическую симптоматику;

- вегетативных нарушениях, что проявляется в локализации жалоб в сердечно - сосудистой сфере;

6. В группе больных с приобретенными формами сердечно-сосудистой патологии уровень стрессоустойчивости значительно ниже, чем в группе людей с врожденными формами сердечно-сосудистых патологий.

7. Как следствие у людей с приобретенными заболеваниями сердца наблюдается низкий адаптационный потенциал. Люди этой группы исследуемых сложно адаптируются к социальной обстановке. Они более ранимы.

8. Врожденные формы сердечно-сосудистых заболеваний не зависят от личностных особенностей и невротических состояний и носят врожденный (генетический) характер, что, обуславливает более высокий уровень стрессоустойчивости в группе больных с врожденными формами сердечно – сосудистых заболеваний.

### Список литературы

1. *Березин Ф.Б., Безносок Е.В., Соколова Е.Д.* Психологические механизмы психосоматических заболеваний ММА им. И.М. Сеченова. Рос. мед. журн. 1998. № 2. С. 43-49.

2. *Вассерман Л.И., Громов С.А., Михайлов В.А.* и др. Концепция реабилитации и качество жизни: приемственность и различия в современных подходах // Психосоциальная реабилитация и качество жизни. СПб., 2001. С. 103-115.

1. *Винокур В.А.* Влияние личностных и поведенческих особенностей на гормональное и метаболическое реагирование

при психоэмоциональном напряжении. Психопатология, психология эмоций и патология сердца, 2006. 21 с.

2. *Ковалев В.В.* Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней, 1972. 47 с.

3. *Менделевич В.Д.* Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие / В.Д. Менделевич. 6-е изд. М.: МЕД пресс-информ, 2008. 432 с.

4. *Недошивин А.О., Кутузова А.Э., Петрова Н.Н., Варшавский С.Ю., Перепеч Н.Б.* Исследование качества жизни и психологического статуса больных с хронической сердечной недостаточностью // Сердечная недостаточность: Том 1/№ 4/2000

5. *Николаева Е.И., Ельникова О.Е.* Теоретический анализ подходов к изучению адаптации к хроническому заболеванию // Теоретическая и экспериментальная психология. 2016. № 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/teoreticheskiy-analiz-podhodov-k-izucheniyu-adaptatsii-k-hronicheskomu-zabolevaniyu> (дата обращения: 14.12.2019).

6. *Новик А.А., Ионова Т.И.* Руководство по исследованию качества жизни в медицине. СПб.: Издательский Дом «Нева»; М.: «ОЛМА-ПРЕСС» Звездный мир, 2002. 320 с.

7. Психическое здоровье. Всемирная организация здравоохранения. (дата обращения: 6.12.2019).

8. *Райгородский Д.Я.* Практическая психодиагностика. Методики и тесты– Самара, 2001. С. 549-558.

9. *Селье Г.* Стресс без дистресса: учеб. для вузов / Г. Селье. – Рига.: Виеда, 1992. 264 с

10. *Ware J.E., Kosinski M., Keller S.D.* *SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual II The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass.1994. 190 pp.*

## References

1. *Berezin F.B., Beznosjuk E.V., Sokolova E.D.* Psihologicheskie mehanizmy psihosomaticeskikh zabojevanij MMA im. I.M. Sechenov Ros. med. zhurn. 1998. № 2. Pp. 43-49.

2. *Vasserman L.I., Gromov S.A., Mihajlov V.A.* i dr. Konceptija rehabilitacii i kachestvo zhizni: priemstvennost' i razlichija v sovremennyh podhodah // Psihosocial'naja rehabilitacija i kachestvo zhizni. SPB., 2001. Pp. 103-115.

1. *Vinokur V.A.* Vlijanie lichnostnyh i povedencheskih osobennostej na gormonal'noe i metabolicheskoe reagirovanie pri psihojemocional'nom naprjazhenii. Psihopatologija, psihologija jemocij i patologija serdca, 2006. 21 p.

2. *Kovalev V.V.* Rol' psihicheskogo faktora v proishozhdenii, techenii i lechenii somaticeskikh boleznej, 1972. 47 p.

3. *Mendelevich V.D.* Klinicheskaja i medicinskaja psihologija: Uchebnoe posobie / V.D. Mendelevich. 6-e izd. M.: MED press-inform, 2008. 432 p.

4. *Nedoshivin A.O., Kutuzova A.Je., Petrova N.N., Varshavskij S.Ju., Perepech N.B.* Issledovanie kachestva zhizni i psihologicheskogo statusa bol'nyh s hronicheskoj serdechnoj nedostatochnost'ju // Serdechnaja nedostatochnost': Tom 1/N 4/2000

5. *Nikolaeva E.I., El'nikova O.E.* Teoreticheskij analiz podhodov k izucheniju adaptacii k hronicheskomu zabojevaniju // Teoreticheskaja i jeksperimental'naja psihologija. 2016. № 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/teoreticheskij-analiz-podhodov-k-izucheniyu-adaptatsii-k-hronicheskomu-zabojevaniju> (data obrashhenija: 14.12.2019).

6. *Novik A.A., Ionova T.I.* Rukovodstvo po issledovaniju kachestva zhizni v medicine. SPb.: Izdatel'skij Dom «Neva»; M.: «OLMA-PRESS» Zvezdnyj mir, 2002. 320 p.

7. Psihicheskoe zdorov'e. Vsemirnaja organizacija zdravoohranenija. (data obrashhenija: 6.12.2019).

8. *Rajgorodskij D.Ja.* Prakticheskaja psihodiagnostika. Metodiki i testy– Samara, 2001. Pp. 549-558.

9. *Sel'e G.* Stress bez distressa: ucheb. dlja vuzov / G. Sel'e. Riga.: Vieda, 1992. 264 p

10. *Ware J.E., Kosinski M., Keller S.D.* SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User`s Manual // The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass. 1994. 190 p.

### Сведения об авторе

Наталья Николаевна **Якунина**, магистрант. Хакасский государственный университет им. Н.Ф. Катанова, Медико-психолого-социальный институт (Абакан, Россия). E-mail: O3o.yakunina@gmail.com



Natalia Nikolaevna **Yakunina**, master's student. Khakas state University. N.F. Katanov, Medical-psychological-social Institute (Abakan, Russia). E-mail: O3o.yakunina@gmail.com