

Роль стресс-совладающего поведения в формировании отношения к болезни у курящих пациентов с артериальной гипертензией

Е.А. Манюгина, А.В. Бурсиков, О.В. Швагер

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Ивановская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Иваново, Россия

Манюгина Е.А. — очный аспирант кафедры пропедевтики внутренних болезней ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России (ИвГМА); Бурсиков А.В. — доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней ИвГМА; Швагер О.В. — ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней ИвГМА.

Контактная информация: ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, Шереметевский проспект, д. 8, Иваново, Ивановская область, Россия, 153012. Тел.: +7(4932)29–48–97. E-mail: a.v.bursikov@mail.ru (Бурсиков Александр Валерьевич).

Резюме

Цель исследования — изучить особенности стресс-совладающего поведения и отношения к болезни и их взаимосвязь у курящих мужчин с артериальной гипертензией (АГ). **Материалы и методы.** Было обследовано 70 мужчин с АГ 1–3 степени, без ассоциированных клинических состояний, с высоким и очень высоким клиническим риском, из них 35 курящих и столько же некурящих (средний возраст $46,0 \pm 1,2$ года). **Результаты.** Выявлены отличия в структуре типов отношения к болезни и направленности (выраженности) стресс-совладающих механизмов (копинг-стратегий) у курящих и некурящих мужчин с АГ. Определены взаимосвязи между значениями шкал типов отношения к болезни и направлением копинг-стратегий. **Выводы.** Особенности стресс-совладающего поведения играют роль в формировании отношения к болезни, и их коррекция может повысить эффективность лечения курящих пациентов.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, отношение к болезни, стресс-совладающее поведение.

The role of coping behavior for the attitude to the disease in hypertensive smokers

E.A. Manyugina, A.V. Bursikov, O.V. Shvager

Ivanovo State Medical Academy, Ivanovo, Russia

Corresponding author: Ivanovo State Medical Academy, 8 Sheremetevskij av., Ivanovo, Russia, 153012. Tel.: +7(4932)29–48–97. E-mail: a.v.bursikov@mail.ru (Alexander V. Bursikov, MD, PhD, DSc, the Chief of the Department of the Internal Diseases Propedaedics at the Ivanovo State Medical Academy).

Abstract

Objective. To assess the features of coping behavior smoking male hypertensives. **Design and methods.** Seventy men with hypertension of I–III degree and without associated clinical conditions with high and very high clinical risk were included. There were 35 smoking and 35 non-smoking men (mean age $46,0 \pm 1,2$ years). **Results.** We identified the differences in the attitude to the disease and the severity of coping strategies in smoking and non-smoking hypertensive men. According to the correlation analysis there is an association between the attitude to the disease and the severity of coping strategies. **Conclusions.** The features of coping behavior play a role for the attitude to the disease, and their correction could improve the treatment of smokers.

Key words: hypertension, attitude to the disease, coping behavior.

Статья поступила в редакцию 13.03.14 и принята к печати 30.04.14.

Введение

Сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смертности населения Российской Федерации. Высокая смертность объясняется распространенностью факторов риска, основными из которых являются артериальная гипертензия (АГ) и курение. При этом в основе лечения АГ лежит не только достижение целевого уровня артериального давления, но и коррекция модифицируемых факторов риска, в том числе отказ от курения [1].

В общей популяции в России число курящих в возрастных группах 40–60 лет составляет 41,1–52,2 % [2]. Имеются данные, что среди пациентов с АГ курение менее распространено, чем в общей популяции: курящие составляют 15–17 % пациентов. Среди курящих пациентов с АГ преобладают мужчины [3].

Лечение курящих пациентов с АГ сопряжено с существенными трудностями, хотя есть мнение, что прекращение курения снижает риск осложнений АГ, возможно, даже в большей степени, чем само антигипертензивное лечение. В Европейских рекомендациях по АГ (2013) подчеркивается, что существующие данные эффективности прекращения курения у пациентов с АГ «разочаровывают» [4], что требует поиска новых подходов к лечению этой категории пациентов.

Процесс распознавания болезни самим пациентом связан с обращением в медицинское учреждение, воспоминанием о прежних заболеваниях, интеллектуальной обработкой изменившихся ощущений, занятием определенной позиции по отношению к болезни и процессу лечения. Особое значение для пациента приобретает возможность получения доступной информации о заболевании [5]. В настоящее время клинические факты убеждают, что биологические закономерности у человека не существуют вне связи с личностью и ее отношением к самому факту наличия заболевания — отношением к болезни. Р.А. Лурия ввел понятие «внутренней картины болезни» (ВКБ), которое объединяет в себе всё то, «что чувствует и переживает больной, всю массу его ощущений, его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, о ее причинах — весь тот огромный мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм» [6]. ВКБ в одних случаях играет роль оптимизатора, определяющего поведение, направленное на преодоление болезни, в других — формирует пессимистические прогнозы, сопровождаемые отрицательными эмоциями. Для снятия тревоги и приспособления к действительности в проблемных

ситуациях, в том числе при наличии заболевания, активизируются стратегии стресс-совладающего поведения — копинг-стратегии, «постоянно изменяющиеся когнитивные и поведенческие усилия индивида с целью управления специфическими внешними и (или) внутренними требованиями, которые оцениваются им как подвергающие его испытанию или превышающие его ресурсы» [7]. В настоящее время под копингами понимают, как правило, произвольные и сознательные действия [7], хотя некоторые исследователи относят к копингам все проявления регуляции эмоционального состояния, включая непроизвольные процессы [8].

Есть точка зрения, что отношение к болезни оказывает влияние на другие системы отношений личности и защитно-приспособительные механизмы, в том числе и на стресс-совладающее поведение, которое позволяет субъекту обеспечивать как поддержание, укрепление здоровья и благополучия, так и способствовать их разрушению. Представления о заболевании существенно влияют на его течение и эмоциональное состояние человека [9]. Отношение пациентов к АГ имеет гендерные различия [10], а формирование определенных типов отношения к болезни (ТОБ) у пациентов с АГ оказывает существенное влияние на приверженность лечению [11]; среди пациентов с низкой приверженностью преобладают курящие мужчины [3]. Анализ структуры курительного поведения показал, что у курящих мужчин с АГ доминирующим типом курительного поведения является «поддержка» при нервном перенапряжении, которая встречается почти в половине всех случаев, то есть курение выступает как способ снижения эмоционального напряжения [12].

Существует мнение, что курение является одним из неконструктивных способов совладания со стрессом, и риск развития табакокурения связан с копинг-стратегией дистанцирования и недостаточностью когнитивных ресурсов копинга [13], а копинг-стратегия избегания является предиктором социальной дезадаптации [14], что может объяснить коморбидность курения и АГ. Однако особенности стресс-совладающего поведения у курящих мужчин с АГ и его взаимосвязи с ВКБ в доступной литературе не отражены.

Возможно, что знание особенностей стресс-совладающего поведения и его роли в формировании отношения к болезни у курящих пациентов с АГ и целенаправленные вмешательства по их коррекции позволят повысить эффективность лечения этой группы пациентов. На примере ряда иных заболеваний показано, что активный проблемно-ориентированный копинг — оптимальный способ совладания со стрессом болезни, обеспечивающий

достаточно высокое качество жизни и максимально возможное сохранение здоровья [15].

Цель работы — изучить особенности стресс-совладающего поведения и отношения к болезни и их взаимосвязь у курящих мужчин с АГ.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 70 пациентов мужчин трудоспособного возраста с АГ 1–3 степени с поражением органов-мишеней, без наличия ассоциированных клинических состояний. Клинический риск сердечно-сосудистых осложнений оценивался как высокий и очень высокий. Давность выявления АГ — $6,0 \pm 1,7$ года. В исследование не включались лица с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, требующими дополнительной медикаментозной терапии. Пациенты были разделены на две группы: первую группу составили 35 курящих мужчин с АГ, средний возраст которых составил $48,4 \pm 1,5$ года. Во вторую группу вошли некурящие мужчины с АГ в количестве 35 человек, средний возраст которых был $46,7 \pm 1,3$ года. Все пациенты поступили в терапевтическое отделение с клиникой неосложненного гипертонического криза. В условиях терапевтического отделения проводилось клиническое, лабораторное и инструментальное обследование пациентов, было проведено лечение в соответствии со стандартом оказания медицинской помощи пациентам с АГ.

Протокол исследования одобрен этическим комитетом ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России.

Психологическое обследование проводилось на 4–5-й день госпитализации. Определение механиз-

мов стресс-совладающего поведения проводилось при помощи копинг-теста Лазаруса, который выделяет 8 копинг-механизмов [16].

Изучение направленности копинга — доминирующих копинг-стрессовых поведенческих стратегий — проводилось при помощи методики Нормана «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» [17], выделяющей следующие диагностические варианты направленности копинг-стратегий: ориентированные на решения задачи, ориентированные на эмоции, ориентированные на избегание, а также субшкалы копинга, ориентированного на избегание — отвлечения и социального отвлечения. Диагностика сложившихся под влиянием болезни отношений к самой болезни, ее лечению, врачам и медицинскому персоналу, родным и близким, окружающим, работе, одиночеству и будущему, а также к своим витальным функциям (самочувствие, сон, аппетит) была проведена при помощи теста «Тип отношения к болезни» [18]. Результаты исследования обрабатывались методом вариационной статистики на персональном компьютере с использованием пакета программ Excel XP. Межгрупповые различия оценивались по значению *t*-критерия Стьюдента для независимых выборок. Результаты представлены как $M \pm m$. Статистическую значимость и силу связи между показателями оценивали методом корреляционного анализа.

Результаты и их обсуждение

При анализе стратегий стресс-совладающего поведения, применяемых курящими и некурящими пациентами с АГ, было установлено, что мужчины с АГ обеих групп используют преимущественно конструктивные копинг-стратегии (планирование,

Таблица 1

НАПРЯЖЕННОСТЬ КОПИНГ-СТРАТЕГИИ У КУРЯЩИХ И НЕКУРЯЩИХ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Копинг-стратегии	Напряженность копинг-стратегий у курящих пациентов с АГ, баллы	Напряженность копинг-стратегий у некурящих пациентов с АГ, баллы	<i>t</i> -критерий Стьюдента
Конфронтационный копинг	$45,0 \pm 0,3$	$56,1 \pm 0,1$	$p < 0,001$
Дистанцирование	$57,0 \pm 0,3$	$51,5 \pm 0,2$	$p < 0,001$
Самоконтроль	$69,6 \pm 1,8$	$72,1 \pm 1,4$	$p < 0,05$
Поиск социальной поддержки	$47,9 \pm 0,7$	$84,3 \pm 0,5$	$p < 0,001$
Принятие ответственности	$55,8 \pm 1,6$	$60,3 \pm 1,2$	$p < 0,01$
Бегство/избегание	$36,6 \pm 1,3$	$39,8 \pm 1,1$	$p < 0,05$
Планирование решения проблемы	$69,9 \pm 2,1$	$83,3 \pm 2,4$	$p < 0,001$
Положительная переоценка	$45,6 \pm 0,9$	$70,5 \pm 1,1$	$p < 0,001$

Примечание: АГ — артериальная гипертензия.

решение проблемы и самоконтроль) и достаточно мало реализуют стратегию «бегство/избегание». Это означает, что они осознают наличие проблем и не пытаются уклониться от ответственности и действий по разрешению возникших трудностей. В то же время в изучаемых группах были выявлены и некоторые отличия: некурящие пациенты с АГ в большей мере используют конфронтационную копинг-стратегию ($56,1 \pm 0,1$ и $45,0 \pm 0,3$ соответственно, $p < 0,001$). У некурящих пациентов с АГ был существенно выше уровень напряженности копинг-стратегии поиск социальной поддержки по сравнению с курящими пациентами ($84,3 \pm 0,5$ и $47,9 \pm 0,7$; $p < 0,001$). Напротив, у курящих пациентов с АГ выше напряженность копинг-стратегии дистанцирования ($57,0 \pm 0,3$ и $51,5 \pm 0,2$; $p < 0,001$), они в меньшей мере используют такие копинг-стратегии, как социальная поддержка, планирование решения проблемы и положительная переоценка. В целом, напряженность, то есть выраженность, копинг-стратегий у курящих пациентов с АГ ниже по большинству позиций (табл. 1).

При анализе ориентации (направленности) стресс-совладающих стратегий поведения также были выявлены некоторые различия: курящие пациенты чаще используют копинг-стратегии, ориентированные на решение задачи ($89,8 \pm 1,1$ и $70,3 \pm 0,9$; $p < 0,001$), а также стратегии бегства/избегания, в том числе отвлечение и социальное отвлечение, и значительно реже, чем некурящие пациенты, используют копинг-стратегии, ориентированные на выражение эмоций и поддержание эмоционального состояния ($22,4 \pm 0,4$ и $43,1 \pm 0,3$; $p < 0,001$) (табл. 2).

Анализ усредненного профиля отношения к болезни показал наличие в обеих группах (курящих и некурящих мужчин с АГ) высокие значения сенситивного ТООБ, что отражается в:

- озабоченности возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни;
- опасениях стать обузой и объектом неблагоприятного отношения для близких вследствие болезни;
- колебаниях настроения, связанных главным образом с межличностными контактами.

Однако по другим шкалам профили типов отношения к болезни имеют различия: у некурящих пациентов с АГ значимо выше значения шкал гармоничного ($18,0 \pm 1,5$ и $10,2 \pm 1,2$; $p < 0,05$), эргопатического ($19,5 \pm 1,7$ и $12,2 \pm 1,1$; $p < 0,05$) ТООБ, характеризующегося «уходом в работу», и неврастенического с поведением по типу «раздражительной слабости» ($9,9 \pm 0,7$ и $6,5 \pm 0,4$; $p < 0,05$) отношения к болезни. У курящих пациентов выше значение шкалы апатического ТООБ ($7,2 \pm 0,5$ и $4,1 \pm 0,8$; $p < 0,05$), характеризующегося пассивным подчинением лечению при настойчивом побуждении со стороны (табл. 3).

Анализ соотношения значений шкал в профиле типов отношения к болезни и копинг-механизмов позволил выявить ряд значимых взаимосвязей (табл. 4). Выраженность шкалы гармоничного типа отношения к болезни имеет значимую корреляцию с копинг-стратегией — положительная переоценка ($p < 0,05$), применение которой означает положительное переосмысление проблемы, использование ее как стимула для личностного роста.

Таблица 2

НАПРАВЛЕННОСТЬ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ У КУРЯЩИХ И НЕКУРЯЩИХ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Ориентация копинг-стратегии	Направленность копинг-стратегий у курящих пациентов с АГ, баллы	Направленность копинг-стратегий у некурящих пациентов с АГ, баллы	t-критерий Стьюдента
Копинг-стратегия, ориентированная на решение задачи	$89,8 \pm 1,1$	$70,3 \pm 0,9$	$p < 0,001$
Копинг-стратегия, ориентированная на эмоции	$22,4 \pm 0,4$	$43,1 \pm 0,3$	$p < 0,001$
Копинг-стратегия, ориентированная на избегание	$63,8 \pm 1,5$	$43,9 \pm 1,8$	$p < 0,001$
Копинг-стратегия, ориентированная на отвлечение/избегание	$57,0 \pm 2,4$	$31,0 \pm 0,8$	$p < 0,001$
Копинг-ориентация на социальное отвлечение	$80,0 \pm 3,1$	$54,6 \pm 2,3$	$p < 0,001$

Примечание: АГ — артериальная гипертензия.

Таблица 3

УСРЕДНЕННЫЙ ПРОФИЛЬ ТИПОВ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У КУРЯЩИХ И НЕКУРЯЩИХ ПАЦИЕНТОВ
С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Тип отношения к болезни	Выраженность компонентов типов отношения к болезни у курящих пациентов с АГ	Выраженность компонентов типов отношения к болезни у некурящих пациентов с АГ	t-критерий Стьюдента
Гармоничный	10,2 ± 1,2	18,0 ± 1,5	p < 0,05
Эргопатический	12,2 ± 1,1	19,5 ± 1,7	p < 0,05
Анозогнозический	2,8 ± 0,3	6,8 ± 0,4	p > 0,05
Тревожный	10,3 ± 0,7	12,8 ± 0,9	p > 0,05
Ипохондрический	9,4 ± 0,6	11,2 ± 1,3	p > 0,05
Неврастенический	6,5 ± 0,4	9,9 ± 0,7	p < 0,05
Меланхолический	8,0 ± 1,3	6,6 ± 1,4	p > 0,05
Апатический	7,2 ± 0,5	4,1 ± 0,8	p < 0,05
Сенситивный	19,5 ± 2,7	17,5 ± 2,1	p > 0,05
Эгоцентрический	8,6 ± 1,2	8,8 ± 1,3	p > 0,05
Паранойяльный	6,3 ± 1,1	6,9 ± 0,9	p > 0,05
Дисфорический	4,4 ± 0,6	4,1 ± 0,4	p > 0,05

Примечание: АГ — артериальная гипертензия.

Таблица 4

КОЭФФИЦИЕНТЫ КОРРЕЛЯЦИИ МЕЖДУ КОПИНГ-СТРАТЕГИЯМИ ЗНАЧЕНИЯМИ ШКАЛ
ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ

Тип отношения к болезни	Кон-фрон-тация	Дис-танци-рова-ние	Само-кон-троль	Поиск социаль-ной под-держки	Приня-тие от-ветствен-ности	Бег-ство/ избе-гание	Плани-рование решения проблемы	Положи-тельная перео-ценка
Гармоничный	0,048	0,009	0,051	0,194	0,179	0,122	0,198	0,242*
Эргопатический	0,152	0,204	0,098	0,291*	0,142	−0,008	0,246*	0,337**
Тревожный	0,195	0,098	0,023	0,151	0,239*	0,056	0,194	0,188
Неврастени-ческий	0,314**	0,041	0,042	0,288*	0,365**	0,260*	0,234	0,299*
Апатический	−0,097	0,057	0,013	−0,230	−0,150	−0,070	−0,195	−0,313**
Дисфорический	0,121	0,138	−0,196	0,025	0,285*	0,216	0,032	0,078

Примечание: * — p < 0,05; ** — p < 0,01.

Эргопатический компонент отношения к болезни связан значимыми положительными связями с копинг-механизмами поиском социальной поддержки (p < 0,05), планированием решения проблемы (p < 0,05) и положительная переоценка (p < 0,01). Применение копинг-механизма «поиск социальной поддержки» предполагает попытки разрешения проблемы за счет поиска информационной, эмоциональной и действенной поддержки. Характерны ориентированность на взаимодействие с другими людьми, ожидание внимания, совета, сочувствия, обращение за рекомендациями к другим людям, владеющим с точки зрения пациента необходимыми знаниями. Применение копинг-механизма «плани-

рование решения проблемы» предполагает усилия преодоления проблемы за счет анализа ситуации и поиска возможных вариантов поведения, планирование собственных действий с учетом реальных условий и прошлого опыта.

Значения шкалы тревожного типа отношения к болезни имеют значимую связь (p < 0,05) с напряженностью копинг-механизма «принятие ответственности», что отражает готовность пациента анализировать свое поведение, искать причины актуальных трудностей в личных недостатках и ошибках.

Значения шкалы неврастенического ТООБ имеет наибольшее количество значимых взаимосвязей:

связь средней силы с копинг-стратегиями «конфронтация» ($p < 0,01$) и «принятие ответственности» ($p < 0,01$), а также корреляция слабой силы с копинг-стратегией «поиск социальной поддержки» ($p < 0,05$), бегством/избеганием ($p < 0,05$) и положительной переоценкой ($p < 0,05$), что отражает противоречивые тенденции в поведении и эмоциональном состоянии пациента.

Шкала апатического ТОО имеет значимую отрицательную корреляцию средней силы с копинг-стратегией положительной переоценки ($p < 0,01$), что означает, что наличие проблемной ситуации не является основанием для личностного роста.

Значения шкалы дисфорического ТОО имеют слабую, но значимую связь с копинг-стратегией принятия ответственности ($p < 0,05$), что отражает способность пациента анализировать свое поведение, несмотря на агрессивное отношение к близким.

Корреляционный анализ значений шкал ТОО и направленности копинг-стратегий показал, что ряд шкал ТОО имеют значимые взаимосвязи с направленностью копинг-стратегий. Значения шкалы гармоничного ТОО имеют 3 значимые корреляции: положительную с копингом, ориентированным на эмоции ($p < 0,05$), и отрицательные с копинг-стратегиями, ориентированными на избегание и социальное отвлечение ($p < 0,05$).

Значения шкалы эргопатического ТОО имеют положительную связь с копингом, ориентированным на эмоции ($p < 0,05$), отрицательные связи с другими направленностями копинга, что объясняет ситуацию, когда при наличии заболевания пациент, стремясь сохранить эмоциональный комфорт и уважение своих коллег, полностью отдается работе, несмотря на имеющееся заболевание (табл. 5).

Значения шкалы анозогностического ТОО имеет 2 значимые отрицательные связи: со стрессовым поведением, ориентированным

на избегание ($p < 0,05$) и социальное отвлечение ($p < 0,05$), что позволяет объяснить отрицание своего заболевания в контексте механизмов стрессового поведения.

Отрицательная связь выявлена между значениями тревожного ТОО и копинг-механизмом, ориентированным на решение задачи ($p < 0,05$). Это объясняет, почему пациент избегает активных действий для решения возникающих проблем.

Значения шкалы неврастенического ТОО имеют отрицательную связь с копингом, ориентированным на решение задачи ($p < 0,05$), но, в отличие от тревожного типа, имеют также значимую связь с копингом, ориентированным на избегание ($p < 0,05$). Это объясняет, почему пациент не только не стремится к действенным способам решения возникающих проблем, но и всячески стремится их избежать, что в определенной мере объясняет поведение пациента по типу «раздражительной слабости», характерного для этого ТОО.

Корреляция средней силы имеет место у шкалы апатического ТОО с ориентацией копинга на избегание ($p < 0,01$), в том числе и на социальное, что согласуется с отсутствием инициативы в поведении, служебной деятельности и межличностных отношениях.

Следует отметить, что значимые связи между показателями шкал в профиле ТОО и ориентацией копинга обнаружены только у 6 типов отношения к болезни, а значения шкалы паранойального ТОО были равны нулю.

Таким образом, некурящие пациенты с АГ характеризуются преобладанием формирования гармонического, эргопатического и неврастенического типов отношения к болезни и существенно чаще используют копинг-стратегии, ориентированные как на решение проблемы, так и на регуляцию или выражение переживаемых эмоций, — конфронтационный копинг, поиск социальной поддержки,

Таблица 5

КОЭФФИЦИЕНТЫ КОРРЕЛЯЦИИ МЕЖДУ ШКАЛАМИ НАПРАВЛЕННОСТЯМИ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ И КОМПОНЕНТАМИ ТИПОВ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ

Тип отношения к болезни	Ориентация на решение задачи	Ориентация на эмоции	Ориентация на избегание	Отвлечение-избегание	Социальное отвлечение
Гармоничный	-0,192	0,286*	-0,256*	-0,189	-0,264*
Эргопатический	-0,280*	0,273*	-0,364**	-0,299*	-0,317**
Анозогностический	-0,176	0,158	-0,237*	-0,199	-0,256*
Тревожный	-0,281*	0,073	-0,172	-0,162	-0,115
Неврастенический	-0,317**	0,189	-0,249*	-0,234	-0,187
Апатический	0,210	-0,294*	0,373**	0,308**	0,295*

Примечание: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$.

планирование решения проблемы, чем курящие пациенты. У курящих мужчин с АГ чаще, чем у некурящих, формируется апатический тип отношения к болезни, они характеризуются противоречивым сочетанием копинг-механизмов, направленных как на положительную переоценку проблемной ситуации, так и на ее избегание и социальное отвлечение, при сдерживании эмоциональных реакций, и в целом меньшим использованием всего разнообразия копинг-механизмов (или неумением их использовать).

Д. Амирхан на основе факторного анализа выделил 3 группы копинг-стратегий: разрешения проблем, поиска социальной поддержки и избегания. Стратегия разрешения проблем — это активная поведенческая стратегия, при которой человек старается использовать все имеющиеся у него ресурсы для поиска возможных способов эффективного разрешения проблемы. Стратегия поиска социальной поддержки — это активная поведенческая стратегия, при которой человек для эффективного разрешения проблемы обращается за помощью и поддержкой к окружающей его среде: семье, друзьям, другим людям... Стратегия избегания — это поведенческая стратегия, при которой человек старается избежать контакта с окружающей его действительностью, уйти от решения проблем, может использовать пассивные способы избегания, например, уход в болезнь или употребление алкоголя, наркотиков и, видимо, курение. Стратегия избегания — одна из ведущих поведенческих стратегий при формировании дезадаптивного поведения. Ее использование обусловлено недостаточностью развития копинг-ресурсов и навыков активного разрешения проблем [19].

Возможно, именно отсутствие копинг-компетентности — владения копинг-стратегиями, ориентированными на поиск социальной поддержки и регуляцию переживаемых эмоций, — является одной из причин продолжения курения пациентами с АГ, несмотря на информацию о неблагоприятном его влиянии на течение и развитие заболевания. Одним из вариантов немедикаментозного лечения АГ является обучение пациентов, которое проводится в Школе пациентов с АГ [20], оно повышает информированность пациентов о заболевании, снижает частоту обращений в поликлинику и экономические затраты, связанные с лечением [21]. Однако в теме «Курение» в рамках школы для пациентов с АГ нет четких рекомендаций по отказу от курения, а лишь приведены доказательства влияния курения на течение АГ и выделены формы курительного поведения. В разделе, посвященном стрессу, также нет конкретных рекомендаций по преодолению

нию стресса [20]. Обучение копинг-механизмам может явиться основой для совершенствования терапевтического обучения курящих пациентов с АГ, включения обучения стресс-совладающим технологиям в программу Школы для пациентов. Этот же тезис поддерживается авторами Европейских рекомендаций по АГ (2013), которые считают, что у курящих пациентов с АГ «можно ожидать определенных положительных результатов от применения методик, которые фокусируются на выявлении и совладании с ситуациями, в которых возникает потребность закурить», в том числе при эмоциональном напряжении [4, 12].

Выводы

Курящие и некурящие пациенты с АГ имеют отличия в частоте использования (напряженности) стресс-совладающих стратегий. Некурящие пациенты с АГ чаще используют конфронтационный копинг и поиск социальной поддержки. Напротив, курящие пациенты с АГ чаще используют копинг-стратегии дистанцирования и реже используют такие копинг-стратегии, как социальная поддержка, планирование решения проблемы и положительная переоценка.

Копинг-стратегии у курящих мужчин с АГ в большей мере ориентированы на избегание и на решение задачи, а копинг-механизмы, направленные на регуляцию переживаемых эмоций, имеют существенно меньшую напряженность.

Имеют место различия в отношении к болезни у курящих и некурящих пациентов с АГ: у курящих по сравнению с некурящими больными чаще имеет место апатический тип отношения, у некурящих чаще встречаются гармоничный, эргопатический и неврастенический типы отношения к болезни.

Отношение к болезни у пациентов с АГ взаимосвязано со спецификой стресс-совладающего поведения, которые наиболее сильны при эргопатическом, анозогностическом и неврастеническом типах.

Конфликт интересов. Авторы заявили об отсутствии потенциального конфликта интересов.

Литература

1. Оганов Р.Г., Хальфин Р.А. Руководство по медицинской профилактике. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 464 с. / Oganov R.G., Halfin R.A. The management of medical prevention. — Moscow: GEOTAR-Media, 2007. — 464 p. [Russian].
2. Анохина И.П., Векшина Н.Л., Веретинская А.Г. Центральные механизмы предрасположенности к зависимости от психоактивных веществ // Неврология и психиатрия. — 1997. — № 12. — С. 83–84. / Anokhin I.P., Vekshina D.L., Veretinskaja A.G. The central mechanisms of predisposition to dependence on psychoactive substances // Neurology and Psychiatry [Nevrologiia i Psikiatriia]. — 1997. — № 12. — P. 83–84 [Russian].

3. Шальнова С.А., Деев А.Д., Карпов Ю.А. Артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца в реальной практике врача-кардиолога // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2006. — Т. 5, № 2. — С. 73–80. / Shalnova S.A., Deev A.D., Karpov Y.A. The arterial hypertension and ischemic heart disease in actual practice cardiologist // Cardiovascular Therapy and Prevention [Kardiovaskulyarnaya Terapiya i Profilaktika]. — 2006. — Vol. 5, № 2. — P. 73–80 [Russian].

4. Лурья Р.А. Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания. — 4-е изд. — М.: Медицина, 1977. — С. 37–52. / Luria R.A. Internal picture of disease and iatrogenic disease. — 4-ed. — Moscow: Medicine, 1977. — P. 37–52 [Russian].

5. Бурсиков А.В. Половые различия формирования внутренней картины болезни в дебюте выявления артериальной гипертензии. Республиканская научно-практическая конференция «Кардиологические проблемы в акушерстве, гинекологии и перинатологии» 27–29 сентября 2006. — Сб. статей. — Иваново, 2006. — С. 9–11. / Bursikov A.V. The sex differences of formation of the disease in patients with early diagnosed hypertension. Republican scientific-practical conference “Cardiological problems in obstetrics, gynecology and perinatology”, 27–29 September 2006. — Collected articles. — Ivanovo, 2006. — P. 9–11 [Russian].

6. Бурсиков А.В., Тетерин Ю.С., Петрова О.В. Типы отношения к болезни, качество жизни и приверженность лечению в дебюте гипертонической болезни // Клиническая медицина. — 2007. — Т. 8. — С. 44–47. / Bursikov A.V., Teterin U.S., Petrova O.V. The types of the illness, quality of life and adherence to treatment at the onset of hypertension // Clinical Medicine [Klinicheskaya Meditsina]. — 2007. — Vol. 8. — P. 44–47 [Russian].

7. Бурсиков А.В., Манюгина Е.А. Особенности курительного поведения и никотиновой зависимости у мужчин, страдающих артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца в сочетании с артериальной гипертензией // Артериальная гипертензия. — 2010. — Т. 16, № 6. — С. 599–603. / Bursikov A.V., Manyugina E.A. The features and smoking behaviour and nicotine dependence in men suffering from arterial hypertension and ischemic heart disease in combination with arterial hypertension // Arterial Hypertension [Arterialnaya Gipertenziya]. — 2010. — Vol. 16, № 6. — P. 599–603 [Russian].

8. Лозовой В.В. Медико-психологические и психологические характеристики табакокурения и употребления алкоголя у школьников: Автореф. дис. канд. психол. наук. — СПб., 2009. / Lozovoy V.V. Clinical and psychological and psychological characteristics of smoking and alcohol consumption among schoolchildren: PhD thesis. — St Petersburg, 2009 [Russian].

9. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Копинг-поведение и психопрофилактика психосоциальных расстройств у подростков // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. — 1994. — Т. 1. — С. 63–74. / Sirota N.A., Yaltonsky V.M. Coping behavior and psychoprophylaxis psychosocial disorders in adolescents // Review of Psychiatry and Medical Psychology n.a. Bekhterev [Obzreniye Psihiatrii i Meditsinskoj Psikhologii im. Bekhtereva]. — 1994. — Vol. 1. — P. 63–74 [Russian].

10. Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А. Совладание со стрессом: теория и психодиагностика. — СПб., 2010. — С. 97–103. / Wasserman L.I., Ababkov V.A., Trifonova E.A. Coping: theory and psychological testing. — St Petersburg, 2010. — P. 97–103. [Russian]

11. Крюкова Т.Л., Куфтяк Е.В. Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ) // Журнал практического психолога. — 2007. — № 3. — С. 93–112. / Kryukova T.L., Cuf-tack E.V. The questionnaire for coping strategies (adaptation techniques WCQ) // Journal of the Psychologist [Zhurnal Prakticheskogo Psikhologa]. — 2007. — № 3. — P. 93–112 [Russian].

12. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Копинг-поведение в стрессовых ситуациях (С. Норман, Д.Ф. Эндлер, Д.А. Джеймс, М.И. Паркер; адаптированный вариант Т.А. Крюковой) // Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. — М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. — С. 442–444. / Fetiskin N.P., Kozlov V.V., Manuilov G.M. The coping behaviour in stress situations (S. Norman, D.F. Endler, D.A. Jamys, Miercom, adapted Tagruato) / Social and psychological diagnostics of personality development and small groups. — Moscow, 2002. — P. 442–444. [Russian].

13. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Боcharов В.В. и др. Психологическая диагностика типов отношения к болезни при психосоматических и нервно-психических расстройствах // Методические рекомендации. — СПб., 1991. — 26 с. / Wasserman L.I., Iovlev B.V., Bocharov V.V. et al. The psychological diagnostics types of attitude to the disease in psychosomatic and psychiatric disorders // Methodical Recommendations [Metodicheskiye Rekomendatsii]. — St Petersburg, 1991. — 26 p. [Russian].

14. Школа здоровья: артериальная гипертензия // Под ред. Р.Г. Оганова. — М.: ГЭОТАР-Медиа. — 2008. — 188 с. // School of health: arterial hypertension / Ed. by R.G. Oganov. — Moscow: GEOTAR-Media, 2008. — 188 p. [Russian].

15. Концевая А.В., Калинина А.М., Спивак Е.Ю. Социально-экономическая эффективность «Школ здоровья» для больных сердечно-сосудистыми заболеваниями // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. — 2008. — № 2. — С. 3–8. / Kontsevaya A.V., Kalinin A.M., Spivak E.J. Social and economic efficiency of the «schools of health» for patients with cardiovascular diseases // Prevention and Health Promotion [Profilaktika Zabolevanii i Ukrepleniye Zdorovia]. — 2008. — № 2. — P. 3–8 [Russian].