

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ «КОРОНАРНОГО» ТИПА ЛИЧНОСТИ (ОБЗОР)

І. М. Конарева. Психологічні та фізіологічні особливості «коронарного» типу особистості (огляд). В огляді описано деякі психологічні особливості «коронарного» типу особистості (з поведінкою типу А). Наведено результати досліджень змін параметрів активності автономної нервової системи та ЕЕГ в умовах вирішення різних задач у осіб типів А та Б. Відмічено, що суб'єкти типу А в цілому демонструють підвищену інтенсивність arousal-реакцій, що проявляється в значному зростанні частоти серцевих скорочень, рівня систолічного кров'яного тиску, LF-компонента кардіоінтервалограми, рівня адреналіну в плазмі крові та ін. Описано моделі та теорії, що інтерпретують фізіологічну реактивність патерну типу А.

Ключові слова: поведінка типу А, «коронарний» тип особистості, фізіологічна реактивність, arousal, енцефалограма, частота серцевих скорочень, спектр кардіоінтервалограми.

И. Н. Конарева. Психологические и физиологические особенности «коронарного» типа личности (обзор). В обзоре описаны некоторые психологические особенности «коронарного» типа личности (с поведением типа А). Излагаются результаты исследований изменений параметров активности автономной нервной системы и ЭЭГ в условиях решения различных задач у лиц типов А и Б. Отмечается, что субъекты типа А в целом демонстрируют повышенную интенсивность arousal-реакций, что проявляется в значительном возрастании частоты сердечных сокращений, уровня систолического кровяного давления, LF-компонента кардиоинтервалограммы, уровня адреналина в плазме крови и др. Описываются модели и теории, объясняющие физиологическую реактивность паттерна типа А.

Ключевые слова: поведение типа А, «коронарный» тип личности, физиологическая реактивность, arousal, энцефалограмма, частота сердечных сокращений, спектр кардиоинтервалограммы.

Постановка научной проблемы. Своевременное объективное выявление поведения «коронарного» типа (поведение типа А) и его психофизиологических детерминант позволит снизить риск появления сердечно-сосудистых и других заболеваний на ранних стадиях их возникновения у подобных индивидуумов. Этому помогут знания объективных электрографических предикторов

поведення типів А і Б. Известно, що суб'єкти типу А в цілому демонструють підвищену інтенсивність arousal-реакцій. Однак в результатах оцінки кількості і направленості фізіологічних зсувів у осіб «коронарного» типу немає єдиного гласія.

Цель статьи: описать психологическую гетерогенность конструкта «коронарный» тип личности и результаты ретроспективных исследований изменений параметров активности автономной нервной системы и энцефалограммы (ЭЭГ) в условиях решения различных задач у лиц типов А и Б.

Анализ последних исследований по этой проблеме. У определённых лиц акцентированы такие поведенческие черты, как способность к длительной борьбе за достижение цели при значительном сопротивлении со стороны и высокая склонность к соперничеству. Им свойственны ощущение постоянной нехватки времени, нетерпеливость, раздражительность и агрессивность, стремление к доминированию в коллективе и потребность контролировать других, деятельность «на износ» и стремление к достижению успеха в профессиональной сфере за счёт других сторон жизни, неумение отдыхать и ждать. Люди с подобным паттерном поведения были квалифицированы Фридманом и Розенманом как относящиеся к так называемому поведенческому типу личности А. Людей с противоположным паттерном поведения и чертами личности относят к типу Б. Естественно, что значительная часть субъектов не соответствует полностью указанным описаниям и поэтому классифицируется как промежуточный тип АБ [1].

Личностные и поведенческие особенности типа А считаются отчетливым фактором риска развития ишемической болезни сердца, инфаркта миокарда, стенокардии, атеросклероза, и поэтому данный тип получил второе название – «коронарный». Некоторые кардиологические ассоциации добавили в список факторов риска «коронарных» заболеваний ещё одну особенность индивидуумов, относящихся к типу А, – низкую устойчивость к стрессу [2]. Распространённость данного психологического типа в популяции связывают с действием ряда существенных социально-экономических факторов современной цивилизации и укладом жизни большинства населения промышленно развитых стран. Куйпер и Мартин считают, что «цена» усилий, затраченных на реализацию поведения типа А, перевешивает выгоды от такого поведения, и поэтому паттерн типа А можно считать неадекватным стилем индивидуальности, снижающим качество жизни [3].

Поведение типа А исследуется в русле нескольких основных направлений. Преимущественно изучаются психологические детерминанты поведения типа А и их соотношение с клиническими проявлениями сердечно-сосудистых заболеваний [4]. Работы подобного рода осложняются следующим обстоятельством. Поскольку существуют несколько подходов для определения типа А, представления о психологическом конструкте самого этого типа достаточно расплывчаты. В качестве соответствующего инструмента наиболее распространён опросник Дженкинса; его использование считается, однако, некоторыми исследователями несколько менее точной диагностической процедурой, чем применение «классического» метода структурированного интервью Фридмана и Розенмана [5]. Полагают, что ответы в ходе интервью находятся в большей связи со значениями физиологических переменных организма [6].

Лица, относящиеся к так называемому «коронарному» типу А, в целом характеризуются повышенной эмоциональностью в ходе реагирования на изменения внешних условий и действий неожиданных раздражителей (arousal). Это отражается в ряде объективных показателей, например, в более высокой реактивности сердечно-сосудистой системы (ССС), увеличенной тонической электропроводимости кожи и увеличенной десинхронизации частотных компонентов ЭЭГ в париетальной правополушарной области [7].

Анализируя доступную литературу по данному вопросу, мы нашли только единичные работы об особенностях ЭЭГ у лиц с разными типами поведения, по Дженкинсу. Баннелл отмечал (1980), что индивидуумы, относящиеся или приближающиеся к «коронарному» типу, демонстрировали более интенсивное подавление α -ритма, которое коррелировало с более значительным повышением частоты сердечных сокращений (ЧСС) и более интенсивной вазоконстрикцией в условиях тестов, обуславливающих «отключение от сенсорного потока» (решение математических задач, задач на оценку времени и самоиндукция представлений об изменении температуры среды) [8].

Кеттерер (1982) выявил, что во время эмоциональных воспоминаний субъекты с высокими оценками по типу А (по сравнению с лицами типа А с более низкими баллами) проявляли тенденцию к большей мощности левополушарной париетальной α -активности и характеризовались большими автономными проявлениями arousal (измерения тонической проводимости кожи). Результаты были обсуждены в терминах гипотезы, согласно ко-

торой эмоциональный arousal выступает как механизм копинга, активизирующий познавательные ресурсы левого полушария и тем самым смещающий фокус внимания для облегчения достижения цели. Автор также отметил, что в то время как другие лица могут расслабиться в ситуации отдыха, индивидуумы типа А испытывают так называемое чувство «неопределенно виноватый» («vaguely guilty»), будучи заняты обдумыванием разных вопросов [7].

Цинцирипини обнаружил (1986), что у лиц типа А при курении (т. е. при поступлении в организм никотина) доминирование в ЭЭГ относительно низкочастотных высокоамплитудных α -колебаний сменяется превалярованием высокочастотной β -активности. В то же время у лиц типа Б в этих условиях происходит усиление относительно высокоамплитудного θ -компонента ЭЭГ [9]. Джилберт (1987) показал, что при курении сигарет с высоким содержанием никотина у лиц типа А увеличивается ЭЭГ-реакция arousal в правом полушарии, а у лиц типа Б – в левом, причем сигареты с низким уровнем никотина оказывали противоположный эффект. Автор объяснил полученные результаты различной латерализацией никотиновых холинергических рецепторов у данных групп лиц [10]. Таким образом, исследований, посвященных подробному анализу показателей ЭЭГ и ССП у поведенческих типов А и Б нам почти не удалось найти, кроме вышеперечисленных сообщений и ряда собственных работ [11, 12], несмотря на длительную историю физиологического изучения этих паттернов поведения.

Фредриксон и соавт. (1999) заключили, что у лиц типа А интенсивность измеренных на периферии гипофизарных, адреналовых и кортикоидных ответов выше, чем у субъектов типа Б. Они с помощью позитронно-эмиссионной томографии измеряли региональный мозговой кровоток (rCBF) у женщин при демонстрации нейтрального видеоролика (изображений пейзажей). Абсолютные значения rCBF у типа А билатерально в гипоталамусе и гиппокампе (структурах, связанных с регулированием активности АНС и стресса) были значительно больше. Не наблюдалось достоверных различий rCBF в путамене, амигдале, таламусе, хвостатом ядре, цингулярных дугах, первичной и вторичной визуальной коре, дорсолатеральной префронтальной, орбитофронтальной и темпоральной областях коры. Эти корковые и подкорковые области включают в себя паралимбические и лимбические структуры, обеспечивающие познавательные и эмоциональные функции. Полученные результаты поддержи-

вают представление о том, что различия между типами А и Б в подкорковой нервной деятельности базируются на различиях в автономной регуляции НС (вернее, имеют в основе ее дисрегуляцию) и вносят вклад в увеличенный риск сердечно-сосудистых заболеваний у лиц с поведением типа А [13].

В литературе неоднократно отмечалось, что представители типа А (как взрослые, так и дети) по сравнению с лицами типа Б демонстрируют более высокую физиологическую реактивность, проявляемую в признаках активации симпатoadренальной системы и ряде биохимических сдвигов, и поэтому сложилось соответствующее устоявшееся мнение. Демброский и соавт. (1978) показали, что физиологические ответы на действие стресса у субъектов типов А и Б неидентичны еще до появления коронарной сердечной болезни (КСБ). Показатели, не различимые у представителей этих паттернов в покое, были разными во время реализации перцептивно-моторных или познавательных навыков. У типа А систолическое артериальное давление (САД) и ЧСС были выше, в то же время гальванические показатели кожи и значения скорости реакции не различались. Поэтому была предложена гипотеза, что тип А является более симпатореактивным и к тому же неустойчивым в аспекте симпато-парасимпатических отношений, и именно эта сверхреактивность может быть звеном в цепи, ведущей к развитию КСБ [14]. С этого времени во многих других работах эта гипотеза нашла поддержку [15].

На репрезентативной выборке подростков 13-18 лет у представителей типа А нашли повышенную вариативность и бóльшие пиковые значения САД. На эти показатели существенно влияли такие переменные, как скорость ответа во время интервью и высокий уровень враждебности. Авторы предположили, что физиологические проявления особенностей типа А у представителей различных возрастов весьма подобны [16].

Конструкт типа А состоит из многих психологических переменных, которые по-своему влияют на проявления физиологических параметров. Деламагер и соавт. (1989) изучали сердечно-сосудистую реактивность (ССР) у лиц типов А и Б в ситуациях социального взаимодействия во время диалогов, вызывающих или не вызывающих проявления враждебности, нехватки времени, соревновательности. Независимо от пола (и у мужчин, и у женщин) в ситуации враждебности достоверно повышались значения диастолического артериального давления (ДАД) и ЧСС (причем прирост ЧСС у мужчин достоверно отличался от прироста ЧСС у женщин). В ситуации недостатка времени были

выявлены достоверные различия значений для САД, тогда как в ситуации соревнования различий обнаружено не было. Авторы считают, что тип А не представляет собой критического детерминанта ССР индивидуума; они поддерживают гипотезу о влиянии ситуативных факторов и их поведенческого выражения на характер ССР. Конструкт типа А гетерогенен по природе, и он может различаться у индивидуумов по составляющим его психологическим компонентам, по-разному влияющим на ССР. Рассматривая результаты, полученные только для лиц типа А, авторы выявили, что САД было больше в ситуациях враждебности и нехватки времени [17].

Какие же субкомпоненты паттерна типа А более сильно связаны с ССР и, в итоге, с коронарной болезнью? Вспомним в этой связи работу Емэна и соавт. В ней было обнаружено, что у лиц типа А степень учащения сердечного ритма и увеличение скорости проведения пульсовой волны (мера, связанная с β -адренергической активацией) при переходе от состояния покоя к выполнению перцептивной моторной задачи были тесно связаны с чертами раздражительность и нетерпение и не связаны с факторами потребность в достижении и конкурентоспособный [18]. Считается, что один аспект типа А – враждебность – связан с КСБ наиболее сильно [19].

В ряде работ были показаны изменения физиологических параметров у лиц типа А в зависимости от ситуативных факторов. Так, есть данные, что лица типа Б психологически и физиологически возбуждены только в период напряженной работы, тогда как лица типа А – и в период бездеятельности. Об этом судили по ряду биохимических показателей, в частности по уровням катехоламинов и кортизола в крови, а также по параметрам сердечного ритма [20]. Манук и Кранц (1984) для объяснения этого типа реактивности предлагают модель «преобладающего состояния» (Prevailing State Model), когда измеренная в лаборатории степень физиологической реактивности может предсказать типичный уровень arousal в повседневной жизни. Тип А, оцененный в лаборатории как более реактивный, демонстрирует большее тоническое возбуждение и на действие средовых событий [21].

В ситуациях конкурентной борьбы и/или социально-враждебного окружения, лица типа А показывают большее увеличение САД и уровня норадреналина в сыворотке крови, чем субъекты типа Б [22]. У лиц типа А в тест-ситуации с высоким денежным штрафом за неправильный ответ ЧСС возрастала бо-

лее интенсивно. В тех же условиях люди типа Б реагировали по парасимпатическому варианту, т. е. снижением ЧСС и другими соответствующими вегетативными проявлениями [23].

Манук и Кранц (1984) объясняют «ситуативный» тип реактивности моделью «обратной активации» (Recurrent Activation Model), когда типы А и Б не различаются по arousal в состоянии покоя, но различаются по их физиологическим ответам в ситуациях психологического вызова, особенно в ситуациях угрозы чувству собственного достоинства, угрозы потери контроля или при негативном межличностном взаимодействии [21]. В целом лицам типа А свойственно выбирать такие задачи, которые сопровождаются изначально большей реактивностью [см. обзор 24].

В ретроспективных обзорах было показано, что в результатах оценки количества и направленности физиологических сдвигов у индивидуумов «коронарного» типа нет единогласия. Контрада и соавт. в своем обзоре (1985) прокомментировали, что лица типа А и Б однозначно различаются по уровням САД и адреналина плазмы крови, несколько слабее – по величине ЧСС и уровню норадреналина в плазме, а наиболее слабо – по значению ДАД. Однако в ситуациях, когда результаты выполнения работы долгое время не поддаются контролю, лица типа А могут демонстрировать физиологическую гипореактивность [6].

Харбин в своем обзоре (1989) также отметил, что лица типа А характеризуются более частым пульсом, более высоким САД, более высокой концентрацией норадреналина в крови, чем лица типа Б. В то же время достоверных различий концентраций адреналина и кортизола в этих группах не наблюдалось. Мужчины типа А по сравнению с женщинами реагировали на нагрузки более выраженным подъемом артериального давления и учащением пульса. Он указал, что эти результаты зависят от типа познавательных и сенсорных (психомоторных) задач, от вида психодиагностического инструмента и более очевидны для мужчин [5]. У женщин, относящихся к типу А, в таких ситуациях обнаруживались более выраженные реакции вазоконстрикции, изменения ЭКГ, плетизмограммы, ЭМГ мышц лица, кожно-гальванического рефлекса и респираторных движений [25].

Некоторые исследователи изучали изменения физиологической реактивности лиц типов А и Б отдельно в гендерных выборках. Фридман и соавт. (1975) нашли, что в ситуации соревнования у мужчин-рабочих типа А уровни плазменного артеренола, холестерина и триглицеридов были выше, чем у лиц типа

Б (в случае артеренола – на 30 %). При этом концентрация адреналина в период между пробами не изменялась [26].

Розенман и Фридман еще в 1961 г. показали у женщин типа А (идентифицированного по признакам поведения, а не на основании результатов интервью) более высокие уровни холестерина в сыворотке и гипертензию с повышением ДАД. Однако после этого лишь немногие авторы находили более или менее четкие различия между типами А и Б у женщин. Это могло быть связано с относительной немногочисленностью работ с обследованием женских выборок [см. работы: 27, 28]. МакДугалл и коллеги (1981) не нашли различий кардиоваскулярных реакций у женщин типов А/Б в ситуации действия холодового стрессора и определения времени реакции выбора. Однако в ходе проведения структурированного интервью и викторины по истории было отмечено повышение САД (без изменений величин ДАД и ЧСС). При этом подобные различия отмечались только в случаях диагностики лиц типа А с помощью структурированного интервью, а не опросника Дженкинса [22].

У представителей «коронарного» типа также в ряде случаев не было выявлено однозначных изменений нейроэндокринных параметров. Одними из первых серьезные нейроэндокринные изменения при усиленной деятельности АНС у лиц типа А выявили Вильямс и коллеги (1982). В течение решения умственной задачи мужчины типа А демонстрировали бóльшую степень вазодилатации мышечного кровеносного русла и более высокие уровни секреции норадреналина, адреналина и кортизола, чем лица типа Б. В течение же сенсорной задачи на время реакции было найдено увеличение уровня тестостерона, а у лиц с наличием семейной истории гипертензии – кортизола [29]. Эти результаты показали, что у индивидуумов с поведением типа А активность гипофизарно-адренокортикальной системы повышена.

В целом исследования связи между компонентами поведения типа А и содержанием катехоламинов в плазме немногочисленны, несмотря на тот факт, что адреналин, норадреналин и дофамин являются важными регуляторами сердечно-сосудистой и почечной функций. Катехоламины индуцируют гемодинамические изменения, обеспечивают мобилизацию липидов и повышения свертываемости крови. Бóльшую катехоламинэргическую реактивность у типа А на действие психологических стрессоров выявили Гласс и Контрада [30]. Сообщалось, что у лиц типа А при выполнении напряжённых задач отмечался высокий уровень адреналина и норадреналина в моче, а при решении упрощенных

задач – бóльшая секреция кортизола; причем различий в качестве работы между указанными типами не наблюдалось [31].

С учетом этих фактов считают, что поведение типа А связано с несколько повышенной устойчивой активностью симпатoadреналовой системы [6], хотя отдельные данные противоречат этой точке зрения. Некоторые авторы считают лиц типа Б не «релаксированными», а склонными к подавлению тревожных реакций [32]. В ряде работ не было обнаружено повышенной физиологической реактивности у представителей типа А. Еще Houston (1983) и Holmes (1983) отметили довольно слабую корреляцию между поведением типа А и показателями симпатической физиологической реактивности. Приводились, однако, данные, что тип А превышает тип Б по частоте и/или продолжительности эпизодов гиперответов в течение целой жизни [6]. Кроме того, у представителей типа А наблюдалось более длительное время восстановления после симпатического arousal, вызванного выполнением задачи Струпа на перцептивный конфликт [33].

Миртек (1995), выполнив мета-анализ результатов исследований прошлых лет, отметил только наличие однозначного достоверного различия между показателями САД. По другим показателям (ДАД, ЧСС, вариабельность сердечного ритма, сердечный выброс, производительность работы сердца, амплитуда пульсового объема, период пульса, электродермальная активность, температура кожи, электромиограмма, частота дыхания и поглощение кислорода, уровни адреналина и норадреналина) достоверных различий найдено не было. Автор поэтому заключает, что концепция бóльшей физиологической реактивности лиц с паттерном типа А не является валидной в свете ретроспективного анализа [34]. Некоторые авторы даже обсуждают возможность того, что поведение типа А у пациентов с КСБ имеет защитную функцию, т. е. не увеличивает риск смертности у пациентов с КСБ [35].

Таким образом, изначально и наиболее часто изучалась ассоциация между выраженностью паттерна типа А и такими кардиографическими показателями, как ЧСС и уровень давления крови. Изучение же спектральных параметров ВСР началось с 90-х годов XX в.; причем количество таких работ к настоящему времени остается относительно небольшим. Камада и коллеги выявили у мужчин типа А бóльший показатель соотношения частотных компонентов кардиоинтервалограммы LF/HF в период отдыха (но не во время решения арифметических задач), т. е. лица типа А показали преобладание симпатической актив-

ности [36]. Сато и соавт. у женщин типа А, по сравнению с представительницами типа Б, выявили бóльшие значения низкочастотной составляющей LF и соотношения LF/HF, и эти значения увеличились во время выполнения психомоторной задачи. Лица типа А отмечали к тому же бóльшее субъективное восприятие умственной нагрузки. Достоверных различий показателей ЧСС и давления (САД и ДАД) обнаружено не было [37]. Йерагани и Кумар (2000) у лиц типа А нашли только некоторую тенденцию к бóльшим значениям показателей LF и HF [38]. Более подробный анализ различий между паттернами А и Б по кардиоинтервалографическим показателям был приведён в нашей работе [39].

Генезис поведения типа А все ещё полностью не раскрыт. То ли факторы поведения типа А выступают как детерминанты увеличения активности ЦНС (и АНС в частности), то ли такое поведение является следствием конституциональных изменений работы мозговой активности. Тем не менее, паттерн поведения типа А детерминирован поведенчески и конституционально; это подтверждается тем фактом, что ЧСС выше у данных лиц, даже находящихся под общим наркозом [40].

С учетом вышеизложенного подчеркнем, что главная уязвимость данных литературы о типах А и Б – это теоретическая слабость конструкта А/Б, а также отсутствие теории, которая объясняла бы несогласованность результатов. Несмотря на огромное количество феноменологических данных, понимание природы физиологических реакций типа А пока весьма ограничено. Конечно, какие-то гипотезы все же были выдвинуты.

Гласс (1977) предположил, что поведение типа А – это копинговый ответ на угрозу потери контроля; оно вызвано действием средовых стимулов и соответствующие физиологические гиперответы отражают копинговые усилия обеспечить контроль над стрессовыми событиями. Когда индивидуумы типа А сталкиваются с трудностями, не поддающимися контролю, сначала они пробуют с ними справиться, проявляя поведение конкурентоспособности, стремления к достижению, нетерпения и враждебности. Если же эти усилия заканчиваются повторной неудачей, то такие лица впадают в состояние беспомощности (*helplessness*). Повреждение ССС следует за резкими изменениями соотношения симпатической и парасимпатической деятельности в подобных ситуациях [19].

Питтнер и Хьюстон (1980) пытались объяснить бóльший уровень психофизиологического arousal у типа А наличием конструкта чувства собственного достоинства. В их исследовании у лиц

типа А (мужчин), по сравнению с субъектами типа В ЧСС, в ситуациях угрозы физического удара и угрозы чувству собственного достоинства повышалась в большей мере, причём в последней ситуации также повышалось САД и ДАД [15]. Вильямс и соавт. (1982) предположили, что различия в реактивности типов А/В связаны со специфическими способами когнитивной обработки информации, свойственной лицам данных типов [29]. Другие гипотезы предполагают, что релевантные ситуативные переменные (типа вида стимула и трудности задачи) влияют на реактивность через увеличение копингового усилия или мотивации.

Существует также точка зрения, что поведение типа А является результатом такого психологического базиса, который обуславливает физиологическую реактивность как результат прямого последствия поведенческого ответа или как дополнительное проявление основного психологического процесса. Кранц и коллеги (1982, 1983) предложили психобиологическую модель поведения типа А, в которой паттерн типа А рассматривается как следствие совместной детерминации симпатической реактивности, определяемой основным конституционным фактором, с одной стороны, и механизмов обратной связи, посредством чего периферические симпатические изменения транслируются в тип поведения А. Под воздействием бета-адреноблокатора пропранолола поведенческие проявления типа А уменьшаются, а изменения ЧСС ослабляются. Данная модель примечательна тем, что предполагает наличие промежуточных переменных между типом А и физиологической реактивностью. В рамках «сомато-физической» модели поведения типа А роль ответов симпатической нервной системы и обработки информации об этих ответах рассматривается как дополнительный фактор, способствующий проявлениям эмоционального поведения [41, 42].

Куйпер и Мартин (1989) предложили психосоциальную модель типа А. По их представлениям, это навязчивый (компульсивный), ориентированный на работу тип поведения, связанный с попытками противодействовать дисфункциональным самооценочным стандартам. Поскольку эти стандарты часто завышены, лица типа А будут расстраиваться, испытывать отрицательные аффекты и в результате ощущать неудовлетворенность жизнью и формировать отрицательное представление о себе [3].

Паттерны поведения А и В, описанные Фридманом и Розенманом, определяются сочетаниями достаточно сложной совокупности специфических факторов темперамента, особенностей

емоциональній сфері, установок і цінностей, придбаній мотивації і стратегій опору стресу [43]. Показано [44], що чим більше виражений тип А, тим менше оцінка сили процесу затримки і сильніше проявляються процеси збудження і рухливість нервових процесів (за опитувальником Стреляу). В цілому поведінка типу А часто порівнюється з високими рівнями екстраверсії і нейротизму (за опитувальником Айзенка) [44, 45]. Люди типу А, порівняно з представниками типу Б, характеризуються більшою фізичною, косвенною і вербальною агресивністю і високим інтегральним індексом агресивності [44]. Вважається, що супереччя між прагненням до міжособистісних контактів, емоційною чутливістю, з однієї сторони, і ворожістю – з іншої, призводить до хронічного емоційного напруження у осіб типу А [46].

Особистості типу А мають більш виражену мотивацію досягнень, ніж особи типу Б [34, 45]. Гласс (1977) припустив, що в основі поведінки типу А лежить підвищена потреба забезпечити контроль над зовнішніми подіями [19]. В суб'єктивно неконтрольованій ситуації з негативним результатом особи типу А схильні в більшій мірі, ніж особи типу Б, вважати свою поведінку реалізованою на рівні нижче нормативного, сердяться на себе і приписують собі відповідальність за причини негативного результату ситуації. Іншими словами, вони характеризуються інтернальним локусом контролю [47]. Особи типу А більш чутливі до ситуацій, в яких контроль може бути втрачений і проявляють більші фізіологічні реакції (ніж особи типу Б) на стресори, не піддаючись контролю. У них в ситуації наявності контролю спостерігалися більші рівні ЧСС, САД і ДАД, в ситуації відсутності контролю – більше САД, а в разі нестійкого контролю – більше ДАД [48]. Найбільш докладно зв'язок між паттерном типу А і локусом контролю описав Керколди і соав. [см. 49].

Відомо, що визначені показники темперамента дитини вже в віці трьох – чотирьох років є предикторами поведінки типу А в дорослому віці (21 рік). Прагнення до досягнень у осіб типу А коррелирувало з високими здібностями до адаптації і, в той же час, з негативним настроєм в ранньому дитинстві, а нетерпеливість і подразливість – з низкими значеннями сенсорних порогів, виносливості і адаптивності [50]. Серед інших характеристик темперамента, коррелируючих з типом А, називають імпульсивність і орієнтацію на отримання винагороди [51].

Таким образом, анализ психологических характеристик лиц типа А показал, что в данном паттерне объединены поведенческие и личностные особенности индивидуума, поэтому «коронарный» тип можно считать стилевой характеристикой личности. Следует учитывать и социальные условия формирования данного типа поведения – борьба за существование у лиц типа А выступает как доминирующий жизненный стиль [51]. Они применяют активный проблемно-фокусированный копинг, не пользуются социальной поддержкой и более чувствительны к отрицательной обратной связи о себе [24].

Лица типа А не просто реагируют на окружающие стимулы, а «создают и пролонгируют» действие стрессора через своё поведение и познавательную стратегию. Особенно лица типа А отрицают и подавляют те особенности ситуаций, которые мешают активному копингу [24]. Как следствие этого, они могут научиться хронически игнорировать сопутствующий субъективный дистресс, например, подавлять отрицательные эмоциональные состояния или не замечать не релевантные данной задаче стимулы. Это затрудняет их осознание и адаптивное изменение способа жизни [7].

Анализ психологических особенностей здоровых лиц типа А показывает, что эти характеристики перекликаются с личностными особенностями пациентов, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями. Предвестниками фатальных форм ишемической болезни сердца являются высокие показатели тревожности и нейротизма, склонность к депрессии, ригидность [4]. Установлено также, что до развития болезни для лиц типа А были характерны повышенная враждебность, лёгкость перехода к ярости, недоверчивость, конфликтность, заниженная самооценка, гиперреактивность [52]. Таким образом, манифестация поведения типа А у человека является прогностическим признаком развития сердечно-сосудистых заболеваний, в частности тяжелого атеросклероза, а также тяжести протекания постинфарктного периода. Редуцирование паттерна А с помощью психотерапии в заметной степени предотвращает появление второго инфаркта или внезапной «сердечной» смерти [53].

Выводы. В заключение ещё раз подчеркнём, что «коронарный» тип личности связан с определённой спецификой нейрогуморальных и физиологических реакций. На эмпирическом уровне взаимосвязь между паттерном поведения типа А и ССР неоднозначна. Это соотношение является ситуационно специфическим. Как и было показано выше, оно часто обнаруживается только при определённых ситуативных обстоятель-

ствах. Другая основная причина неоднозначности связи может состоять в том, что данное соотношение является специфическим только для определённых психологических черт поведения типа А. В-третьих, мужчины типа А отличаются бóльшей физиологической реактивностью, чем женщины того же типа; это может быть объяснено разным гормональным балансом у лиц разного пола. В целом у лиц типа А интегральная интенсивность активации ЦНС повышена, и системы сердечно-сосудистой регуляции функционируют с высоким напряжением; это и увеличивает вероятность серьёзных нарушений кардиоваскулярной функции.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Rosenman R.H. Modifying type A behavior pattern /R.H. Rosenman, M. Friedman // Psychosomatic Research. – 1977. – v. 21, № 4. – P. 323-331.
2. Prevention of Coronary Heart Disease. Report of WHO Expert Committee. Technical Report Series 678, World Health Organization. – Geneva, 1992.
3. Kuiper N.A. Type A behavior: A social cognition motivational perspective /N.A. Kuiper, R.A. Martin // The psychology of learning and motivation: Advances in research and theory. – 1989. – v. 24. – P. 311-341.
4. Агеенкова Е.К. Психосоматические аспекты развития сердечно-сосудистых заболеваний. (История вопроса) /Е.К. Агеенкова // Вестник Белорусского государств. университета. Сер. 3. – 1999. – № 2. – С. 56-60.
5. Harbin T.J. The relationship between the type A behavior pattern and physiological responsivity: A quantitative review / T.J. Harbin // Psychophysiology. – 1989. – v. 26, № 1. – P. 110-119.
6. Contrada R.J. Psychophysiological correlates of type A behavior: Comments on Houston (1983) and Holmes (1983) / R.J. Contrada, R.A. Wright, D.C. Glass // Res. Pers. – 1985. – v. 19, № 1. – P. 12-30.
7. Ketterer M.W. Lateralized representation of affect, affect cognizance and the coronary-prone personality /M.W. Ketterer // Biological Psychology. – 1982. – v.15, № 3/4. – P. 171-189.
8. Bunnell D.E. Individual differences in alpha rhythm responsivity: intertask consistency and relationship to cardiovascular and dispositional variables /D.E. Bunnell // Biological Psychology. – 1980. – v. 10, № 3. – P. 157-165.

9. Cinciripini P.M. The effects of smoking on electrocortical arousal in coronary prone (Type A) and non-coronary prone (Type B) subjects /P.M. Cinciripini // Psychopharmacology. – 1986. – v. 90, № 4. – P. 522-527.
10. Gilbert D.G. Effects of smoking and nicotine on EEG lateralization as a function of personality /D.G. Gilbert // Personality and Individual Differences. – 1987. – v. 8, № 6. – P. 933-941.
11. Konareva I.N. Peculiarities of EEG in subjects with coronary-prone (type A) behavior /I.N. Konareva //Neurophysiology. – 2011. – v. 42, № 4. – P. 286-293.
12. Konareva I.N. A coronary-prone type of personality: Peculiarities of event-related EEG potentials /I.N. Konareva // Neurophysiology. – 2011. – v. 42, № 5. – P. 354-361.
13. Fredrikson M. Higher hypothalamic and hippocampal neural activity in type A than type B women /M. Fredrikson, G. Wik, H. Fischer // Personality and Individual Differences. – 1999. – v. 26, № 2. – P. 265-270.
14. Dembroski T.M. Components of the type A coronary-prone behavior pattern and cardiovascular responses to psychomotor performance challenge /T.M. Dembroski, J.M. MacDougall, J.L. Shields [et al.] // Behav. Med. – 1978. – v. 1, № 2. – P. 159-176.
15. Pittner M. S. Response to stress, cognitive coping strategies, and the Type A behavior pattern /M.S. Pittner, B.K. Houston // Personality and Social Psychology. – 1980. – v. 39, № 1. – P. 147-157.
16. Siegel J.M. Blood pressure variability and the type A behavior pattern in adolescence /J.M. Siegel, K.A. Matthews, C.J. Leitch // Psychosomatic Research. – 1983. – v. 27, № 4. – P. 265-272.
17. Delamater A. M. Cardiovascular correlates of type A behavior components during social interaction /A.M. Delamater, R. Albrecht, J.A. Smith, M.J. Strube // Psychosomatic Research. – 1989. – v. 33, № 5. – P. 644-650.
18. Öhman A. Components of type A behavior and task-induced cardiovascular activation /A. Öhman, H. Nordby, S. Svebak // Psychophysiology. – 1989. – v. 26, № 1. – P. 81-88.
19. Glass D.C. Behavior patterns, stress, and coronary disease / D.C. Glass. – Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. – 1977. – 240 p.
20. Frankenhaeuser M. Note on arousing Type A persons by depriving them of work /M. Frankenhaeuser, U. Lundberg, L. Forsman // Psychosomatic Research. – 1980. – v. 24, № 1. – P. 45-47.

21. Manuck S.B. Psychophysiologic reactivity in coronary heart disease /S.B. Manuck, D.S. Krantz // *Behav. Med. Update.* – 1984. – v. 6, № 3. – P. 11-15.
22. MacDougall J.M. Effects of types of challenge on pressor and heart rate responses in type A and B women /J.M. MacDougall, T.M. Dembroski, D.S. Krantz // *Psychophysiology.* – 1981. – v. 18, № 1. – P. 1-9.
23. Perkins K.A. Heart rate change in type A and type B males as a function of response const and task difficulty /K.A. Perkins // *Psychophysiology.* – 1984. – v. 21, № 1. – P. 14-21.
24. Smith T.W. On states, traits, and processes: A transactional alternative to the individual difference assumptions in type a behavior and physiological reactivity / T.W. Smith, F. Rhodewalt // *Research in Personality.* – 1986. – v. 20, № 3. – P. 229-251.
25. Pfiffner D. Psychophysiological reactivity in type A and B woman during a rapid information processing task /D. Pfiffner, P. Elsinger, R. Nil [et al.] // *Experientia.* – 1986. – v. 42, № 2. – P. 126-131.
26. Friedman M. Plasma catecholamine response of coronary-prone subjects (type A) to a specific challenge /M. Friedman, S.O. Byers, J. Diamant, R.H. Rosenman // *Metabolism.* – 1975. – v. 24, № 2. – P. 205-210.
27. Lawler K.A. Type A behavior and psychophysiological responses in adult women /K.A. Lawler, A. Rixse, M.T. Allen // *Psychophysiology.* – 1983. – v. 20, № 3. – P. 343-350.
28. Lawler K.A. Type A behavior and physiological responsivity in young women /K.A. Lawler, L. Schmied, V.P. Mitchell, A. Rixse // *Psychosomatic Research.* – 1984. – v. 28, № 3. – P. 197-204.
29. Williams R.B. Type A behavior and elevated physiological and neuroendocrine responses to cognitive tasks /R.B. Williams, J.D. Lane, C.M. Kuhn [et al.] // *Science.* – 1982. – v. 218, № 4571. – P. 483-485.
30. Glass D.C. Type A behavior and catechalamines: a critical review. / D.C. Glass, R. Contrada // *Frontiers of clinical neuroscience: norepinephrine.* – Baltimore, MD: Williams & Wilkins. – 1984. – P. 346-367.
31. Lundberg U. Adrenal-medullary and adrenal-cortical responses to understimulation and overstimulation. Comparison between Type A and Type B persons / U. Lundberg, L. Forsman // *Biological Psychology.* – 1975. – v. 9, № 2. – P. 79-89.

32. Lanfranconi B. Type A behavior and psychophysiological reactivity: A 27-month follow-up /B. Lanfranconi, D. Pfiffner, R. Nil, K. Bättig // *Psychophysiology'88: Proc. 4th Conf. Int. Organ. Psychophysiol. (Prague, Sept. 12-17)*. – Prague. – 1988. – P. 157.
33. Hart K.E. Type A behavior and cardiovascular recovery from a psychosocial stressor /K.E. Hart, J.L. Jamieson // *Human Stress*. – 1983. – v. 9, № 1. – P. 18-24.
34. Myrtek M. Type A behavior pattern, personality factors, disease, and physiological reactivity: a meta-analytic update / M. Myrtek // *Person. Individ. Diff.* – 1995. – v. 18, № 4. – P. 491-502.
35. Ragland D.R. Type A behavior and mortality from coronary heart disease /D.R. Ragland, R.J. Brand // *New Eng. J. of Med.* – 1988. – v. 318, № 2. – P. 65-69.
36. Kamada T. Power spectral analysis of heart rate variability in Type As and Type Bs during mental workload /T. Kamada, S. Miyake, M. Kumashiro [et al.] // *Psychosomatic medicine*. – 1992. – v. 54, № 4. – P. 462-470.
37. Sato N. Power spectral analysis of heart rate variability in type A females during a psychomotor task /N. Sato, T. Kamada, S. Miyake [et al.] // *Psychosomatic Research*. – 1998. – v. 45, № 2. – P. 159-169.
38. Yeragani V. K. Heart period and QT variability, hostility, and type-A behavior in normal controls and patients with panic disorder /V.K. Yeragani, H.V. Kumar // *Psychosomatic Research*. – 2000. – v. 49, № 6. – P. 401-407.
39. Конарева И. Н. Особенности кардиоинтервалографических показателей у лиц с типами поведения А и Б /И. Н. Конарева // *Ученые записки Таврического национального университета*. – 2011. – Т. 24 (63), № 2. – С. 161-168.
40. Krantz D.S. Type A behavior and coronary artery bypass surgery: Intra operative blood pressure and perioperative complications /D.S. Krantz, J.M. Arabian, S.E. Davia, J.S. Parker // *Psychosom. Medicine*. – 1982. – v. 44, № 4. – P. 273-284.
41. Krantz D.S. Propranolol medication among coronary patients: Relationship to Type A behavior and cardiovascular response / D.S. Krantz, L.A. Durel, J.E. Davia [et al.] // *Human Stress*. – 1982. – v. 8, № 3. – P. 4-12.
42. Krantz D.S. Psychobiological substrates of the Type A behavior pattern /D.S. Krantz, L.A. Durel // *Health Psychology*. – 1983. – v. 2, № 4. – P. 393-411.

43. Hinton J.W. Dissection of «type A»: psychometric and psychophysiological approaches /J.W. Hinton // *Activ. nerv. super.* – 1980. – v. 2, № 4. – P. 255-272.
44. Конарева И.Н. Индивидуально-психологические детерминанты «коронарного» типа личности / И.Н. Конарева// *Ученые записки Таврического национального университета.* – 2010. – Т. 23 (62), № 3. – С. 79-88.
45. Lobel T.E. Personality correlates of Type A coronary-prone behavior /T.E. Lobel // *Personality Assessment.* – 1988. – v. 52, № 3. – P. 434-440.
46. Урванцев Л.П. Психология соматического больного [Электронный ресурс] /Л.П. Урванцев // *Медицинская психология в России.* – Ярославль, 2000. Рукопись. – Режим доступа: medpsy.ru.
47. Furnham A. Type A behavior pattern and attributions of responsibility /A. Furnham, A. Hillard, C. Brewin // *Motiv. and Emot.* – 1985. – v. 9, № 1. – P. 39-51.
48. Pittner M.S. Control over stress, Type A behavior pattern and response to stress /M.S. Pittner, B.K. Houston, G. Spirdiglozzi // *Personality and Social Psychology.* – 1983. – v. 44, № 3. – P. 626-637.
49. Kirkcaldy B.D. The influence of type A behaviour and locus of control upon job satisfaction and occupational health /B.D. Kirkcaldy, R.J. Shephard, A.F. Furnham // *Pers. and Individ. Differ.* – 2002. – v. 33, № 8. – P. 1361-1371.
50. Steinberg L. Early temperamental antecedents of adult type A behavior /L. Steinberg // *Dev. Psychol.* – 1985. – v. 21, № 6. – P. 1171-1180.
51. de Flores T. Behavior pattern A: Reward, fight or punishment? / T. de Flores, M. Valdes // *Pers. and Individ. Differ.* – 1986. – v. 7, № 3. – P. 319-326.
52. Waltz M. Empirical correlates of the type A behavior pattern / M. Waltz, B. Badura, G. Kaufhold [et al.] // *Activ. nerv. super.* – 1988. – v. 30, № 2. – P. 113-114.
53. Haaga D.A. Treatment of the type A behavior pattern / D.A. Haaga // *Clinical Psychology Review.* – 1987. – v. 7, № 5. – P. 557-574.

Spisok ispol'zovannyh istochnikov

4. Ageenkova E.K. Psihosomaticheskie aspekty razvitija serdechno-sosudistyh zabolevanij. (Istorija voprosa) /E.K. Ageen-

kova //Vestnik Belorusskogo gosudarstvennogo universiteta. Ser. 3. – 1999. – № 2. – S. 56-60.

39. Konareva I.N. Osobennosti kardiointervalograficheskikh pokazatelej u lic s tipami povedenija A i B /I.N. Konareva // Uchenye zapiski Tavricheskogo nacional'nogo universiteta. – 2011. – T. 24 (63), № 2. – S. 161-168.
44. Konareva I.N. Individual'no-psihologicheskie determinanty «koronarnogo» tipa lichnosti /I.N. Konareva // Uchenye zapiski Tavricheskogo nacional'nogo universiteta. – 2010. – T. 23 (62), № 3. – S. 79-88.
46. Urvancev L.P. Psihologija somaticheskogo bol'nogo [Jelektronnyj resurs] /L.P. Urvancev // Medicinskaja psihologija v Rossii. – Jaroslavl', 2000. Rukopis'. – Rezhim dostupa: medpsy.ru.

I.M. Konareva. Psychological and physiological peculiarities of a coronary-prone personality type (a review). Some psychological peculiarities of a coronary-prone type of the personality (with behavior of A type), in particular, high emotionality, aggressiveness, hostility, motivation for the achievements, are described. The behavioral pattern of A type is believed to be based on intense ambitions to control external events; this behavior is a coping response for the threat of losing control. Results of the studies of changes in the parameters of the autonomous nervous system and EEG under conditions of resolving of different behavioral tasks in persons of types A and B are described. It is emphasized that subjects of type A demonstrate, in general, higher intensity of arousal responses; this is manifested in significant rises of the heart rate, level of the systolic blood pressure, increases in the LF component of the cardiointervalogram, blood plasma level of adrenaline, and also in desynchronization of EEG frequency components, etc. The manifestations of activation of the sympathoadrenal system in persons of types A and B were found to be affected by psychological peculiarities, situational variables (stimulus type and difficulty of the task, age and gender specificities) and are dependent even on the type of psychodiagnostic instruments. It should be recognized that estimates of the number, direction, and intensity of physiological shifts in «coronary-type» persons are controversial in many cases. Models and theories interpreting the psychophysiological reactivity of the type-A behavioral pattern are described. The main vulnerability of the published data on the A/B types is related to the theoretical weakness and imperfectness of this construct and also to the absence of the valid theory interpreting the discrepancies between results.

Key words: Type-A behavior pattern, coronary-prone type of the personality, physiological reactivity, arousal, EEG, heart rate, spectrum of the cardiointervalogram.

Отримано: 14.01.2014 р.