

УДК 159.9.072.43

**ЛИЧНОСТНЫЕ АДАПТАЦИОННЫЕ РЕСУРСЫ
ПРИ КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ**

PERSONALITY ADAPTATION RESOURCES IN CARDIAC PATHOLOGY

Е. Ю. Лазарева, Е. Л. Николаев

E. Y. Lazareva, E. L. Nikolaev

*ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет
имени И. Н. Ульянова», г. Чебоксары*

Аннотация. Результаты проведенного клинико-психологического исследования больных сердечно-сосудистыми заболеваниями помогают уточнить сложную картину психологических характеристик личности, определяющих ее адаптационные ресурсы в условиях кардиальной патологии.

Abstract. The results of clinical and psychological examination of patients with cardiovascular diseases provide clarifying the complex picture of psychological characteristics of the personality that determine one's adaptation resources in terms of cardiac pathology.

Ключевые слова: *личность, сердечно-сосудистые заболевания, адаптационные ресурсы, эмоции, перфекционизм, социальная поддержка, саморегуляция.*

Keywords: *personality, cardiovascular diseases, adaptation resources, emotions, perfectionism, social support, self-regulation.*

Актуальность исследуемой проблемы. К настоящему времени накоплено внушительное количество исследований, позволяющих составить целостную клинико-психологическую характеристику личности кардиологических больных. Исследованы наиболее характерные для больных типы личности, уровни фрустрированности и эмоциональной сдержанности, перфекционизма, а также часто наблюдаемые у кардиологических больных аффективные, тревожно-личностные, депрессивные, тревожно-фобические и ипохондрические расстройства [1], [2], [3], [4]. Выявлены наиболее часто используемые больными защитные механизмы и копинг-стратегии [6], [11], [13]. Многие авторы – L. Mangelli, A. Bravi, G. A. Fava [15], P. Porcelli, C. Rafanelli [18], G. Goglin, J. J. Delamare [16], J. Jordan, G. Overbeck [17], J. E. Ware, M. Kosinski, D. M. Turner-Bowker, B. Gandek [19], [12] – делают акцент на исследовании тревоги и фобий, возникающих в связи с болезнью, устойчивой соматизации, вторичных к психическому заболеванию функциональных соматических и конверсионных симптомов, алекситимии.

Гораздо меньше внимания в работах уделяется вопросам адаптационных возможностей личности у больных, в том числе кардиологического профиля. Психологическая адаптация к неблагоприятным факторам, действующим при болезни со стороны внешней и

внутренней среды, возможна при использовании личностных ресурсов, которые могут быть представлены совокупностью когнитивных, поведенческих, социальных и духовных характеристик личности больных, что было исследовано в предыдущих наших работах [7], [8]. Кроме того, личностные адаптационные ресурсы можно рассматривать не только как способность личности к приспособлению в условиях болезни, но и как способность к преодолению патологических проявлений болезни, что приобретает особую значимость при организации профилактических и реабилитационных мероприятий. Именно поэтому целью нашего исследования стало изучение специфики адаптационных ресурсов личности при сердечно-сосудистых заболеваниях на примере больных ишемической болезнью сердца (ИБС), гипертонической болезнью (ГБ) и пороками сердца (ПС).

Материал и методика исследований. Клинико-психологическое исследование кардиологических больных (185 человек с диагнозами ИБС, ГБ и ПС) проводилось на базе Республиканского кардиологического диспансера в г. Чебоксары.

В работе применялись клинико-психологический метод, включающий использование психодиагностических методик, направленных на выявление психологических характеристик эмоциональной, когнитивной, поведенческой, социальной и духовной сфер личности, а также методы математико-статистической обработки результатов исследования.

Изучение психологических особенностей больных сердечно-сосудистыми заболеваниями и их общей удовлетворенности своим физическим и психическим здоровьем проводилось при помощи опросника SF-12. Психологические особенности выражения кардиологическими больными базовых эмоций выявлялись при помощи опросника «Запрет на выражение чувств», разработанного В. К. Зарецким, А. Б. Холмогоровой, Н. Г. Гаранян [14]; выраженность перфекционизма – при помощи опросника перфекционизма Н. Г. Гаранян, А. Б. Холмогоровой [5]; направленность личности, уровень ее религиозности и ориентированность на духовные сферы жизни – при помощи опросника Ю. В. Щербатых «Структура индивидуальной религиозности» [10]. Исследование социальной поддержки больных сердечно-сосудистыми заболеваниями проводилось с помощью опросника социальной поддержки F-SOZU-22, адаптированного А. Б. Холмогоровой [14]; изучение функционирования системы саморегуляции у больных – при помощи опросника В. И. Моросановой «Стиль саморегуляции поведения» [9].

Результаты исследований и их обсуждение. При изучении качества жизни больных логично было бы предположить, что по сравнению со здоровой популяцией кардиологические больные должны испытывать больше ограничений в физическом функционировании и иметь более выраженные психологические переживания, связанные с болезненным соматическим состоянием. Между тем оценка больными своего физического и психического здоровья не выявляет те причины, по которым больные могли бы ограничивать свое физическое и социальное функционирование. Иная картина наблюдается при более детальном рассмотрении различных групп кардиологических больных относительно друг друга. По результатам однофакторного дисперсионного анализа самая высокая физическая активность выявлена у больных ГБ ($F=3,779$; $p=0,025$), данные больные отмечают незначительные ограничения, которые возникают у них при выполнении умеренных физических нагрузок. Больные ИБС по сравнению с другими группами отмечают значительное снижение своих физических возможностей, психологический дискомфорт. У больных ГБ наблюдается достаточно слабое психическое здоровье ($F=2,363$; $p=0,097$). Больные ПС по самооценке занимают среднее поло-

жение. Итак, можно сделать вывод, что адаптационные ресурсы личности при кардиологических заболеваниях находятся во взаимосвязи с тяжестью заболевания и наиболее развиты у больных ГБ и менее всего – у больных ИБС.

Эмоциональная сфера является одной из важнейших сторон психической деятельности человека. Нарушения, вызванные неспособностью выражать эмоции, подавлением их, сказываются как на психическом, так и на соматическом здоровье. Результаты исследования здоровых и больных сердечно-сосудистыми заболеваниями показали, что больные ($t=5,133$; $p=0,0001$) склонны к контролю над спонтанным выражением естественных эмоциональных реакций как позитивного, так и негативного спектра в различных жизненных ситуациях. В отношении чувства гнева у кардиологических больных наблюдается максимальный запрет ($t=6,824$; $p=0,0001$). Также выявлен запрет на чувства радости ($t=4,224$; $p=0,0001$) и страха ($t=3,044$; $p=0,003$). Чуть меньше выражен у них общий запрет на проявление эмоций ($t=2,637$; $p=0,009$). Приведенные результаты свидетельствуют об определенных аффективных изменениях в структуре личности сердечно-сосудистых больных ($F=6,124$; $p=0,003$), но не дают информации о том, является ли выявленная особенность приспособительной реакцией к заболеванию. Сравнение полученных результатов по данной методике для различных клинических групп дополняет и уточняет функциональную специфику запрета на проявление чувств у кардиологических больных. При этом максимальная степень выраженности запретов наблюдается при ГБ, минимальная – при ПС, средняя – при ИБС. Сравнив результаты самооценки физического и психического состояния, отметим, что большая приспособительная реакция к заболеванию характерна для больных ГБ и меньшая – для больных ИБС. Следовательно, можно предположить, что выявленная особенность больных сдерживать эмоции имеет также и приспособительную функцию к заболеванию, являясь адаптационным ресурсом личности кардиологических больных.

Вместе с тем ориентированность на успешность деятельности и стремление личности к достижениям могут выступать в условиях болезни как приспособительная реакция, свидетельствующая об отрицании имеющихся болезненных проявлений. Такие личностные переменные во многом соотносятся со стремлением личности предъявлять к себе очень высокие стандарты, нередко доходящие до компульсивного стремления к совершенству. У больных сердечно-сосудистыми заболеваниями выраженным является склонность личности заикливаться на ситуациях неуспеха на фоне предвзятой недооценки собственных удач и достижений ($t=4,531$; $p=0,0001$), у них также выявлен специфический стиль мышления, который нацеливает личность на выбор лишь между двумя возможными вариантами – ситуацией полного успеха или ситуацией полного провала ($t=4,090$; $p=0,0001$). Выявленные персонализированные высокие стандарты деятельности ($t=2,223$; $p=0,027$) ведут к интенсивным переживаниям, нереализованные агрессивные потребности могут переходить в обострение конкурентных отношений, осложнять межличностную коммуникацию. Сильнее выражены когнитивные параметры перфекционизма у больных ПС и ГБ. В первом случае – это искаженные социальные когниции в форме восприятия других как делегирующих высокие ожидания ($F=2,441$; $p=0,090$). Во втором – негативная избирательность в отношении информации о собственных неудачах и ошибках ($F=2,566$; $p=0,080$). Полученные результаты могут свидетельствовать о том, что больные ГБ более склонны к проявлению перфекционизма, что также может быть изначально личностной чертой данных больных, усиленной заболеванием.

Обнаруженные достоверные различия в способности к саморегуляции поведения у исследуемых групп позволяют охарактеризовать адаптационные ресурсы больных ГБ больше как реакции приспособления, так как у данных больных выражено стремление к учету всех факторов, влияющих на достижение цели, при имеющейся нереалистичной оценке себя и своих возможностей. У больных ИБС более выражена приспособительная составляющая, проявляющаяся в умении вырабатывать новые модели поведения в изменяющихся условиях. Больным ПС больше присущи реакции дезадаптации, проявляющиеся в неспособности менять существующие модели поведения, самостоятельно планировать деятельность.

Следующей составляющей адаптационных ресурсов личности кардиологических больных выступает способность к эффективному социальному функционированию. Для них выявлены признаки социальной дезадаптированности, проявляющиеся в ощущении нестабильности в отношениях с окружающими ($t=-4,99$ при $p=0,0001$), что вызывает у них чувство неуверенности и страха. Меньше всего испытывают чувство близости, доверия и общности больные ГБ. Между тем у больных ПС больше выражена социальная адаптация, они открыты для социальных контактов и стремятся к установлению близких отношений, чувствуя себя частью своего социального окружения.

Вера в магическую силу религиозных ритуалов ($t=2,41$ при $p=0,016$) может выступать еще одним адаптационным ресурсом у кардиологических больных. Но в целом религиозность данных больных практически не отличается от религиозности здоровых испытуемых.

Резюме. Подводя итог клинико-психологического исследования кардиологических больных, можно заключить, что психологические адаптационные ресурсы личности при болезни представлены реакциями приспособления к физическим и психическим нагрузкам, выраженность которых зависит от тяжести кардиологического заболевания. Функциональная специфика сдерживания эмоций имеет также приспособительную реакцию к заболеванию наряду с дисфункциональными представлениями о моделях расширенного эмоционального контроля как нормативных, характеризующих личностную зрелость и ориентированность на успех. Вместе с тем стремление личности к достижениям, уход в профессиональную деятельность может свидетельствовать об отрицании имеющегося заболевания, выступая в качестве приспособительной реакции.

Рассматривая способность к саморегуляции поведения и социальной адаптации в исследуемых группах, можно заметить наблюдающуюся компенсаторную реакцию у больных ГБ, проявляющуюся в стремлении учитывать все факторы, которые влияют на достижение цели, с ориентацией только на свои возможности при выраженном чувстве недоверия к окружающим. Приспособительная составляющая адаптивности более выражена у больных ИБС и проявляется в умении вырабатывать новые модели поведения при изменении внешних и внутренних условий. У больных ПС наблюдается неспособность самостоятельно менять существующие модели поведения, планировать деятельность, в то же время они открыты для социальных контактов и стремятся к установлению близких отношений, чувствуя себя частью социального окружения, чем компенсируют свою возможную несамостоятельность. Религия также выступает адаптационным ресурсом кардиологических больных, проявляющимся в вере в магическую силу религиозных ритуалов.

В связи с этим полученные данные о клинико-психологических особенностях больных позволяют составить представление о характере адаптационных ресурсов личности при болезни и реагирования личности на болезнь в каждом конкретном случае. Это имеет важное значение для организации системы личностно ориентированных терапевтических и профилактических мероприятий при кардиологических заболеваниях.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Алехин, А. Н.* Психологические факторы кардиометаболического риска: история и современное состояние проблемы / А. Н. Алехин, Е. А. Трифонова // Артериальная гипертензия. – 2012. – Т. 18. – № 4. – С. 278–291.
2. *Афанасьева, Н. Л.* Тревожно-личностные расстройства у больных гипертонической болезнью, связь с показателями суточного мониторирования артериального давления / Н. Л. Афанасьева, В. Ф. Мордовин, Г. В. Семке // Сибирский медицинский журнал. – 2009. – Вып. 2. – № 4. – С. 97.
3. *Белялов, Ф. И.* Связь нестабильной стенокардии с тревогой и депрессией / Ф. И. Белялов, Л. Е. Мальцева, Р. Н. Ягудина // Вестник современной клинической медицины. – 2010. – Т. 3. – Вып. 2. – С. 35–36.
4. *Галева, К. В.* Депрессивные расстройства в кардиологическом стационаре / К. В. Галева, И. Е. Куприянова // Сибирский медицинский журнал. – 2009. – Вып. 2. – № 4. – С. 100.
5. *Гаранян, Н. Г.* Перфекционизм, депрессия и тревога / Н. Г. Гаранян, А. Б. Холмогорова, Т. Ю. Юдеева // Московский психотерапевтический журнал. – 2001. – № 3. – С. 18–49.
6. *Кутузова, А. Э.* Психический статус и качество жизни больных хронической сердечной недостаточностью / А. Э. Кутузова, Н. П. Алексеева, Н. Н. Петрова // Сердечная недостаточность. – 2007. – Т. 8. – № 5. – С. 222–224.
7. *Лазарева, Е. Ю.* Система многоуровневой адаптации личности при болезни / Е. Ю. Лазарева, Е. Л. Николаев // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2012. – № 8. – С. 93–104.
8. *Лазарева, Е. Ю.* Психосоматические соотношения при кардиальной патологии: современные направления исследований / Е. Ю. Лазарева, Е. Л. Николаев // Вестник Чувашского университета. – 2012. – № 3. – С. 429–435.
9. *Моросанова, В. И.* Опросник «Стиль саморегуляции поведения» / В. И. Моросанова. – М. : Когито-Центр, 2004. – 44 с.
10. *Мяжков, И. Ф.* Психологический анализ уровня индивидуальной религиозности / И. Ф. Мяжков, Ю. В. Щербатов, М. С. Кравцова // Психологический журнал. – 1996. – Т. 17. – № 6. – С. 119–122.
11. *Попов, В. И.* Особенности психосоматических взаимоотношений при инфаркте миокарда и гипертонической болезни / В. И. Попов, Т. Н. Кондюхова // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2008. – № 1. – С. 78–83.
12. *Смулевич, А. Б.* Психокardiология / А. Б. Смулевич, А. Л. Сыркин // Психические расстройства в общей медицине: прил. к журн. «Психиатрия и психофармакотерапия». – 2007. – № 4. – С. 4–10.
13. *Трифонова, Е. А.* Адаптационный потенциал личности и психосоматический риск: проблема компетентности / Е. А. Трифонова // Известия Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена. – 2013. – № 155. – С. 71–83.
14. *Холмогорова, А. Б.* Теоретические и эмпирические обоснования интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра : автореф. дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.04 / А. Б. Холмогорова. – М., 2006. – 53 с.
15. *Assessing somatization with various diagnostic criteria / L. Mangelli et al. // Psychosomatics. – 2009. – Vol. 50 (1). – P. 38–41.*
16. *Goglin, G. Psychosomatic medicine and cardiology / G. Goglin, J. J. Delamare // Sem. Hop. Ther. – Paris, 1962. – Vol. 38. – P. 745–748.*
17. *Jordan, J. Psychological coping mechanisms in open heart surgery in relation to the personality structure of the patient. The possibilities for cooperation between psychosomatic medicine and cardiology / J. Jordan, G. Overbeck, W. Joos // Psychosom. Med. Psychoanal. – 1983. – Vol. 29 (4). – P. 380–403.*
18. *Porcelli, P. Criteria for psychosomatic research (DCPR) in the medical setting / P. Porcelli, C. Rafanelli // Curr. Psychiatry Rep. – 2010. – Vol. 12 (3). – P. 246–254.*
19. *User's Manual for the SF-12 Health Survey with a supplement documenting SF-12 Health Survey) / J. E. Ware et al. – Lincoln : Quality Metric incorporated, 2002. – P. 37–42.*