

УДК 159.9 + 616.1

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В СВЯЗИ С ЗАДАЧАМИ ПРОФИЛАКТИКИ

Д.В. Гартфельдер, Е.Л. Николаев, Е.Ю. Лазарева

Рассмотрены личностные особенности и специфика межличностного взаимодействия больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в ходе клинического исследования и предложены профилактические мероприятия на их основе.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания; личность; межличностное взаимодействие; профилактика.

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL PERSONALITY TRAITS IN CARDIOVASCULAR PATIENTS IN CONNECTION WITH PROBLEMS OF PREVENTION

D. V. Hartfelder, E. L. Nikolaev, E. Yu. Lasareva

Specific characteristics of personality and interpersonal interaction in patients with cardiovascular diseases have been revealed in this clinical-psychological research. Special proposals on prevention are discussed.

Key words: cardiovascular disease; personality; interpersonal communication; prevention.

Целостный анализ клинической и психологической специфики межличностного взаимодействия и его динамики у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями позволяет обосновать необходимость и содержательную основу оптимизации медико-психологической помощи больным, что является основой для повышения эффективности профилактики [1–7].

Цель исследования – определить комплекс медико-психологических личностных характеристик больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, детерминирующих возможность направления межличностного взаимодействия в позитивное профилактическое русло.

Материал и методы. Всего обследовано 317 стационарных больных (130 мужчин и 187 женщин) с различными сердечно-сосудистыми заболеваниями. Нозологическая диагностика осуществлялась при помощи клинического и инструментально-лабораторного методов. Использовались следующие методики: Я-структурный тест Г. Амона (ISTA) (G. Ammon, 1988), Гиссенский личностный опросник (D. Beckman, G. Richter, 1968), Личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ) (Л.И. Вассерман с соавт., 2005), Цветовой тест отношений (ЦТО) (Е.Ф. Бажин, А.М. Эткинд, 1980), Метод цветowych выборов (МЦВ) (Л.Н. Собчик, 2001), Торонтская шкала алекситимии (G. Taylor, 1985).

Результаты исследования. На основании клинических критериев все обследуемые были условно разделены на две группы: группу больных с ведущей клиникой заболеваний сердца (врожденные пороки сердца, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, кардиомиопатии и др. – группа С, 152 чел.) и группу, в которую вошли больные с доминирующими симптомами заболеваний аорты и периферических сосудов (атеросклероз аорты, периферических сосудов, тромбоз артерий, варикозная болезнь вен нижних конечностей и др. – группа V, 165 чел.). Средний возраст пациентов группы С был достоверно выше ($t = 2,16; p \leq 0,05$), чем возраст пациентов группы V ($51,1 \pm 13,8$ и $45,9 \pm 13,6$ лет соответственно).

На первом этапе исследования установлено, что среди пациентов с болезнями сердца доля впервые обращающихся за помощью меньше (32,8 %), чем в группе больных с заболеваниями аорты и сосудов (53 %), что связано с более тяжелым течением основного заболевания и преобладанием среди первых хронических форм течения патологического процесса. Подавляющее число больных группы С (92,6 – 29,6 % мужчин и 63 % женщин) считают себя верующими, что является позитивным ресурсом совладания со своим заболеванием, причём женщины гораздо чаще склонны рассматривать религию как источник возможной помощи.

Анализ бессознательных оценок больными своего болезненного состояния при помощи методик ЦТО и МЦВ свидетельствует, что кардиологические больные во многом расценивают своё нынешнее состояние как временное и преходящее, связывая свои надежды с ожиданием успешности лечения и личностью врача. Ярко выраженные признаки алекситимии, свидетельствующие о недостаточной зрелости эмоциональной сферы, обнаружались в 38 % случаев. Пациентов с признаками алекситимии в группе С оказалось несколько меньше, чем в группе V (23 и 28 % соответственно).

Анализ по клиническим группам показал, что в группе V распределение показателей шкалы социального одобрения Гиссенского опросника близко к нормальному, тогда как в группе С преобладают низкие показатели шкалы. Это может быть связано с изменением социального статуса и обеднением межличностных контактов, вызванных заболеванием. Серьёзность заболевания пациентов группы С вынуждает их занимать более активную позицию как в процессе лечения, так и в “навёрстывании” не реализованного по причине болезни социального потенциала.

Опросник ЛОБИ подтвердил существование различных стратегий поведения пациентов групп V и С. Доля типов отношений, относящихся к адаптивной группе, составляет 62 %, что указывает на отсутствие полного принятия пациентами роли больного и желание как можно быстрее справиться с заболеванием, сохранив при этом активное социальное функционирование. Из трёх наиболее выраженных типов отношения к болезни – гармоничного (выявлен у 38 % испытуемых), эргопатического (27 %) и сенситивного (18 %) – пациенты группы V в основном отдают предпочтение первым двум типам, а пациенты группы С – первому и последнему. В свою очередь, оставшиеся пациенты группы С делятся на две подгруппы, обозначенные как “попустительски-анозогнозическая” и “тревожно-пассивная”, различающиеся по типу реагирования на субъективно неизлечимое заболевание.

Проведённый сравнительный анализ показателей шкал ISTA с данными нормативной выборки, выявил наличие статистически значимых различий, свидетельствующих о наличии проблем во взаимодействии с окружающими и вызванных ими трудностями социальной адаптации. Дальнейшая интерпретация результатов выявила незначительное преобладание дефицитарных черт личности (С) над деструктивными (В) у пациентов группы С по сравнению с пациентами группы V, что может быть связано с различным подходом пациентов к проблеме существующих или вновь возникших барьеров в социальном взаимодействии.

На втором этапе исследования проводилось сравнение изучаемых показателей впервые обратившихся за медицинской помощью больных (“первичных” больных; $n = 136$ человек) и больных, имеющих опыт обращения за медицинской помощью по поводу своего сердечно-сосудистого заболевания (“хронических” больных; $n = 181$).

Сравнение социодемографических показателей позволило сделать заключение, что опыт пребывания в лечебном учреждении в связи с лечением сердечно-сосудистого заболевания во многом зависел от характера и тяжести заболевания, тогда как все остальные показатели значимого влияния не оказывали. Так, результаты методик МЦВ и ЦТО свидетельствовали, что “первичные” пациенты в непривычной для них ситуации испытывали “когнитивный дефицит” и были озабочены сохранением своей социальной привлекательности. Для “хронических” пациентов социальная привлекательность отходила на второй план, основным для них становилось активное участие в процессе лечения.

Наиболее значимые различия между “первичными” и “хроническими” пациентами были обнаружены по результатам методики ISTA. Так, установлено, что различия между впервые обратившимися и “хроническими” пациентами обнаруживались преимущественно по дефицитарным показателям. Эти различия позволили объяснить причину достоверного повышения показателей шкал деструктивности (В; $t = 2,7499$; $p \leq 0,01$) и дефицитарности (С; $t = 2,8494$; $p \leq 0,01$) в группе “хронических” пациентов.

В группе “хронических” пациентов выявлена взаимосвязь между конструктивным страхом (С1) и конструктивным внешним Я-отграничением (О1; $r = 0,61$; $p \leq 0,01$), нехарактерная для “первичных” пациентов. С другой стороны, в группе “первичных” пациентов определялась взаимосвязь между дефицитарной агрессией (А3) и дефицитарным внутренним Я-отграничением (О'2; $r = 0,69$; $p \leq 0,01$), деструктивным (N2; $r = 0,64$; $p \leq 0,01$) и конструктивным нарциссизмом (N1; $r = 0,60$; $p \leq 0,01$), не характерным для “хронических” пациентов. Следовательно, для пациентов, поступивших в лечебное учреждение впервые, выбор “стратегии непротивления” был отчасти связан с эмоциональным смятением и переживаниями, вызванными вследствие этого изменением социального статуса и самовосприятия, тогда как для пациентов, имеющих неоднократный опыт пребывания в стационаре, социальная привлекательность уже не являлась значимым фактором.

Выводы и рекомендации

Большинство пациентов имеет общий положительный настрой и веру в успешность полу-

чаемого ими лечения. Однако в одних случаях подобное отношение выступает катализатором повышения собственной активности, осознания ответственности за исход терапии и полноценного включения в процесс терапии, в других – приводит к переложению ответственности за успешность терапии на лечащего врача и медицинский персонал лечебного учреждения, пассивности и полному исключению собственной личности из терапевтического и реабилитационного процесса. Связи нозологических характеристик заболевания и психологических особенностей личности в данном исследовании выявлено не было.

Различия пациентов основных клинических групп определяются характером восприятия больным собственной роли и его способностью восстановить свой социальный статус после реинтеграции в прежнюю среду, а также готовностью выбора в процессе терапии продуктивной стратегии поведения и преодоления стрессовой ситуации. Различия в социальной активности пациентов, имеющих или не имеющих опыт пребывания в лечебном учреждении, обуславливаются трансформацией межличностных отношений и отдельных элементов структуры личности, вызванной изменением характера протекания заболевания, перехода его в затяжную, “хроническую” форму. Данная динамика выражается ростом интенсивности субъективного переживания изолированности, появлением иррациональных страхов, формированием излишней пассивности в сфере межличностных отношений с компенсаторным акцентированием внимания на значимых людях, с которыми связываются необоснованные надежды на благополучный исход заболевания.

Для повышения эффективности профилактических и терапевтических мероприятий в кардиологии оптимальным для практического внедрения представляется биопсихосоциальный подход, который состоит в интеграции в стационарных условиях деятельности кардиолога, психотерапевта, психолога с момента первой госпитализации по поводу заболевания или обследования. На догоспитальном этапе целесообразна интеграция деятельности врача общей (семейной) практики с деятельностью психолога и психотерапевта участковой поликлиники.

С целью ранней профилактики взаимосвязанных процессов негативной динамики межличностного взаимодействия и тяжести соматического состояния больных сердечно-сосудистыми заболеваниями оправдано расширение программ Школ здоровья для пациентов темами, посвященными выработке когнитивно-поведенческих навыков преодоления деструктивных реакций на болезнь

и формирования установок конструктивного межличностного взаимодействия с окружением.

Психокоррекционные и психотерапевтические воздействия при сердечно-сосудистых заболеваниях должны проводиться с учетом особенностей индивидуально-личностного и медико-психологического профилей, а также осознаваемой и неосознаваемой специфики межличностного взаимодействия пациента.

Для реализации комплексного и целостного подхода в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний необходимо введение в программы профессиональной постдипломной подготовки врачей кардиологов и врачей общей (семейной) практики вопросов теории и практики современных методов управления межличностным общением, разрешения конфликтов, внутриличностного роста и развития.

Литература

1. Алёхин А.Н. Психологические проблемы в аритмологии (на модели фибрилляции предсердий) / А.Н. Алёхин, Е.А. Трифонова, Д.С. Лебедев и др. // Вестник аритмологии. 2011. № 63. С. 45–54.
2. Алёхин А.Н. Клинические факторы качества жизни больных с фибрилляцией предсердий, проходящих интервенционное лечение / А.Н. Алёхин, Е.А. Трифонова, И.О. Чумакова и др. // Бюллетень Федерального Центра сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова. 2011. № 4. С. 15–23.
3. Гартфельдер Д.В. Динамика совладающего поведения при сердечно-сосудистых заболеваниях / Д.В. Гартфельдер // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. Чебоксары, 2009. № 5. С. 67–80.
4. Гартфельдер Д.В. Социально-психологические и личностные факторы патогенеза сердечно-сосудистых заболеваний / Д.В. Гартфельдер // Медицинская психология в России [Электронный ресурс] 2010. № 1(2). Режим доступа: http://medpsy.ru/mprj/archiv_global/2010_1_2/nomer/nomer08.php, свободный. Дата обращения: 07.09.2010.
5. 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.
6. Николаева О.В. Криз? Атака? Невроз? Клинический случай приступа психовегетативных нарушений в кардиологическом стационаре / О.В. Николаева, И.Н. Бабури, Е.Л. Николаев и др. // Вестник психотерапии. 2009. № 30. С. 86–90.
7. Bellg A.J. Maintenance of Health Behavior Change in Preventive Cardiology: Internalization and Self-Regulation of New Behaviors // Behavior Modification. Vol. 27. 2003. № 1. P. 103–131.