

Мотивационно-смысловой компонент внутренней картины болезни у пациентов с ишемической болезнью сердца

1 — ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» МЗ России, Екатеринбург, 2 — ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница», Екатеринбург

Baranskaya L.T., Yemelyanova L.A., Grigorova N.E.

Motivational and semantic component of internal picture of disease in patients with ischemic heart disease

Резюме

Мотивационно-смысловой компонент внутренней картины болезни (ВКБ) у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) рассматривается в ракурсах психосоматического подхода, принятого в отечественной клинической психологии и психологии телесности. В результате клинико-психодиагностического обследования участников основной (пациенты с ИБС) и контрольной (служащие наземных служб аэропорта) группы выявлен центральный механизм нарушения ВКБ, определены основные мишени психотерапевтической работы.

Ключевые слова: уровни ВКБ, личность пациентов с ИБС, преградные смыслы болезни, тип отношения к болезни, самооценка пациентов и способы совладания со стрессом

Summary

Motivational and semantic component of subjective (internal) picture of disease (SPD) in patients with ischemic heart disease is seen from psychosomatic approach that adopted in the Russian clinical psychology and psychology of corporeality. The results of clinical psychological diagnostic survey of participants of studied group (patients with ischemic heart disease) and control group (employees of airport ground services), have shown the central mechanism of disturbances within SPD and the main targets of psychotherapeutic assistance were identified.

Key words: levels of subjective picture of disease, the personality of patients with ischemic heart disease, meanings of barriers of illness, the type of relation to disease, self-esteem of patients and ways of coping with stress

Введение

В современной медицине и клинической психологии наиболее приемлемой считается холистическая модель пациента, которая устанавливает системное единство биологического, психологического, социального и духовного уровней функционирования. Данная модель является основополагающей в работе с больными психосоматическими заболеваниями. Традиционно к заболеваниям психосоматической специфичности относят ишемическую болезнь сердца (ИБС), называемую «болезнью цивилизации» (Смулевич, 1994, 1997, 2003; Беялов, 2002; Погосова, 2002, 2007, 2010; Краснов, 2008; Николаева, 2009; и др.). Тенденция к непрерывному росту пациентов, страдающих ишемической болезнью, в том числе, среди лиц молодого возраста, связана с особенностями жизни современного человека, социальной нестабильностью, которые влекут за собой увеличение эмоционально-поведенческих факторов риска (эмоциональное

напряжение, стресс, депрессия). Однако при наличии большого количества работ, посвященных изучению психологических особенностей больных ИБС, проблема мотивационно-смыслового уровня внутренней картины болезни (ВКБ) остается недостаточно разработанной. В тоже время особенности мотивационной сферы, увязываемые с реально функционирующей иерархией мотивов и ценностных ориентаций личности, позволяют выработать у больных механизмы порождения адекватного отношения к болезни, миру, самому себе.

Гипотеза исследования состояла в том, что относительно нозоспецифичные нарушения мотивационно-смыслового компонента ВКБ в виде искажений ценностей, смыслов и типа отношения к болезни препятствуют достижению полноценной биопсихосоциальной реабилитации больных ишемической болезнью сердца и способствуют развитию инфаркта миокарда в дальнейшем.

Участники исследования. Исследование проведено на базе отделений плановой и неотложной кардиологии ГБУЗ СО «СОКБ №1», заведующие отделениями Иофин А.И. и к.м.н. Шилко Ю.В.

В эмпирическом исследовании участвовали две группы людей, в каждой по 30 человек. Первую группу составляют больные ишемической болезнью сердца в возрасте от 40 до 55 лет (средний возраст – $51,3 \pm 4,5$ года). Среди них 18 мужчин и 12 женщин. Больные являются жителями Свердловской области и г. Екатеринбурга, госпитализированные для прохождения стационарного этапа лечения. Практически все пациенты (90%) находятся в трудоспособном возрасте и активно занимаются профессиональной деятельностью.

Вторую (контрольную) группу составили относительно здоровые люди, не имеющие каких-либо психосоматических заболеваний. Были обследованы сотрудники наземных служб аэропорта «Кольцово» г. Екатеринбурга. Гендерный и возрастной состав был уравнен по отношению к основной группе. В данную группу вошли 16 мужчин и 14 женщин в возрасте от 40 до 55 лет (средний возраст – $48 \pm 3,9$ лет). Исследование проводилось на протяжении 10 месяцев.

Проведение исследования в СОКБ № 1 согласовано с локальным этическим комитетом больницы (председатель – профессор, д.м.н. В.В. Базарный).

Материалы и методы

Методика изучения ценностных ориентаций М. Роккича, опросник «Копинг-стратегии» Р. Лазаруса, методика «Тип отношения к болезни» А.Е.Личко, шкала тревоги и депрессии А.Т. Бека, методика изучения самооценки Дембо-Рубинштейн в модификации Е.Т. Соколовой, проективная методика «Русунок себя до болезни, во время и после болезни».

Результаты и обсуждение

По результатам клинико-психологической беседы установлено, что в выборке больных ИБС преобладают лица со средним (50%) и средним специальным (35%) образованием, в основном семейные (80%), имеющие детей (90%), работающие (90%).

У 45% пациентов отмечалось наличие вредных привычек, являющихся факторами риска развития ИБС (курение, периодическое употребление алкогольных напитков).

Почти у половины пациентов началу заболевания предшествовали те или иные психотравмирующие ситуации, связанные с профессиональной деятельностью или межличностными конфликтами со значимыми людьми.

В контрольной группе преобладали лица с высшим образованием (80%), работающие (100%), семейные (75%), имеющие детей (85%).

В ходе клинической беседы было выявлено самоотношение пациентов с ИБС и группы здоровых лиц к компонентам ВКБ. Для группы здоровых лиц была предложена гипотетическая ситуация. Анализ результатов проводился путем подсчета положительных и отрица-

тельных ответов, которые давали испытуемые в ходе клинической беседы. Положительными считались ответы, которые раскрывали суть вопроса и были даны по теме. Отрицательным результатом считался отказ от ответа или суть ответа не раскрывала тему вопроса. Далее результаты для удобства интерпретации были переведены в проценты. Обобщенные результаты, полученные по данной методике, отображены в таблице. См. табл. 1.

Как видно из таблицы, количество данных положительных ответов среди двух групп преобладает над количеством отрицательных. Обе группы давали ответы на поставленные вопросы. В связи с этим можно сделать вывод, что испытуемые обеих групп положительно и ответственно отнеслись к исследованию. Многие испытуемые просили рассказать результаты обследования после индивидуальной обработки. Особых отличий в процентных соотношениях между группами выявлено не было, количество данных ответов примерно одинаковое.

В группе больных ишемической болезнью сердца опрашиваемые в большей степени отказывались от ответов на вопросы, касающиеся их эмоционального и физического состояния (40% и 35%), что позволяет говорить о подавлении или отрицании своих эмоций, чувств, ощущениях или феномене вторичной алекситимии.

Интеллектуальный компонент в группе больных ИБС также выражен достаточно слабо (32% опрошенных не могли рассказать о своем заболевании). Пациенты недостаточно четко понимают возникшие проблемы и тяжесть заболевания.

Анализ мотивационного компонента показал, что у больных ИБС заболевание выступает преградой, препятствием на пути к достижению целей. При определении личностного смысла болезни (с помощью вопроса – Чем для вас является болезнь?) были получены следующие ответы: «обуза», «преграда к здоровому образу жизни», «помеха», «ограничение в работе», «нарушение жизни», «предупреждение», «наказание».

Изучение ценностной сферы (с помощью вопроса – Что для вас самое ценное в жизни?) показало, что ведущими ценностями в жизни являются – здоровье, жизнь, семья, дети.

Было выявлено, что пациенты с диагнозом ИБС привыкли самостоятельно справляться с трудностями и проблемами в жизни, и достаточно редко прибегают к помощи других людей. В конфликтных ситуациях стараются сдерживать эмоции, не показывают свою слабость окружающим. Исходя из этого, можно предположить, что ведущими стратегиями совладания с жизненными ситуациями являются – самоконтроль и планирование решения проблемы, т.е. им свойственен самостоятельный анализ ситуации и выбор стратегии решения проблемы, при этом стремятся контролировать свое поведение и подавлять эмоции. Иными словами, спонтанные проявления эмоций и чувств рассматриваются ими как недопустимые.

Также была рассмотрена сфера удовлетворенностью работой. Обе группы дали одинаковые результаты (70% ответивших положительно охарактеризовали свою

Таблица 1. Результаты оценки уровневого строения ВКБ

Критерии оценки	положительный результат (n %)		отрицательный результат (n %)	
	больные ИБС n=30	здоровые n=30	больные ИБС n=30	здоровые n=30
Чувственный компонент	65%	80%	35%	20%
Интеллектуальный компонент	68%	85%	32%	15%
Эмоциональный компонент	60%	70%	40%	30%
Мотивационный компонент	70%	85%	30%	15%

Таблица 2. Уровень напряженности копинга в группах (в баллах)

№	Субшкалы	Основная группа n=30	Контрольная группа n=30
1	конфронтационный копинг	7,9	9,15
2	дистанцирование	7,55	9,8
3	самоконтроль	12,85	13,75
4	поиск социальной поддержки	11,05	11,3
5	принятие ответственности	7,35	8
6	бегство-избегание	9,05	12,1
7	планирование решения проблемы	12,7	12,6
8	положительная переоценка	12,05	13,2

профессиональную деятельность). Это говорит о том, что испытуемые удовлетворены своей работой и реализованы в ней. Больше половины пациентов с диагнозом ИБС занимают руководящую должность и утверждают, что достаточно много времени проводят на работе. Эти факты пациенты связывают с причиной их заболевания, отвечая на вопросы: Отчего возникает заболевание? и Откуда берутся болезни вообще?

Обобщенные результаты, полученные по методике Лазаруса, отображены в таблице. См. табл. 2.

Как видно из таблицы, в целом уровень напряженности копинга в контрольной группе (здоровых лиц) равен или выше, чем в группе больных ИБС по всем субшкалам. Это говорит о большем разнообразии используемых ими копингов в группе здоровых, включая явно неэффективные, такие как конфронтационный копинг, дистанцирование, бегство-избегание. В то время как больные ИБС в трудной для них ситуации чрезмерно сильно пытаются контролировать свои чувства и поведение (шкала самоконтроль – 12,85), это подтверждает результаты, полученные в ходе клинико-психологического интервью. Деадаптивным также является поведение, которое характеризуется повышенными усилиями, направленными на целенаправленный анализ ситуации и возможных вариантов поведения (шкала планирование решения проблемы – 12,7). Неэффективной стороной в этом копинге будет стремление к чрезмерной рациональности, недостаточной эмоциональности.

В группе здоровых лиц, также выявлены варианты дезадаптивного поведения, характеризующегося напряженными усилиями по созданию позитивного имиджа с фокусировкой на росте собственной личности (шкала положительной переоценки – 13,2). По-видимому, это связано с актуальной ситуацией в производственной сфере (на протяжении последних 5-ти лет происходят сокращения рабочих мест и вынужденный переход в другие служ-

бы и подразделения).

Так называемые неэффективные виды совладающего поведения (конфронтационный копинг, дистанцирование и бегство-избегание) явно не выражены, а значит, испытуемые прибегают к данным методам совладания достаточно часто не осознавая их бессмысленности. Адаптивных вариантов копинга по всем шкалам в обеих группах не обнаружено.

Анализ результатов методики «Тип отношения к болезни» А.Е. Личко (ТОБОЛ) проводился соответственно ключу, представленному в методике. Шкала с максимальным значением суммы коэффициентов является характерным типом отношения к болезни. Может быть диагностирован смешанный тип отношения к болезни, если в диагностический интервал, равный 7 баллам попадает 2-3 шкалы сразу. Обобщенные результаты, полученные по данной методике, отображены на рисунке. См. рис. 1.

На диаграмме показано, что наиболее выраженным типом отношения к болезни у пациентов с ИБС является эргопатический (40%). Это свидетельствует о том, что пациенты, несмотря на свое тяжелое заболевание, стремятся сохранить профессиональную активность. В ходе клинической беседы также была выявлена значимость трудовой деятельности, что подтверждает наличие характерной для них сверхкомпенсации. Кроме того, характерным типом отношения к болезни является сенситивный тип (20%). Пациенты испытывают страх стать обузой для близких, родных людей. Присутствует озабоченность показаться слабыми и уязвимыми в связи своей болезнью для окружающих. Также у части выборки отмечается смешанный тип в виде сочетания эргопатического и анозогнозического (20%). Такие пациенты отрицают свое заболевание и не считают себя больными, в связи с этим возможны нарушения рекомендаций врачей, и полное «погружение» в работу. Гармоничное отношение к болезни представлено в единичных случаях (10%). Дру-

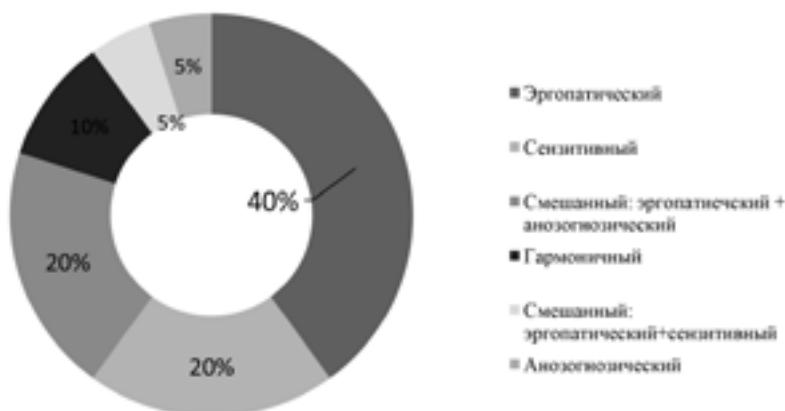


Рис.1 Тип отношения к болезни у больных ИБС

Таблица 3. Показатели уровня депрессии (в процентах)

Уровень депрессии	Больные ИБС (n=30)	Здоровые лица (n=30)
Отсутствие депрессивных симптомов	50%	80%
Легкая депрессия	33,3%	20%
Умеренная депрессия	6,7%	0%
Выраженная депрессия	10%	0%
Тяжелая депрессия	0%	0%

гие типы (тревожный, меланхолический, неврастенический, апатический, эгоцентрический и т.д.) в данной выборке выявлены не были. В целом полученные данные отражают наличие у пациентов ИБС сверхкомпенсаторного отношения к болезни, протекающего в виде эргопатического или анозогнозического варианта. При этом отношение к болезни включает в себя признаки сенситивного варианта. Анализ результатов шкалы депрессии А. Бека проводился путем суммарного подсчета баллов. См. табл. 3.

Таким образом, между двумя группами выявлены существенные различия в эмоциональном статусе. Больным ИБС в значительно большей степени свойственны депрессивные тенденции.

Средний балл уровня депрессии у пациентов с ИБС – 10,1, что соответствует легкой депрессии. У половины группы больных ИБС отсутствуют депрессивные симптомы. Однако депрессия в виде разной степени выраженности свойственна остальной половине испытуемых (легкая – 33,3%, умеренная – 6,7%, выраженная – 10%). Депрессия в тяжелой форме в данной группе не встречается (0%). Однозначно говорить о том, что депрессивные реакции не свойственны больным ИБС нельзя. Средний балл уровня депрессии у здоровых людей – 6,8, что говорит об отсутствии депрессивных симптомов. У большинства испытуемых контрольной группы отсутствуют депрессивные симптомы (80%). Однако депрессия в виде легкой степени выраженности свойственна остальным испытуемым (20%). Депрессия в умеренной, выраженной, тяжелой форме в контрольной группе не встречается (0%).

Анализ результатов по шкале тревоги А. Бека проводился путем суммарного подсчета баллов. Между двумя

группами существуют различия по показателю наличия и уровня тревоги. Больным ИБС более свойственно наличие тревоги разной степени, чем здоровым. Обобщенные результаты, полученные по данной методике, отражены в таблице. См. табл. 4.

Средний балл уровня тревоги у пациентов с ИБС – 14,7, что соответствует средней степени тревоги. Как видно из таблицы 4, на момент обследования тревогу средней и высокой степени испытывают большинство испытуемых группы больных ИБС (43,3% и 30%). Больным ИБС характерно беспокойство, тревога, страх смерти. Всякое хирургическое вмешательство (неотложное, отсроченное или плановое), независимо от объема и срока операции, является стрессором для пациента, т.е. фактором, угрожающим жизни. В силу того что они находятся в медицинском учреждении, и с одной стороны им предстоит в ближайшее время проведение операции аортокоронарного шунтирования или других медицинских манипуляций, а с другой стороны даже если оказание необходимой срочной медицинской помощи окончено – тревога продолжает нарастать из-за неопределенности сроков жизни с таким заболеванием.

Средний балл уровня тревоги у контрольной группы – 4,6, что соответствует нормальной степени тревоги. На момент обследования большинству испытуемых характерен нормальный уровень тревоги (70%). Некоторые испытуемые испытывают тревогу легкой и средней степени (26,7% и 3,3%). Среди группы здоровых людей уровень высокой тревоги не встречается (0%).

Исследование по методике ценностных ориентаций М. Рокича подтвердило ведущую роль мотивационного фактора в нарушении мотивационно-смыслового ком-

Таблица 4. Показатели уровня тревоги (в процентах)

Уровень тревоги	Больные ИБС (n=30)	Здоровые лица(n=30)
Нормальная тревога	20%	70%
Легкая тревога	6,7%	26,7%
Средняя тревога	43,3%	3,3%
Высокая тревога	30%	0%

Таблица 5. Показатели уровня самооценки

Шкалы	Среднее значение показателя самооценки в настоящее время		Среднее значение показателя самооценки в будущем	
	больные ИБС	здоровые	больные ИБС	здоровые
ум	61,2	65,2	75	76
характер	58,6	70,1	73,9	80
счастье	65,9	66,1	79,9	89
здоровье	47,3	68	81,6	85

понтента ВКБ у больных ИБС. Обработка результатов проводилась путем рассмотрения рангов категорий, поставленных на первые и последние места в двух блоках ценностей. Такой вариант является наиболее приемлемым, т.к. позволяет оценить систему ценностей человека по принципу – наиболее и наименее важное в жизни.

Основной результат исследования состоит в том, что выявлены, как общее, так и значимые различия в структуре и функциях терминальных и инструментальных ценностей у испытуемых основной и контрольной группы. В обеих группах самой важной терминальной ценностью является здоровье. 55% больных ИБС поставили на 1 место именно этот показатель. Это говорит о том, что заболевание сильно влияет на жизнь испытуемых, и они стремятся обладать «полным» здоровьем. Самой важной терминальной ценностью для контрольной группы также является здоровье. 50% испытуемых поставили на 1 место этот показатель. Важным для больных ИБС является иметь счастливую семейную жизнь (25% испытуемых поставили на 1 место). Это можно объяснить тем, что в связи с болезнью пациенты хотят ощущать опору, и им необходима поддержка в виде родных людей рядом. Значимыми ценностями пациенты считают интересную работу, стремление к жизненной мудрости, любовь. Наименее важную позицию в жизни для больных ИБС занимают ценности – удовольствие (20%), творчество (20%), счастье других (10%), красота природы и искусства (10%).

В группе здоровых лиц значимым для себя испытуемые считают иметь счастливую семейную жизнь, интересную работу, материально обеспеченную жизнь и любовь. Наименее важную позицию в жизни в группе здоровых лиц занимают такие ценности как общественное признание, развлечения, красота природы и искусства.

Наиболее выражено различие в выборе инструментальных ценностей. Самыми важными инструментальными ценностями для больных ИБС являются аккуратность и честность. 50% испытуемых поставили на 1 место именно эти показатели. Больные ИБС ценят искренность и правдивость. Согласно клинической беседе, пациенты стремятся получить от своего лечащего врача «честные»

прогнозы своего заболевания, поскольку считают, что им необходимо реально оценивать свои возможности в преодолении болезни. Однако при этом они не намерены менять жизненный уклад, т.е., отказаться от гиперактивности в деятельности и сверхкомпенсации возникших проблем в профессиональной и личной жизни. Именно поэтому они определяют высокую ранговую позицию эффективности в делах. Наименее важную позицию в жизни для больных ИБС занимает ценность-средство – высокие запросы (45%). Это также подтверждается в ходе клинической беседы, на вопрос «чего Вы хотите добиться в жизни, что для этого делаете?» часть пациентов отвечала, что «ничего уже не жду от жизни», «всего добился, осталось до пенсии дожить». В этом можно усмотреть характерное для них внутреннее противоречие: стремясь во всем достичь совершенства, они, тем не менее, утверждают, что не предъявляют высоких требований к жизни. Самой важной инструментальной ценностью для контрольной группы является образованность (высокая общая культура). 60% испытуемых поставили на 1 место именно этот показатель. Здоровые лица, также как и больные ИБС, ценят честность. Также значимыми категориями для себя здоровые считают – высокие запросы, твердая воля, ответственность. Наименее важную позицию в жизни для здоровых лиц, в отличие от больных ИБС, занимает ценность-средство – непримиримость к недостаткам, что свидетельствует об их более гибкой адекватной позиции в межличностных отношениях.

Анализ результатов методики изучения самооценки Дембо-Рубинштейн в модификации Е.Т. Соколовой проводился путем подсчета среднего значения по каждой шкале самооценки (ум, характер, счастье, здоровье). Определились основные параметры самооценки – это высота, устойчивость (равномерность), реалистичность (адекватность). Нормальная адекватная самооценка должна располагаться чуть выше середины (50-75 баллов). В интервале от 75-100 – завышенная самооценка. Ниже 50 баллов самооценка понижена. Устойчивость – это различия в высоте по разным шкалам. Если устойчивое повышение/понижение доходит до уровня верхнего/нижнего интервала (10 баллов от полюса), то можно говорить о нереалистичности самооценки или даже ее неадекватности.

Между двумя группами существуют различия в уровне самооценки по шкале «здоровье» и «характер». Больные ИБС имеют тенденцию к заниженной самооценке по показателю «здоровье», в отличие от группы здоровых лиц. По другим шкалам различия не выявлены. «Средняя» самооценка в контрольной группе по шкалам «ум», «характер», «счастье», «здоровье» адекватная (65, 70, 66, 68 баллов соответственно).

Как видно из таблицы (См. табл. 5), у больных ИБС «средняя» самооценка по шкалам «ум», «характер», «счастье» адекватная (61, 58, 66 баллов соответственно). Наблюдается снижение оценки по шкале «здоровье». В силу того, что испытуемые находятся в ситуации болезни, они не удовлетворены своим физическим состоянием, соматическим статусом. Однако из таблицы также видно, что в будущем они хотят видеть себя здоровыми (81 балл). При рассмотрении дополнительной шкалы очевидна тенденция в выборе похожей характеристики для оценки, а именно – «цель», «целеустремленность», «целенаправленность», «цель жизни» (35% испытуемых называли данные характеристики), что свидетельствует о их гиперактивности и мотивационной обедненности. Другие характеристики, которые самостоятельно называли испытуемые, были представлены в единичных случаях – трудолюбие, мастерство, жизнерадостность, честность, любовь, профессионализм и т.д.

Анализ результатов проективной методики «Я до болезни, Я во время и Я после болезни» проводился путем качественной интерпретации рисунков. Для оценки рисунков были выбраны следующие критерии: предмет, изображенный на рисунке, наличие всех частей тела (если изображен человек), расположение рисунка на листе, качество линий, цвет, размеры, детализация. Отмечались комментарии пациентов к своим рисункам.

При исследовании встречались отказные реакции. Звучали фразы, что они вообще не умеют рисовать, «я не художник», «я 30 лет уже не рисовал». В некоторых случаях получалось мотивировать пациента на выполнение задания, объясняя, что в этом задании не оценивается степень художественных способностей и красота рисунка. Небольшая часть пациентов (15%) категорично отказались выполнять эту методику. В рисунках больных ИБС прослеживается особенность демонстрации разницы между состояниями до болезни, во время и после в виде эмоций. До болезни и после практически все испытуемые изображали улыбку на лице человека, а во время болезни – грустные, печальные или злобные лица. Встречались случаи одинакового изображения себя до болезни, во время и после, т.е. 3 одинаковых рисунка человека, без каких-либо признаков различий. Это может являться вариантом анозогнозии. Некоторые пациенты отождествляли себя с какими то предметами, существами и т.п. Изображали не человека, а например растения, чаще всего – цветы и деревья. Часть пациентов изображали «смайлики», т.е. не целого человека, а только лица с характерной эмоцией.

Хроническое соматическое заболевание, такое как ишемическая болезнь сердца, влияет на социальный ста-

тус больного, его положение в обществе и микросоциальной среде, круг интересов, уровень притязаний и т.д. По мере развития ИБС происходит перестройка мотивационной сферы, появляются новые мотивы, но среди них превалирует мотив сохранения жизни. Здоровье становится сверхценностью.

Для больных ИБС заболевание выступает преградой, препятствием на пути к достижению целей. При определении личного смысла болезни были получены следующие ответы: «обуза», «преграда к здоровому образу жизни», «помеха», «ограничение в работе», «нарушение жизни», «предупреждение», «наказание». Изучение ценностной сферы (с помощью вопроса – что для вас самое ценное в жизни?) показало, что ведущими ценностями в жизни являются – здоровье, жизнь, семья, дети (клиническая беседа).

Основными ценностными ориентациями для больных ИБС является здоровье, счастливая семейная жизнь, интересная работа. Различий между группами в ранжировании терминальных ценностей не обнаружено. Однако для достижения целей больные ИБС используют следующие ценности-средства – честность, аккуратность и эффективность в делах; а здоровые лица в свою очередь применяют – образованность, твердая воля. Существуют различия между группой больных ИБС и контрольной группой в выборе инструментальных ценностей.

Статистический анализ по критерию осведомленности о своем заболевании в группе ИБС и осознанности стратегий поведения в трудной жизненной ситуации для группы здоровых выявил различия, а именно 32% опрошенных в группе ИБС не могли рассказать о своем заболевании, что говорит о слабом понимании создавшихся проблем и тяжести заболевания. Помимо этого, группа больных ишемической болезнью сердца в большой степени отказывалась от ответа на вопросы, касающиеся их эмоционального и физического состояния (40% и 35%), что говорит о подавлении или отрицании своих эмоций, чувств, ощущений (клиническая беседа).

Совладание с жизненными трудностями есть 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. Задача совладания с негативными жизненными обстоятельствами состоит в том, чтобы либо преодолеть трудности, либо уменьшить их отрицательные последствия, либо избежать этих трудностей, либо вытерпеть их. Совладание с болезнью рассматривается как усилие, направленное на интрапсихические изменения с целью снижения имеющегося напряжения и тревожности.

Достоверных различий по шкале самоконтроля между группами выявлено не было (при уровне значимости $p \leq 0,01$). Обе группы обследуемых стараются как можно сильнее контролировать и скрывать свои чувства и поведение, что приводит к нарушению адаптации (опросник «копинг-стратегии» Р. Лазаруса).

Группа здоровых обладает более выраженным нарушением адаптивного поведения, что представлено во всех шкалах опросника «Копинг-стратегии» Р. Лазаруса. Одним из признаков нарушений адаптивного поведения личности является переживание ею длительных внутренних и внешних конфликтов без нахождения психических механизмов и форм поведения, необходимых для их разрешения. Также была выявлена высокая напряженность копинга по шкале положительной переоценки в группе здоровых, что формирует чрезмерно положительную оценку происходящего со сверх фокусировкой на личностном росте.

Наиболее характерным типом отношения к болезни у пациентов с ИБС является эргопатический (40%). Пациенты, несмотря на свое тяжелое заболевание, стремятся сохранить профессиональную активность. 90% испытуемых являются работающими. Важное место в их жизни занимает работа и профессиональный успех, признание окружающих (методика ТОБОЛ, клиническая беседа).

Больные ИБС характеризуются нормальной, адекватной самооценкой по шкалам «ум», «характер», «счастье» (методика Дембо-Рубинштейн). Наблюдается тенденция к заниженной самооценке по шкале «здоровье». Контрольной группе свойственна адекватная самооценка по всем шкалам.

В результате статистической обработки данных, проведенной при помощи критерия Манна-Уитни, достоверные различия были выявлены по шкале «характер» и «здоровье». В силу того, что испытуемые находятся в ситуации болезни, они не удовлетворены своим физическим, психическим состоянием. Больные ИБС и здоровые люди не отличаются по уровню самооценки по шкалам «ум», «счастье».

Распространенными эмоциональными реакциями при заболевании ИБС является тревога и депрессия (шкала тревоги и депрессии А.Т. Бека). Смена эмоциональной составляющей ВКБ есть всегда сигнал о текущей личностной перестройке. Полученные данные свидетельствуют о том, что у половины испытуемых с ишемической болезнью сердца отсутствуют депрессивные симптомы. Однако другой половине испытуемых свойственна депрессия, в виде разной степени выраженности (легкая – 33,3%, умеренная – 6,7%, выраженная – 10%). У подавляющего большинства контрольной группы (80%) не наблюдаются депрессивные реакции. Проведенный анализ с помощью критерия Манна-Уитни показал, что различия между группами достоверны (при уровне значимости $p \leq 0,05$). Среднее значение по показателю тревоги у больных ИБС соответствует средней степени. На момент обследования тревогу средней и высокой степени испытывают большинство испытуемых (43,3% и 30%). Больным ИБС характерно беспокойство, тревога, страх смерти. Большинству испытуемых контрольной группы (70%) характерен нормальный уровень тревоги. Сравнительный анализ был проведен также с помощью критерия Манна-Уитни (см. приложение). Выявлено, что различия между группами достоверны (при уровне значимости $p \leq 0,01$). Таким образом, группа больных ИБС превосходит здоровых людей по уровню депрессии и тревоги.

Выводы

1. Обобщение социальных и клинико-психологических характеристик принявших участие в исследова-

нии пациентов с ИБС соответствует распространенным в научной литературе описаниям этой группы больных, что позволяет рассматривать эту выборку как репрезентативную в части нозологической специфичности.

2. Результаты исследования изучения личностного смысла заболевания свидетельствуют о том, что болезнь выступает преградой, препятствием на пути к достижению целей.

3. У больных с ИБС преобладают типы отношения к болезни – эргопатический, анозогнозический, сенситивный. Наиболее распространенные среди всех пациентов типы отношения к болезни объясняют выбор стратегий отказа в принятии на себя «роли» больного с «уходом в работу», стремлением справиться с болезнью, «без отрыва от повседневной жизни».

4. Использование неадаптивных защитных механизмов и «слабых» копинг-стратегий приводит к выраженному нарушению адаптации личности, что в свою очередь провоцирует динамику заболевания.

5. Основными эмоциональными реакциями пациентов с ИБС являются тревога и депрессия.

6. Для больных с ИБС характерна тенденция к заниженной самооценке по шкале «Здоровье» в методике Дембо-Рубинштейн.

7. Значимыми ценностями в жизни для больных ИБС являются – здоровье, счастливая семейная жизнь, интересная работа. Это соответствует «тройке» базовых жизненных ценностей для всех людей – здоровье, семья, материальное благополучие. Однако различия между группами наблюдаются в ранжировании инструментальных ценностей, которые испытуемые применяют для достижения целей. Больные ИБС используют следующие ценности-средства – честность, аккуратность и эффективность в делах; а здоровые лица чаще применяют – организованность, твердая воля.

8. Мотив «сохранения жизни» сформирован только на низшем психическом уровне саморегуляции. Больные ИБС выздоравливают, только лишь для того чтобы продолжить свою профессиональную деятельность; мотив на установление комплайенса отсутствует.

9. Мотивационно-смысловой компонент ВКБ у больных ИБС искажен, гиперактивность и гипертимность порождает тревогу, агитацию и эмоциональный дискомфорт, придавая болезни характер «внутренней петли». ■

Баранская Л.Т. – профессор кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии ФГБОУ ВО УГМУ МЗ России; Емельянова Л.А. – доцент кафедры медицины катастроф и безопасности жизнедеятельности ФГБОУ ВО УГМУ МЗ России; Григорова Н.Е. – клинический психолог ГБУЗ СО СОКПБ, выпускница кафедры клинической психологии ФГБОУ ВО УГМУ МЗ России. Автор, ответственный за переписку: Баранская Людмила Тимофеевна, 620030, Екатеринбург, Сибирский тракт, 8 км, кафедра психиатрии, психотерапии и наркологии Уральского государственного медицинского университета МЗ РФ, e-mail: lubaran@rambler.ru

Литература:

1. Алехин, А.Н. Отношение к болезни у пациентов, перенесших неотложные кардиологические состояния / А.Н. Алехин, Е.А. Трифонова, А.В. Чернорай // *Артериальная гипертензия*, 2012. – Т. 18. – № 4. – С.317-324.
2. Белялов, Ф.И. Психосоматические аспекты ишемической болезни сердца / Ф.И. Белялов // *Кардиология*, 2002. – Т. 8 – №63. – С. 3-8.
3. Василенко, Т.Д. Телесность и субъективная картина жизненного пути личности: автореф. дис. д-ра психол. наук: 19.00.04 / Т.Д. Василенко – СПб., 2012. – 48 с.
4. Исаева, Е.Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни / Е.Р. Исаева. – СПб.: Издательство СПбГМУ, 2009. – 136 с.
5. Качковский, М.А. Диагностика депрессии у больных инфарктом миокарда / М.А. Качковский, Н.Н. Крюков // *Воен. мед. журн.* – 2005. – № 3. – С. 52.
6. Меркурьева, А.А. Характеристики личности и особенности эмоциональной сферы больных ишемической болезнью сердца с болевым и безболевым вариантами течения: дис. канд. психол. наук / А.А. Меркурьева. – СПб, 2001. – 146 с.
7. Николаева, В.В. Влияние хронической болезни на психику / В.В. Николаева – М.: Изд-во Моск. университета, 1987. – 168 с.
8. Николаева, В.В. «Психосоматика: телесность и культура»: Учебное пособие для вузов / В.В. Николаева – М.: Академический Проект, 2009. – 311 с.
9. Погосова, Г.В. Депрессия у больных ишемической болезнью сердца и новые возможности ее лечения // *Психиатрия и психофармакология*, 2002. – Т.4. – №5.
10. Рогачева, Т.В. Смысловая реальность болеющей личности: структурно-функциональный анализ: дис. д-ра психол. наук: 19.00.04 / Т.В. Рогачева. – Томск, 2004. – 399 с.
11. Смулевич, А.Б. Психическая патология и ишемическая болезнь сердца (к проблеме нозогений). В кн.: *Психические расстройства и сердечнососудистая патология*. Под ред. А.Б. Смулевича и А.Л. Сыркина. – М, 1994. – С. 12-19.
12. Тхостов, А.Ш. Психология телесности / А.Ш. Тхостов. – М.: Мысль, 2002. – 287 с.
13. Штрахова А.В. Особенности интрацепции и внутренней картины болезни у пациентов с болевой и безболевыми формами ишемической болезни сердца / А.В. Штрахова, А.В. Семиряжко // *Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология*, 2015. – том 8, – №2. – С. 43- 58.
14. Яковлева, М.В. Внутренняя картина болезни как фактор приверженности лечению после операции коронарного шунтирования / М.В. Яковлева, Е.И. Лубинская, Е.А. Демченко // *Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология*, 2015. – том 8, – №2. – С. 59-70.
15. Cameron, L. Anxiety, cognitions and responses to health threat / Cameron L., Leventhal H. (Eds.) // *The self-regulation of health and illness behavior*. – New-York: Routledge, 2003. – P. 157–183.
16. Kaptein, A. Representation of chronic illness / Kaptein A., Scharloo M., Helder D., et al // *The self-regulation of health and illness behavior*. – New York: Routledge, 2003. – P. 97–118.
17. Leventhal H. The common-sense model of self-regulation of health and illness / H. Leventhal, I. Brissette, E. Leventhal // *The self-regulation of health and illness behavior*. – New York: Routledge, 2003. – P. 42–65.