
КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

ДИНАМИКА СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Д.В. Гартфельдер

*Чувашский государственный университет
имени И.Н. Ульянова, Чебоксары*

Медицинским психологам и другим специалистам в области психического здоровья, работающим в лечебно-профилактических учреждениях различного профиля, большое внимание приходится уделять не только обеспечению условий, препятствующих нарушению личностной и социальной адаптации пациентов в процессе терапии, но и оценке соотношения преморбидных и сформированных в ходе заболевания под влиянием различных воздействий особенностей поведения, а также возможных вариантов проявления этих особенностей в постгоспитальный период.

Поскольку взаимосвязь патогенеза сердечно-сосудистых заболеваний в большинстве теоретических концепций связывается и с особенностями межличностных отношений, необходимость изучения особенностей взаимоотношения кардиологических больных с ближайшим окружением и выбора той или иной стратегии поведения, позволяющей достичь желаемой цели (как правило, выздоровления), обуславливает актуальность изучения динамики этой поведенческой стратегии во время пребывания на стационарном лечении и является целью нашего исследования.

Исследование охватило 127 пациентов (52 мужчины, 77 женщин), находящихся на стационарном лечении в хирургическом отделении Республиканского кардиологического диспансера в г. Чебоксары. За помощью впервые обратились 55 пациентов (в тексте обозначены как пациенты группы Ft), повторно – 72 (обозначены как группа Cr). Для изучения особенностей личности и межличностных взаимоотношений использовался ком-

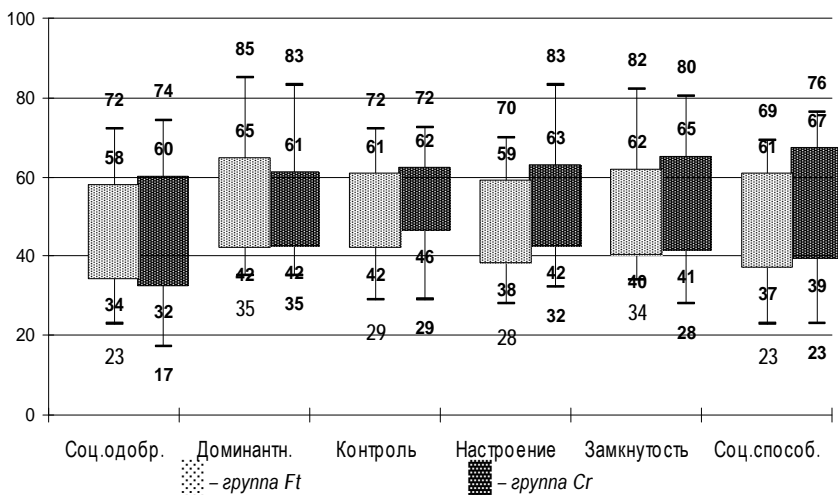
плексный психодиагностический набор, включающий в себя авторскую социодемографическую анкету, дополненную анамнестической информацией, Гиссенский личностный опросник (Гиссенский тест), "Я"-структурный тест Г. Амона (ISTA) и методику оценки психического здоровья (МОПЗ).

Анализ данных, полученных с помощью анкеты, позволил выявить, что значение большинства социодемографических показателей – возраста, пола, семейного положения, отношения к вере – гомогенно; различаются они незначительно, поскольку и первичные, и обратившиеся за помощью повторно пациенты составляют одну общую группу кардиобольных. Тем не менее, опыт пребывания в лечебном учреждении во многом зависит от характера заболевания: больные с заболеваниями периферических сосудов составляют большую часть первичных пациентов, а с заболеваниями сердца – имеющих опыт обращения ($t=2,33$; $p \leq 0,05$).

Усреднённые профили *Гиссенского личностного опросника (Гиссенского теста, ГТ)* в изучаемых группах представлены на рисунке. Как видно на рисунке, диапазон значений многих шкал в группах Ft и Сг совпадает. Исключением являются шкалы преобладающего настроения и социальных способностей, показатели которых у пациентов группы Сг несколько выше, чем у пациентов группы Ft, а также шкала доминантности, по которой наблюдается обратная картина.

По шкале социального одобрения наблюдается больший размах значений в группе Сг (что, в частности, нашло отражение в большей поляризации значений шкалы и небольшом сдвиге показателей к верхнему полюсу), что указывает на отсутствие тенденции к определённому изменению способности взаимодействовать с окружающими людьми. Одни пациенты считают, что качество их социальных контактов стало хуже, другие – что осталось на удовлетворяющем их уровне. При этом, по нашему мнению, в последнем случае социальные отношения иногда теряют свою значимость, в силу чего связанные с ними негативные явления пациентами игнорируются (например, ради сохранения своего внешнего вида пациенты не будут жертвовать сво-

им здоровьем и спокойно воспринимают тот факт, что их внешний вид не будет соответствовать доболезненному состоянию).



Значения шкал ГТ в изучаемых группах

У пациентов группы Ft высокие значения шкалы социального одобрения, по-видимому, являются следствием того, что заболевание как угрозу их социальному статусу пациенты поначалу не рассматривают, считая, что оно не сильно повлияет на привычное течение их жизни. Лишь после того, как они узнают о возникающих ограничениях, связанных с заболеванием, эта проблема для них становится актуальной.

Хотя среднее значение по шкале доминантности в группе Ft выше, чем в группе Cr, доля нетерпеливых и стремящихся настоять на своём пациентов в обеих группах различается незначительно (12,5 % в группе Ft, 14,7 % в группе Cr). В данном случае присущие этой шкале поведенческие проявления могут явно не выражаться, однако при этом могут находить своё отражение в позиции пациентов в ходе терапии. При всём своём несогласии и непринятии ситуации пациентами группы Ft они волей-неволей вынуждены беспрекословно выполнять требования лечащего врача, хорошо осведомлённого о заболевании и

его последствиях. У пациентов группы Сг, достаточно хорошо осведомлённых о своём заболевании и принимающих значимое доленое участие в процессе терапии, взаимоотношения с врачом приобретают коллегиальный характер, что расширяет их возможности выбора терапии, обсуждения её с врачом, отказа от неё и пр. Не манифестируя свою потребность в доминировании, пациенты группы Сг проявляют её в значимой для них сфере – заботе о своём здоровье.

В группе Ft высокие значения шкалы больше присущи пациентам-женщинам ($r=-0,6077$; $p\leq 0,01$), чьё поведение, помимо всего прочего, должно соответствовать определённой социальной роли. В группе Сг высокие значения шкалы чаще встречаются у пациентов с заболеваниями сердца ($r=-0,6444$; $p\leq 0,01$), которые в меньшей степени, чем пациенты с заболеваниями периферических сосудов, склонны не соглашаться с предлагаемыми методами лечения.

По шкале преобладающего настроения наблюдается увеличение доли высоких и уменьшение доли низких значений у пациентов группы Сг (по 12,5 % высоких и низких значений в группе Ft, 17,7 % высоких и 8,8 % низких значений в группе Сг), что свидетельствует о постепенном вытеснении из поведения пациентов стремления к независимости, повышению самокритичности и отказе от внешнеагрессивных реакций. Необходимость взаимодействовать с лечащим врачом приводит к тому, что, пациенты группы Сг менее склонны к аффективным вспышкам, направленным на лечащего врача, и вынуждены скрывать свои негативные эмоции. Подобное поведение позволяет им поддерживать сохранившиеся социальные отношения на должном уровне. По-видимому, с потребностью скрывать своё эмоциональное отношение и ощущением частичной социальной изоляции, возникшей из-за заболевания, также связано повышение в группе Сг доли пациентов с высокими значениями по шкале открытости-замкнутости (12,5 % в группе Ft, 23,5 % в группе Сг). Также отмечается, что высокие значения шкалы чаще встречаются у женщин ($r=-0,3371$; $p\leq 0,01$) и у пациентов, страдающих заболеваниями сердца ($r=-0,2573$; $p\leq 0,01$), что, как уже указывалось, связано с необходимостью соответствовать

гендерной роли и увеличением субъективно воспринимаемой тяжести заболевания.

По шкале социальных способностей в группе Сг отмечается некоторая поляризация выборов, заключающаяся в увеличении доли пациентов с высокими и низкими значениями шкалы (21,9 % низких и 18,8 % высоких значений в группе Ft, 23,5 % и 26,5 % – в группе Сг). Способность к непринуждённому общению, сильным чувствам и социальной активности у пациентов коррелирует с возрастом пациентов ($r=-0,2756$; $p\leq 0,01$). Помимо этого, в группе Сг выявлена взаимосвязь между высокими показателями шкалы и русской национальностью ($r=-0,6694$; $p\leq 0,01$). Уровень образования пациентов в изучаемых группах играет противоположную роль: в группе Ft он связан с социальной полнотностью ($r=-0,6677$; $p\leq 0,01$), а в группе Сг, напротив, приводит к увеличению показателей шкалы ($r=0,6859$; $p\leq 0,01$). Можно предположить, что позитивная оценка своих социальных способностей в обеих группах в большей степени присуща молодым пациентам, не занятым лишь борьбой со своим заболеванием, в достаточной степени самостоятельным даже в условиях лечебного учреждения и осознающим свои чувства и эмоции.

Подводя итог анализу результатов Гиссенского личностного теста, можно утверждать, что при переходе заболевания в «хроническую» форму пациенты, ранее не рассматривавшие его как серьёзную угрозу их образу жизни и социальному статусу, сосредоточиваются на заботе о своём здоровье, что, однако, в большей степени проявляется не в беспрекословном следовании требованиям лечащего врача, а в активизации собственных усилий в борьбе с заболеванием и снижении значимости тех социальных отношений, которые не связаны с этой целью. При этом ранее находившие разрядку вовне негативные эмоции теперь пациентами подавляются, поскольку могут негативно сказаться на значимых для пациентов социальных отношениях (в первую очередь с лечащим врачом и близкими родственниками).

Результаты *Я-структурного теста Г. Аммона (ISTA)* указывают на преобладание у пациентов деструктивных (среднее значение шкал — 57,05 Т-балла) и дефицитарных (56,04 Т) показателей. Было отмечено, что у верующих пациентов выше

значения шкал дефицитарной агрессивности ($r=0,3258$; $p\leq 0,01$), деструктивного страха ($r=0,3352$; $p\leq 0,01$) и дефицитарного внешнего Я-отграничения ($r=0,3262$; $p\leq 0,01$). По-видимому, верующие пациенты гипердаптивны к своему социальному окружению, более покладисты и поддаются воздействию со стороны окружающих людей, и вместе с тем испытывают страх одиночества, нового жизненного опыта и переживают по поводу своей вынужденной социальной безучастности.

Высокие значения шкалы социального одобрения ГТ коррелируют с высокими значениями шкал конструктивного внешнего Я-отграничения ($r=0,3601$; $p\leq 0,01$) и конструктивной сексуальности ($r=0,3293$; $p\leq 0,01$) и с низкими значениями шкал дефицитарной агрессии ($r=-0,4126$; $p\leq 0,01$), деструктивного внешнего Я-отграничения ($r=-0,3130$; $p\leq 0,01$), деструктивного и дефицитарного нарциссизма ($r=-0,3491$; $p\leq 0,01$ и $r=-0,4228$; $p\leq 0,01$ соответственно). Это свидетельствует о том, что уверенность в своей социальной привлекательности связывается пациентами с возможностью вступать в близкие, эмоционально насыщенные отношения, не «растворяясь» в них.

Шкала преобладающего настроения по ГТ связана со шкалами дефицитарной агрессии ($r=0,5684$; $p\leq 0,01$), деструктивного страха ($r=0,3873$; $p\leq 0,01$), деструктивными и дефицитарными проявлениями внешнего ($r=0,3799$; $p\leq 0,01$ и $r=0,5213$; $p\leq 0,01$) и внутреннего Я-отграничения ($r=0,3658$; $p\leq 0,01$ и $r=0,4810$; $p\leq 0,01$), а также со шкалами сексуальности: конструктивной ($r=-0,4655$; $p\leq 0,01$), деструктивной ($r=-0,3740$; $p\leq 0,01$) и дефицитарной ($r=0,5362$; $p\leq 0,01$). Следовательно, у страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями пациентов склонность к рефлексии и самокритичность, возможно, обусловлены такими качествами, как пассивность, страх нового жизненного опыта, внешняя социабельность наряду с отсутствием навыков эмпатического взаимодействия и слабой способностью непосредственно осознавать бессознательные потребности.

Высокие значения шкалы социальных способностей находятся в прямой взаимосвязи с деструктивным страхом ($r=0,3906$; $p\leq 0,01$) и внутренним Я-отграничением ($r=0,3745$; $p\leq 0,01$), дефицитарной сексуальностью ($r=-0,4214$; $p\leq 0,01$) и в обратной – с

конструктивным внешним Я-отграничением ($r=-0,4425$; $p\leq 0,01$), конструктивной и деструктивной сексуальностью ($r=-0,4426$; $p\leq 0,01$ и $r=-0,3324$; $p\leq 0,01$ соответственно). Восприятие себя способной к продуктивной конкуренции личности связано со способностью вести насыщенную эмоциональную жизнь, не боясь нового опыта.

Влияние гендерного фактора отмечается преимущественно по шкалам сексуальности: для пациентов-мужчин присуща деструктивная ($t=2,4278$; $p\leq 0,01$), а для пациентов-женщин – дефицитарная сексуальность ($t=2,487$; $p\leq 0,01$). Следовательно, пациенты-мужчины обладают меньшими способностями к глубокой эмоциональной близости и избегают подобных ситуаций, а женщины больше склонны к девальвации сексуальной сферы. В целом профиль пациентов-женщин приподнят по сравнению с профилем пациентов-мужчин.

Исходя из этих результатов, можно сделать вывод о том, что для кардиологических больных характерно преобладание деструктивных и в особенности дефицитарных форм поведения, среди которых основное место занимает проблема барьеров в социальном взаимодействии (агрессия, страх, отграничения).

Был проведён сравнительный анализ результатов данного исследования с результатами, полученными в ходе изучения более широкой выборке психически здоровых лиц, проживавших в городах и районах Чувашской Республики в 2001-2006 гг., а также с нормативными данными, полученными в ходе адаптации и рестандартизации русскоязычного варианта опросника ISTA сотрудниками СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева (табл. 1).

Прежде чем перейти к результатам сравнительного анализа, необходимо отметить, что отмечаются статистически достоверные различия по 12 шкалам из 18 между результатами, полученными в ходе исследования здоровой популяции Чувашии, и общероссийскими нормативными данными. Наиболее полное несоответствие наблюдается по функциям страха (С) и внешнего Я-отграничения (О), однако усреднённые показатели всех шкал находятся в диапазоне нормы и не свидетельствуют о наличии личностного дисбаланса [2]. Следовательно, наличие подобных

различий следует расценивать как определённую специфику здоровой популяции Чувашской Республики.

Как видно в табл. 1, существуют различия как между показателями кардиобольных и общероссийской нормативной выборки (также по 12 шкалам из 18, которые, однако, не совпадают с выявленными в вышеуказанном исследовании), так и между кардиобольными и нормативной выборкой по Чувашии (по 9 шкалам из 18).

Таблица 1
Сравнительный анализ показателей шкал ISTA (вся выборка)

Шкала	Кардиобольные (исследование)		Нормативная группа в Чувашии (n=308) [2. С. 135]		Литературные данные (n=1000) [3. С. 287]		t-критерий Стьюдента	
	M ₁	σ ₁	M ₂	σ ₂	M ₃	σ ₃	1 vs 2	1 vs 3
A1	8,38	4,17	8,48	2,85	9,58	2,22	-0,198	-3,270**
A2	5,62	2,95	5,39	2,92	4,29	3,00	0,476	2,814**
A3	5,50	2,90	3,89	2,30	3,89	2,06	4,116**	4,869**
C1	7,55	3,75	7,24	2,31	8,28	2,21	0,741	-2,030*
C2	4,02	2,44	2,61	2,71	1,62	1,98	3,207**	7,630**
C3	4,36	2,35	3,46	2,31	3,87	2,20	2,357*	1,402
O1	8,10	3,88	8,06	2,15	8,59	2,23	0,089	-1,356
O2	5,33	2,71	3,46	2,31	4,16	1,65	4,823**	4,370**
O3	6,12	3,16	4,54	2,50	3,54	2,23	3,711**	7,200**
O'1	9,62	4,55	8,96	2,40	9,83	2,06	1,461	-0,606
O'2	5,38	2,81	3,61	2,36	3,72	1,65	4,453**	6,163**
O'3	5,83	3,12	5,17	2,62	4,77	2,49	1,502	2,681**
N1	8,14	3,97	8,65	2,40	8,86	2,08	-1,171	-2,083*
N2	5,05	2,74	3,37	2,52	3,47	1,98	4,005**	4,970**
N3	3,98	2,44	2,85	2,62	2,48	2,03	2,634**	4,639**
S1	8,33	4,15	8,37	2,92	8,53	2,86	-0,087	-0,436
S2	4,43	2,42	4,48	2,39	4,33	2,58	-0,137	0,229
S3	3,53	2,09	2,26	2,09	2,97	2,14	3,602**	1,610

Примечание. Отмеченные «**» различия значимы на уровне $p \leq 0,001$;
отмеченные «*» – $p \leq 0,01$.

В данном исследовании больший интерес представляют различия между выборкой здоровых лиц и кардиобольных, проживающих в Чувашской Республике. Статистически достоверные

на высоком уровне значимости различия обнаруживаются во всех шести группах шкал, что позволяет утверждать наличие специфических для сердечно-сосудистых больных особенностях Я-структуры.

У кардиобольных отмечены различия по шкалам дефицитарной агрессии (А3), деструктивного внутреннего Я-отграничения (О'2) и деструктивного нарциссизма (N2) в сравнении как с общероссийскими, так и с региональными нормами. Также было выявлено, что характерные для здоровых лиц, проживающих в Чувашской Республике, различия с общероссийской выборкой по шкалам конструктивной (А1) и деструктивной агрессии (А2), конструктивного страха (С1), конструктивного (О'1) и дефицитарного внешнего Я-отграничения (О'3) выявлены не были.

Рассмотрим шкалы, по которым отмечаются отличия от нормативной выборки в Чувашии. Причиной различий по шкале дефицитарной агрессии ($t=4,116$; $p\leq 0,001$) является нарастающая пассивность и ощущение пустоты, не свойственные испытуемым из нормативной группы. Различия по шкалам деструктивного ($t=3,207$; $p\leq 0,001$) и дефицитарного страха ($t=2,3547$; $p\leq 0,01$) указывают на противоречивые тенденции: с одной стороны, затруднения в сфере межличностных отношений, ипохондричность и опасения в связи с возможным одиночеством в будущем, с другой – отсутствие тревоги и эмоциональная девальвация жизненно важных событий. По-видимому, это объясняется неоднородностью выборки, поскольку при разделении её по нозологическому показателю среднее значение (в сырых баллах) деструктивного страха оказывается выше в группе пациентов, страдающих заболеваниями периферических сосудов (4,13 против 3,89), а дефицитарного – страдающих заболеваниями сердца (4,39 против 4,33), причём у первых по шкале конструктивного страха наблюдается статистически достоверное понижение показателей.

Значения деструктивной и дефицитарной шкал внешнего Я-отграничения также отличаются от нормативной выборки ($t=4,823$; $p\leq 0,001$ и $t=3,711$; $p\leq 0,001$ соответственно). Это характеризует кардиобольных как уступчивых по причине субъективного ощущения собственной слабости и незащищённости.

При этом они испытывают трудности в выражении своих эмоций, дистанцируются от окружающих, чрезмерно сосредоточены на самоконтроле своих поведенческих проявлений и ригидны в сфере межличностных отношений.

Деструктивное внутреннее Я-отграничение ($t=4,453$; $p \leq 0,001$), по-видимому, связано с усилением алекситимных проявлений и усиливает изоляцию от окружающих, поскольку сложности в понимании и восприятии собственных чувств не позволяет пациентам быть сенситивными в отношении других людей, сопереживать им. По шкале дефицитарного внутреннего Я-отграничения наблюдается статистически достоверный подъём у пациентов с заболеваниями сердца ($t=3,091$; $p \leq 0,001$), что сопровождается «спутанностью», переполнением различными чувствами, с которыми они не всегда могут совладать. Отметим, что алекситимные черты присущи данным пациентам в большей степени.

Деструктивный ($t=4,005$; $p \leq 0,001$) и дефицитарный нарциссизм ($t=2,634$; $p \leq 0,001$) указывает на неадекватную оценку пациентами себя и своих способностей, а также на стремление создать «буфер» между собой и окружающими, не дающий возможности критически оценить их личность. При этом в межличностных контактах пациенты остаются зависимыми от окружающих и не в состоянии перенести одиночество; они не всегда могут строить полноценные взаимоотношения, часто приносят в жертву свои потребности и интересы. Для кардиобольных подобные жертвы являются одним из немногих способов сохранения социальных связей, подвергающихся угрозе по причине заболевания; именно поэтому они готовы поступиться своими интересами ради блага лечения, пытаясь при этом «сохранить лицо», стараясь не демонстрировать собственную слабость.

Различия по шкале дефицитарной сексуальности ($t=3,062$; $p \leq 0,001$) больше свойственны пациентам с заболеваниями сердца ($t=4,116$; $p \leq 0,001$), у которых это, по-видимому, связано с неприятием собственного «больного» тела, невысокая оценка своей привлекательности. Нельзя исключать и фармакологическое воздействие и коморбидные проявления: приём лекарств, сопутствующие заболеванию депрессивные расстройства, соматове-

гетативные реакции. Данные о распространённости половой дисфункции у кардиологических пациентов, полученные в исследованиях отечественных и зарубежных учёных, сильно разнятся и составляют от 29 % до 75 % [1].

На основании выделенных особенностей Я-структуры можно попытаться охарактеризовать социально-психологические и личностные особенности, особенности межличностного взаимодействия и самоотношения кардиобольных. Преобладание в профилях пациентов различных клинических групп неконструктивных шкал свидетельствует о наличии проблем во взаимодействии с окружающими и вызванных ими трудностями социальной адаптации.

С целью выявления различий в двух срезах кардиобольных, имеющих различный опыт пребывания в лечебном учреждении, значения сырых баллов шкал ISTA в обеих группах сравнивались с нормативными показателями здоровых испытуемых (табл. 2). Наличие трёх срезов позволяет оценить, во-первых, различия показателей здоровых лиц и кардиобольных и, во-вторых, позитивную или негативную динамику изменений этих показателей при изменении характера протекания заболевания.

Как видно в табл. 2, у впервые обратившихся за помощью пациентов по сравнению со здоровыми людьми отмечается статистически значимое снижение показателей конструктивного нарциссизма ($t=1,966$; $p\leq 0,01$) наряду с увеличением деструктивного ($t=2,392$; $p\leq 0,01$), а также повышение по шкалам деструктивного внешнего ($t=4,524$; $p\leq 0,001$) и внутреннего Я-отграничения ($t=3,279$; $p\leq 0,01$), дефицитарных внешнего Я-отграничения ($t=2,278$; $p\leq 0,01$) и сексуальности ($t=2,765$; $p\leq 0,001$). Следовательно, пациентам группы Ft в меньшей мере, чем здоровой популяции, свойственна способность принимать поддержку со стороны окружающих; для них также характерны обеднение и снижение способности контролировать собственную эмоциональную сферу.

При переходе заболевания в «хроническую» форму отмечается значимое увеличение показателей дефицитарной агрессии ($t=8,077$; $p\leq 0,001$), деструктивного страха ($t=7,255$; $p\leq 0,001$), внутреннего Я-отграничения ($t=7,480$; $p\leq 0,001$) и нарциссизма

($t=7,501$; $p \leq 0,001$). При этом несколько увеличивается конструктивный нарциссизм и страх. Следовательно, изменение характера течения заболевания приводит к ухудшению социального взаимодействия, уходу в себя с повышением чувства собственной значимости.

Таблица 2

Сравнительный анализ показателей шкал ISTA

Шкала	Нормативная группа в Чувашии (n=308) [2. С. 135]		Пациенты группы Ft		Пациенты группы Ст		t-критерий Стьюдента	
	M ₁	σ ₁	M ₂	σ ₂	M ₃	σ ₃	1 vs 2	1 vs 3
A1	8,48	2,85	8,73	4,66	8,00	3,88	-0,530	1,195
A2	5,39	2,92	4,95	2,90	6,35	3,14	1,020	-2,475*
A3	3,89	2,30	4,55	2,52	6,55	3,29	-1,919	-8,077**
C1	7,24	2,31	7,23	3,90	7,90	3,79	0,033	-1,902
C2	2,61	2,71	2,95	1,98	5,20	2,86	-0,900	-7,225**
C3	3,46	2,31	4,09	2,39	4,65	2,42	-1,856	-3,899**
O1	8,06	2,15	8,59	4,39	7,55	3,53	-1,390	1,579
O2	3,46	2,31	5,05	2,83	5,65	2,75	-4,524**	-6,976**
O3	4,54	2,50	5,41	3,14	6,90	3,33	-2,278*	-6,738**
O'1	8,96	2,40	9,77	4,95	9,45	4,36	-1,898	-1,303
O'2	3,61	2,36	4,77	2,75	6,05	3,00	-3,279**	-7,480**
O'3	5,17	2,62	4,68	2,87	7,10	3,45	1,254	-5,275**
N1	8,65	2,40	7,86	4,14	8,45	3,98	1,966*	0,552
N2	3,37	2,52	4,23	2,49	5,95	3,05	-2,329*	-7,501**
N3	2,85	2,62	3,09	1,95	4,95	2,87	-0,650	-6,011**
S1	8,37	2,92	9,10	4,67	7,47	3,81	-1,528	2,205*
S2	4,48	2,39	4,24	2,47	4,63	2,51	0,688	-0,480
S3	2,26	2,09	3,10	1,91	4,00	2,32	-2,765**	-6,223**

Примечание: отмеченные «**» различия значимы на уровне $p \leq 0,001$; отмеченные «*» – $p \leq 0,01$.

Полученные результаты объясняют, почему при сравнении показателей методики оценки психического здоровья (МОПЗ) отмечается достоверное превышение по шкале деструктивности ($t=2,7499$; $p \leq 0,01$) и дефицитарности ($t=2,8494$; $p \leq 0,01$) в группе Ст. Сравнительный анализ индексов, подвергшихся процедуре нормализации, показал, что в целом по выборке значения индекса $T\alpha$ находятся в пределах нормативного диапазона (-10...+10) у 66,7 % испытуемых, индекса $T\beta$ – у 52,4 %. При этом

в группе Ft доля значений в нормативном диапазоне составляет соответственно 68,2 и 72,7 %, а в группе Cг – 65 и 35 %, причём доля низких значений шкалы увеличивается с 13,6 до 35 %. Следовательно, при изменении характера протекания заболевания выраженность психопатологических проявлений не возрастает, однако повышение уровня психической активности личности приводит к постепенному истощению адаптационного ресурса пациентов группы Cг, которым приходится использовать его для поддержания активности в ходе лечения и для сохранения значимых социальных взаимосвязей. Возможно, что именно в связи с этим отмечается резкий рост показателей дефицитарных шкал.

В целом можно заключить, что на фоне оскудения и снижения качества межличностного взаимодействия при переходе заболевания в «хроническую» форму усиливается роль эмоционально-аффективных воздействий (в первую очередь иррационального страха внезапной смерти), что приводит к снижению способности дифференцировать значимые и несущественные показатели, причём у части пациентов эти проявления усиливаются выраженными алекситимными чертами. Переживание подобной трансформации усиливает страх стать зависимым от других людей, а увеличение деструктивно-дефицитарных тенденций шкал нарциссизма усугубляет субъективное ощущение внутренней пустоты, невозможности эмоционального включения в жизнь общества и непонимания со стороны окружающих. При этом усилия пациентов направляются в первую очередь в сферы, непосредственно связанные с коррекцией своего состояния, что приводит к ухудшению их социальной активности во всех прочих сферах.

На наш взгляд, в подобном случае можно выделить четыре основные мишени для психотерапевтической интервенции, тесно взаимосвязанные друг с другом: межличностное взаимодействие, поведенческие и эмоциональные реакции на заболевание, эмоционально-психические состояния и процесс трансформации аффективных реакций. При этом ещё до начала психотерапевтического процесса необходимым этапом, выполнение которого лежит на лечащем враче и в особенности на медицинском пси-

хологе, является получение от пациента информации об актуальных конфликтах и психологическом «преморбиде» личности, поскольку восприятие ближайшего социального окружения и отношение к нему во многом детерминируют выбор стратегии поведения пациента в ходе терапии.

Литература

1. *Добровольский А.В.* Половая дисфункция у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями // Психокardiология / А.Б. Смуулевич и др. М.: МИА, 2005.
2. *Николаев Е.Л.* Пограничные расстройства как феномен психологии и культуры. Чебоксары: изд-во ЧГУ, 2006. 383 с.
3. *Очерки динамической психиатрии.* Транскультуральное исследование; под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова. СПб., 2003. 438 с.