

СИСТЕМА МНОГОУРОВНЕВОЙ АДАПТАЦИИ ЛИЧНОСТИ ПРИ БОЛЕЗНИ

Е.Ю. Лазарева, Е.Л. Николаев

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

Современные научные исследования проблем психического здоровья нуждаются в применении многоуровневых подходов, позволяющих рассматривать проблему с множества позиций и интегрировать новые знания в целостную систему помощи [10, 16]. Болезнь является одним из факторов человеческой жизни, оказывающей комплексное воздействие на человека, ведущая его к необходимости функционирования в новых физических и психосоциальных условиях [2, 6, 7, 13, 19]. Болезнь сопровождается не только разнообразными клиническими проявлениями, она находит отражение и в реакциях личности на болезнь [3, 12, 14], сопровождается изменениями во многих других сферах жизни [1, 11, 15, 17].

Психосоматический подход рассматривает человеческий организм как систему, состоящую из психической и физиологической подсистем, вступающих во взаимодействие с внешней средой [8, 9]. При возникновении патогенных взаимосвязей возникает новое адаптивное состояние организма, определяемое как психосоматическое заболевание. Целостный подход подразумевает многоуровневость психического, которое может быть представлено физическим, когнитивным, аффективным, поведенческим, социальным и духовным уровнями функционирования личности. На физиологическом уровне адаптированность – это в первом случае – усилившееся равновесие между организмом и средой, а во втором – равновесие внутри организма. Социальная адаптация определяется как процесс и результат установления относительного взаимного соответствия между потребностями личности и требованиями социальной среды. Различные адаптогенные воздействия, опосредованные индивидуально-психологическими особенностями личности, предъявляют качественно различные

требования и обуславливают, в большей или меньшей степени, специфичные регуляторно-приспособительные реакции [5].

С учетом важности комплексного подхода к исследованию такого многомерного явления, как адаптация [4], и необходимости выявления динамики личностных изменений в ее процессе считаем целесообразным изучение феномена адаптивности в контексте биопсихосоциальной концепции здоровья и болезни. При этом адаптивность личности в данной работе рассматривается как ее важнейшее свойство, имеющее многоуровневый характер, и проявляющееся наличием определенного адаптивного потенциала, который имеет не только саногенную, направленную на оздоровление и исцеление составляющую, но и патогенную составляющую, определяющую создание условий для прогрессирования соматического заболевания или выход на уровень дисфункциональной адаптации личности к болезни [18].

В данной работе представлены результаты психологического исследования 185 больных сердечно-сосудистыми заболеваниями различных клинических групп с помощью психодиагностических методик, позволивших выявить специфику функционирования личности на физическом, аффективном, когнитивном, поведенческом, социальном и духовном уровнях: методика SF-12, опросник запрета на выражение чувств В.К. Зарецкого, опросник перфекционизма Н.Г. Гаранян и А.Б. Холмогоровой, опросник стиля саморегуляции поведения В.И. Моросановой, опросник социальной поддержки в адаптации А.Б. Холмогоровой, опросник структуры индивидуальной религиозности Ю.В. Щербатых. Полученные данные обработаны методами математической статистики, с помощью которых построены факторные модели. Соотнесение полученных психологических факторов с уровнями функционирования личности позволило уточнить специфику многоуровневой системы адаптации личности при трех группах сердечно-сосудистых заболеваний.

Согласно полученным результатам психологическую структуру личности больных ишемической болезнью сердца (ИБС) определяют пять основных факторов. Первый фактор включает психологические характеристики, свидетельствующие о категоричности больных в оценке своих результатов и результатов деятельно-

сти других людей. Он отражает высокий уровень категоричности притязаний кардиологических больных. Данный фактор соотносится с когнитивным и поведенческим уровнями функционирования личности, характеризуя патогенную составляющую адаптивного потенциала личности, отражающую абсолютизм в мышлении на когнитивном уровне и патологическое стремление как можно более тщательно выполнять любую работу с затруднениями в поиске оптимальных и эффективных способов деятельности, определяя личность на поведенческом уровне функционирования.

Второй фактор психологической структуры личности при ИБС, содержащий такие характеристики, как религиозное самосознание, вера в Творца и признание высшей силы, стремление познать смысл жизни через религиозные знания и откровения, восприятие религии как возможной помощи и поддержки, а также как свода предписаний и правил поведения, формирует религиозную наполненность мировоззрения личности больного. Этот фактор отражает саногенный адаптивный потенциал личности на когнитивном уровне, выражающийся восприятием религии как средства помощи в решении проблем. На поведенческом уровне функционирования личности данный фактор может определять как саногенную, так и патогенную составляющие адаптивного потенциала личности, отражая отношение к религии как к образцу моральных норм поведения. В этом случае возможное фанатичное следование всем религиозным нормам и правилам может свидетельствовать о патогенной направленности адаптивного потенциала. С другой стороны, восприятие религии как помощи и поддержки, помогающей справиться с экзистенциальными проблемами, характеризует духовный уровень адаптивного потенциала личности.

Третий фактор психологической структуры личности при ИБС, формируемый ощущением недостаточности социальной поддержки, дефицитом положительного чувства близости и доверия, нехваткой материальной и информационной поддержки, описывает некоторую социальную изолированность, переживаемую больными ИБС. Данный фактор структуры личности соотносится с социальным уровнем ее функционирования, на котором патогенная составляющая адаптивного потенциала

проявляется в неумении использовать имеющиеся социальные ресурсы для удовлетворения потребностей и достижения целей.

Четвертый фактор психологической структуры личности при ИБС включает низкую способность овладевать новыми видами деятельности, ощущение неуверенности в незнакомых ситуациях, очерчивает формирующуюся регуляторную пассивность больных. Он соотносится с когнитивным и поведенческим уровнями функционирования личности. Патологизирующая роль данного фактора, характеризующего неспособность больных компенсировать влияние личностных особенностей, которые препятствуют достижению цели, проявляется на когнитивном уровне. Регуляторная пассивность на поведенческом уровне как патогенная составляющая адаптационного потенциала личности проявляется в трудностях овладения новыми видами деятельности, нарушении ориентировки в незнакомых ситуациях, нестабильности успехов в привычных видах деятельности.

Пятый фактор психологической структуры личности при ИБС отражает общий запрет на выражение чувств, эмоциональную сдержанность больных в отношении как негативных, так и позитивных эмоций. Эмоциональная сдержанность может быть соотнесена с аффективным уровнем функционирования личности, который характеризует неспособность данных больных открыто проявлять возникающие эмоции, которые либо подавляются, увеличивая внутреннее психическое напряжение и провоцируя возникновение аффективных состояний, либо трансформируются в когнитивные и поведенческие реакции, реализуя тем самым в зависимости от личностных психологических особенностей большого саногенные или патогенные механизмы адаптации.

Сложная структура личности больных гипертонической болезнью (ГБ) также характеризуется пятью основными психологическими факторами. Первый фактор объединяет убежденность в обязательной необходимости достижения наивысших результатов, потребность в постоянном контроле над собственными чувствами, фиксированность на допущенных в прошлом ошибках и имевшихся неудачах, завышенные ожидания от себя и окружающих, категоричность в восприятии ситуаций при оценке полученных результатов, что характеризует такую личность как обла-

дающую чертами перфекционистской сдержанности. Данный фактор может быть соотнесен с аффективным и когнитивным уровнями функционирования личности. На аффективном уровне наиболее выраженным психологическим параметром выступает общий запрет на выражение чувств и общий уровень перфекционизма, что свидетельствует о тенденции больных скрывать свои эмоции и стремиться к соответствию высоким требованиям, которые они предъявляют к себе и другим. Патологизирующим адаптивным потенциалом здесь является запрет на выражение чувств, в результате которого у больных ГБ происходит накопление негативных эмоций. Саногенная направленность адаптивного потенциала выражается у них в убежденности в необходимости достижения результатов, что является стимулом к личностному развитию. На когнитивном уровне перфекционистская сдержанность проявляется у больных анализом успешности своей деятельности, склонностью акцентировать внимание на собственных неудачах и ошибках, что становится основной характеристикой их субъективного восприятия своей успешности, в связи с чем у них может вырабатываться убежденность в собственной никчемности и неуспешности, которая трансформируется в их сознании в ожидание высоких требований к себе со стороны окружающих. Для достижения субъективно высоких результатов, соответствующих данным требованиям, больные ГБ склонны к абсолютизму в мышлении по типу "все или ничего". Данный фактор имеет патогенную направленность адаптационного потенциала личности и отражает неспособность данных больных реально оценивать свои способности и результаты своей деятельности.

Второй фактор психологической структуры личности при ГБ формируется потребностью больных в чувстве близости и общности, необходимостью в ощущении стабильности отношений, удовлетворенности социальным окружением и полученной материальной и информационной поддержкой, включенностью в социальные группы с общими ценностями и представлениями о жизни, что отражает двойственную оценку больными ГБ имеющихся в их распоряжении социальных ресурсов. Парадоксальность оценки социальных ресурсов можно соотнести с социальным уровнем функционирования личности. Негативная

оценка социальных ресурсов больными ГБ отражается в недостатке чувства стабильности во взаимоотношениях с близкими, в ощущении социальной изолированности, отстраненности от социальных контактов. Данные больные нуждаются в поддержке со стороны окружающих, но в целом эти особенности социального взаимодействия самими больными ГБ оцениваются как комфортные. Тем не менее противоречивость восприятия социальной поддержки наполняет адаптивный потенциал личности патогенной направленностью.

Третий фактор психологической структуры личности при ГБ включает в себя следующие психологические показатели: внутреннюю потребность в религиозном веровании, внешние признаки религиозности, веру в наличие высшей силы, управляющей миром, и отношение к религии как к идеалистической философии, которые характеризуют внешнюю религиозность сознания. Этот фактор может быть соотнесен с духовным, поведенческим и когнитивным уровнями функционирования личности. На когнитивном уровне религиозность сознания свидетельствует о внутренней потребности личности в религиозном веровании, наличии веры в высшую силу, управляющую миром, а также в отношении к религии как к идеалистической философии и отражает саногенные характеристики адаптивного потенциала личности. Проявление конформизма в поведении как защитного механизма, маскирующего имеющиеся проблемы, но не позволяющего справиться с ними, характеризует патогенную составляющую адаптивного потенциала личности. Определяющим в формировании религиозности больных ГБ является внутренняя потребность в религиозном веровании, вера в существование высшей силы, а также отношение к религии с позиций идеалистической философии. Все это позволяет больным находить поддержку и утешение в религии и отражает саногенный характер адаптационного потенциала личности.

Четвертый фактор психологической структуры личности при ГБ объединяет в себе такие психологические черты, как чрезмерные требования к другим, способность быстро перестраивать свои планы и действия, способность самостоятельно планировать деятельность и поведение, и характеризует состоя-

ние вынужденной автономности личности. Данный фактор может быть соотнесен с когнитивным и поведенческим уровнями функционирования личности больных ГБ, когда они вынуждены проявлять гибкость в мышлении во избежание постоянно действующего травмирующего фактора со стороны аффективной сферы с постоянным накоплением негативных эмоций и субъективной неуспешностью деятельности, что отражает патогенную характеристику адаптивного потенциала личности. Способность больных перестраивать планы и программы действий и поведения, самостоятельно планировать деятельность и поведение, а также анализировать и оценивать как промежуточные, так и конечные результаты своей активности позволяет оценивать их адаптивный потенциал как саногенный. На поведенческом уровне вынужденная автономность личности характеризует ее способность быстро перестраивать планы своих действий и самостоятельно планировать деятельность и поведение, что также отражает саногенный адаптивный потенциал личности.

Пятый фактор психологической структуры личности при ГБ образован показателями, отражающими потребность больных продумывать способы своих действий, развитость саморегуляции поведения, сформированность осознанного планирования деятельности, которые характеризуют значительную регуляторную активность больных. Пятый фактор также может быть соотнесен с поведенческим и когнитивным уровнями личности. На когнитивном уровне регуляторная активность свидетельствует о потребности продумывать способы своих действий, сформированность осознанного планирования деятельности и отражает саногенную направленность адаптивного потенциала личности. Продуманность способов действий и поведения для достижения намеченных целей свидетельствует о сформированности осознанной саморегуляции поведения. Эти особенности поведения позволяют больным ГБ компенсировать влияние личностных особенностей, препятствующих достижению целей, в связи с чем у них выражены индивидуальные особенности целеполагания и удержания целей, что отражает наличие саногенного характера адаптивного потенциала личности.

Структура личности больных с пороками сердца (ПС) характеризуется пятью иными психологическими факторами. Так, первый фактор определяется убежденностью больных в том, что любую работу необходимо выполнять только "на отлично" и стремиться к более высоким результатам, в связи с чем они постоянно предъявляют к себе повышенные требования и воспринимают окружающих людей как ожидающих от них наивысших результатов, что характеризует высокий уровень устремленности данных больных к идеалу и совершенству. На когнитивном уровне эти убеждения заставляют больных не останавливаться на достигнутых результатах. В то же время устремленность к совершенству в форме постоянного и неоправданно тщательно и кропотливого выполнения любой работы свидетельствует и о патогенной направленности данного фактора.

Второй фактор психологической структуры личности при ПС, объединяющий общую удовлетворенность социальной поддержкой, которая более выражена в удовлетворенности материальной и информационной составляющими, а также позитивное чувство вовлеченности в социальное взаимодействие при совпадении ценностей и представлений о жизни, характеризует психологическую категорию социальной включенности. Социальная включенность больных свидетельствует об их поведении, направленном на получение позитивного чувства общности, возникающего при совпадении ценностей и представлений о жизни в определенной социальной группе, что отражает саногенный адаптивный потенциал личности. На социальном уровне личностного функционирования больные ПС получают от окружающих достаточную поддержку, как материальную, так и эмоциональную. Они испытывают чувство стабильности в отношениях, у них наблюдается достаточная включенность в социальные взаимодействия, что свидетельствует о саногенном характере их адаптивного потенциала.

Третий фактор психологической структуры личности при ПС, состоящий из запрета на выражение чувств, подавления и игнорирования эмоций радости и страха, характеризует психологическую категорию эмоциональной аутоингибиции, демонстрируемой больными. На аффективном уровне функциониру-

вания личности превалирующее значение отводится контролю над эмоциями страха и радости. У таких больных достаточно часто из-за плохого самочувствия возникает состояние тревоги и страха. Игнорирование ими радости происходит вследствие их убежденности в том, что при их заболевании проявление данной эмоции неуместно и будет неправильно понято окружающими. Эти особенности отражают патогенную направленность адаптивной реакции больных ПС в условиях заболевания. На когнитивном уровне функционирования личности эмоциональная аутоингибция свидетельствует об осознанном игнорировании и подавлении эмоций, что является следствием соблюдения больными социально приемлемых норм поведения и может отражать патогенные характеристики адаптивного потенциала личности.

Четвертый фактор психологической структуры личности при ПС, объединяющий веру в действенность религиозных ритуалов и веру в наличие высшей силы, а также проявление конформизма в поведении, отражает наличие в структуре личности больных характеристик, относимых к психологической категории обыденной религиозности. Обыденная религиозность, проявляющаяся в поведении во внешних признаках религиозности, конформизме, стремлении выглядеть религиозным человеком, является патогенной характеристикой адаптивного потенциала личности в силу возможности возникновения склонности к религиозному фанатизму. Обыденная религиозность на социальном уровне функционирования личности способствует ее ощущению включенности в группу верующих и стремлению соответствовать нормам и правилам религиозного поведения, что вызвано потребностью в эмоциональной и инструментальной поддержке, и отражает саногенную направленность адаптивного потенциала личности. На духовном уровне адаптационный потенциал личности у данных больных характеризуется психологическим фактором обыденной религиозности. Вера в Творца и признание существования высшей силы проявляется во внешней атрибутике религиозности, соблюдении обрядов. Религиозность данных больных ограничивается лишь внешними проявлениями религиозности в соблюдении религиозных правил поведения и ритуалов, что свидетельствует о патогенной направленности адаптивного потенциала личности при ПС.

Пятый фактор психологической структуры личности при ПС формируется из характеристик осознанной саморегуляции поведения, в структуре которой наиболее выраженной является способность самостоятельно планировать и организовывать деятельность по достижению желаемых результатов, а также способность гибко менять программу и планы при изменении внешних и внутренних значимых условий, которые отражают высокий уровень регуляторной автономности больных ПС. На когнитивном уровне функционирования личности их способность самостоятельно планировать и организовывать деятельность по достижению желаемых результатов, гибко менять программу и планы при изменении внешних и внутренних значимых условий отражает саногенный характер адаптивного потенциала личности. Регуляторная автономность личности здесь проявляется больше на поведенческом уровне, в способности к более легкому овладению новыми видами активности, в уверенности в незнакомых ситуациях и получении успехов в привычных видах деятельности, что также отражает саногенную направленность адаптивного потенциала личности.

Таким образом, представленные многофакторные модели структуры личности больных при различных группах сердечно-сосудистых заболеваниях, включающие как патогенные, так и саногенные характеристики адаптивного потенциала личности больного, позволяют не только эффективно проводить психотерапевтические мероприятия, но и организовывать дифференцированную психопрофилактическую работу как с больными, имеющими кардиальную патологию, так и здоровыми лицами из группы риска по сердечно-сосудистым заболеваниям.

Литература

1. Алехин А.Н., Трифонова Е.А., Лебедев Д.С., Михайлов Е.Н. Психологические проблемы в аритмологии (на модели фибрилляции предсердий) // Вестник аритмологии. 2011. № 63. С. 45.
2. Алехин А.Н., Чумакова И.О., Андреева Е.В., Трифонова Е.А. Клинические факторы психической адаптации пациентов с сердечно-сосудистой патологией (на примере легочной артериальной гипертензии и фибрилляции предсердий) // Вестник Южно-Уральского гос. университета. Сер. Психология. 2012. № 6 (265). С. 66-72.

3. *Алехин А.Н., Чумакова И.О., Трифонова Е.А., Лебедев Д.С., Михайлов Е.Н.* Клинические факторы формирования отношения к болезни у пациентов с фибрилляцией предсердий // Психол. исслед.: электронный науч. журн. 2011. № 5 (19). С. 4.
4. *Беребин М.А.* Междисциплинарные проблемы формирования понятийного и терминологического поля концепции психической адаптации в медицинской психологии // Вестник Южно-Ураль. гос. ун-та. Сер. Психология. 2011. № 18 (235). С. 94-99.
5. *Богомолов А.М.* Структурно-функциональный подход к оценке адаптационного потенциала личности // Сиб. психол. журн. 2008. № 8. С. 53-58.
6. *Гартфельдер Д.В.* Динамика совладающего поведения при сердечно-сосудистых заболеваниях // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. Чебоксары, 2009. № 5. С. 67-80.
7. *Гартфельдер Д.В.* Социально-психологические и личностные факторы патогенеза сердечно-сосудистых заболеваний // Медицинская психология в России [Электронный ресурс]. 2010. № 1 (2). Режим доступа: http://medpsy.ru/mpj/archiv_global/2010_1_2/nomer/nomer08.php, свободный. Дата обращения: 07.09.2010. Заглавие с экрана.
8. *Лазарева Е.Ю., Николаев Е.Л.* Психосоматические соотношения при кардиальной патологии: современные направления исследований // Вестник Чуваш. ун-та. 2012. № 3. С. 429-435.
9. *Малкина-Пых И.Г.* Психосоматика. М.: Эксмо, 2009. 1024 с.
10. *Николаев Е.Л., Суслова Е.С., Александров Д.В.* Клинико-психологический дискурс исследований здоровья // Вестник Чуваш. ун-та. 2010. № 4. С. 164-170.
11. *Николаева О.В., Бабурин И.Н., Николаев Е.Л., Дубравина Е.А.* Криз? Атака? Невроз? Клинический случай приступа психовегетативных нарушений в кардиологическом стационаре // Вестник психотерапии. 2009. № 30. С. 86-90.
12. *Bellg A.J.* Maintenance of Health Behavior Change in Preventive Cardiology: Internalization and Self-Regulation of New Behaviors // Behavior Modification. 2003. Vol. 27, N 1. P. 103-131.
13. *Denollet J.* Personality, emotional distress and coronary heart disease // Eur. J. Personality. 1997. Vol. 11, N 5. P. 343-357.
14. *Dubois C.M., Beach S.R., Kashdan T.B., Nyer MB, Park E.R., Celano C.M., Huffman J.C.* Positive psychological attributes and cardiac outcomes: associations, mechanisms, and interventions // Psychosomatics. 2012. Jul-Aug. N 53 (4). P. 303-318.

15. *Lazareva E.Y., Nikolaev E.L.* Personality of cardiovascular patient: psychological considerations // *Psihijat. Dan. Suppl.* 2012. P. 167.
16. *Nikolaev E.* Person-centered medicine and the sociocultural approach in psychotherapy // *The International Journal of Person Centered Medicine.* 2011. Vol. 1, N. 3. P. 482-485.
17. *Nikolaev E.* Understanding perfectionism as one of personality traits in cardiovascular patients // *Abstracts of the WPO Regional Meeting "Mental Health in a Changing World", 14-17 September 2011.* Yerevan, Armenia, 2011. P. 91.
18. *Nikolaeva O., Lazareva E.* Multifactor model of psychological adjustment in patients with cardiologic pathology // *Understanding mind and crossing borders: Centennial Nordic Congress of Psychiatry.* Tromsø, 2012. P. 42-43.
19. *Rosengreen A., Wilhemsen L., Orth-Gomer K.* Coronary disease in relation to social support and social class in Swedish men // *European Heart Journal.* 2004. N. 25 (1). P. 56-63.