

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Уральский государственный педагогический университет»

Кафедра общей психологии

**ИНДИВИДУАЛЬНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ
И ИХ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ**

Направление «37.04.01 – Психология»

Магистерская диссертация

Квалификационная работа

допущена к защите

Зав. кафедрой общей психологии

доктор психологических наук, профессор

Минюрова Светлана Алигарьевна

« ____ » _____ 2017

Исполнитель

Коновальцева Елена

Александровна,

Магистрант 3 курса

Магистерская программа:

«Психологическое

консультирование»

Руководитель ОПОП

кандидат психологических наук, доцент

Белоусова Наталья Сагидулловна

« ____ » _____ 2017

Научный руководитель

Набойченко Евгения Сергеевна,

доктор психологических наук,

профессор кафедры общей

психологии

« ____ » _____ 2017

Екатеринбург 2017

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ТЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	9
1.1 Факторы, влияющие на возникновение сердечно-сосудистых заболеваний.....	9
1.2 Внутренняя картина болезни при сердечно-сосудистых заболеваниях..	19
1.3 Выводы по первой главе.....	35
ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНО- ТИПОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ.....	37
2.1 Организация эмпирического исследования	37
2.1.1 Характеристика выборки исследования	37
2.1.2 Методы и методики эмпирического исследования	38
2.2 Интерпретация результатов эмпирического исследования.....	44
2.3 Выводы по второй главе.....	59
ГЛАВА 3. РАЗРАБОТКА РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО МЕДИКО- ПСИХОЛОГИЧЕСКОМУ СОПРОВОЖДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ДЛЯ ВРАЧЕЙ-КАРДИОЛОГОВ	64
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	73
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	74
ПРИЛОЖЕНИЕ	80

ВВЕДЕНИЕ

Тема исследования: индивидуально-типологические особенности пациентов кардиологического профиля и их медико-психологическое сопровождение.

Актуальность исследования:

По данным Всемирной организации здравоохранения сердечно-сосудистые заболевания до сих пор являются основной причиной временной утраты трудоспособности, инвалидности и преждевременной смертности в мире [1]. Уже во второй половине XX века учеными было доказано, что огромное влияние на возникновение, течение и прогноз сердечно-сосудистых заболеваний имеют три фактора риска ишемической болезни сердца: повышенный уровень холестерина, артериальная гипертензия и курение. Однако есть и психологические факторы, такие как стресс, депрессия, личностные особенности (Фридман, Розенман, Беарфут, Дальстром, Уильямс, Шеккеле, А.Б. Смулевич, Э.Б. Дубницкая, Н.А. Ильина).

Ишемическая болезнь сердца, острой формой которой является инфаркт миокарда, в 2014 г. зарегистрирована у 7,6 миллиона больных (18 лет и старше), из них первичный диагноз поставлен 984,2 тысячам; число умерших от болезней системы кровообращения составило 940,5 тысяч, в т.ч. от ишемической болезни сердца – 492,3 тысяч (52,3%) [2]. Эксперты ожидают, что в ближайшие десятилетия риск увеличения развития сердечно-сосудистых заболеваний будет только расти. Этому способствует ускорение темпа жизни населения и рост доли пожилого населения [2].

В российской и зарубежной литературе все чаще обсуждаются вопросы выявления психологических факторов, влияющих не только на возникновение сердечно-сосудистых заболеваний, но и на их течение, с целью снижения негативного влияния данных факторов и их коррекции для успешной реабилитации кардиологических пациентов.

Анализ литературы показывает, что вопросы изучения пациентов кардиологического профиля с точки зрения психологии сводятся, в основном, к выявлению взаимосвязи между психическим состоянием человека, в частности, наличием тревожно-депрессивных расстройств, и появлением, а также дальнейшим развитием у него заболевания (С.А. Пахомова, А.П. Деренок, И.А. Кузьмина, М.Г. Киселева, Н.Ф. Нуралиева, Д.А. Напалков). Стоит отметить, что достаточно подробно изучены различия типов отношения пациента на болезнь, их социальной активности и адаптационного потенциала, связанного с ролью религиозности и социальной поддержки, между различными клиническими группами больных сердечно-сосудистыми заболеваниями (Д.В. Гартфельдер, Е.Л. Николаев, Е.Ю. Лазарева). Несмотря на это, работ, освящающих комплексное исследование индивидуально-типологических особенностей пациентов с конкретным диагнозом, например, с инфарктом миокарда, в соответствии с типом отношения к болезни, недостаточно. Трудно недооценить важность и пользу для медицинского персонала данной информации. Эти данные могут оказать лечащему врачу серьезную помощь в достижении комплаенса при взаимодействии с конкретным пациентом, показывающим тот или иной тип отношения к болезни, помочь выявить ресурсы пациента для успешного восстановления после перенесенного заболевания.

Практическая значимость: адекватное и конструктивное отношение пациентов к выявленному заболеванию, соблюдение рекомендаций существенно продлевают жизнь пациента и снижают риски повторных эпизодов болезни. В связи с этим всё более актуальным становится определение особенностей пациентов с тем или иным заболеванием с целью выявления ресурсов личности для успешного преодоления болезни, её последствий, снижению их влияния на качество жизни пациента. Поэтому изучение обозначенной **проблемы**, на наш взгляд, является высокозначимым как в практическом, так и в теоретическом аспекте. По результатам проведенного исследования разработаны рекомендации по медико-

психологическому сопровождению пациентов кардиологического профиля для врачей-кардиологов, направленные на повышение приверженности пациентов к терапии.

Объект исследования: индивидуально-типологические особенности пациентов кардиологического профиля.

Предмет исследования: индивидуально-типологические особенности пациентов кардиологического профиля с различными типами отношения к болезни.

Цель исследования: выявить индивидуально-типологические особенности пациентов кардиологического профиля с разными типами отношения к болезни; разработать рекомендации по медико-психологическому сопровождению.

Задачи исследования:

1) Провести теоретический анализ научной литературы, посвященной выявлению психологических факторов, влияющих на возникновение и течение сердечно-сосудистых заболеваний, и подтверждающей их психосоматическую природу, а также описывающей личностные особенности и внутреннюю картину болезни пациентов с психосоматическими заболеваниями, в общем, и пациентов кардиологического профиля, в частности.

2) Определить базу проведения эмпирического исследования и методики исследования.

3) Организовать проведение эмпирического исследования, направленного на выявление индивидуально-типологических особенностей пациентов кардиологического профиля с различными типами отношения к болезни.

4) Провести анализ полученных данных, их интерпретацию, в том числе сопоставить с имеющимися теоретическими выводами.

5) Разработать рекомендации по медико-психологическому сопровождению пациентов кардиологического профиля для врачей-кардиологов.

Гипотеза исследования: существуют индивидуально-типологические особенности у пациентов кардиологического профиля с разными типами отношения к болезни.

Положения, выносимые на защиту:

1) Пациенты с инфарктом миокарда в большинстве случаев (70%) проявляют эргопатический, анозогнозический и смешанные эргопатически-сенситивный, эргопатически-анозогнозический типы отношения к болезни. В меньшей степени проявляется тревожный и диффузный типы отношения к болезни (17%), самый низкий процент пациентов с гармоничным типом отношения к болезни (13%).

2) Пациенты с тревожным и диффузным типами отношения к болезни отличаются от других исследуемых низким уровнем интернальности в области неудач и семейных отношений, а пациенты с гармоничным типом отношения к болезни характеризуются экстернальностью в области семейных и межличностных отношений.

3) Показатель по шкале «агрессивность» у пациентов с эргопатическим, анозогнозическим, эргопатически-сенситивным, эргопатически-анозогнозическим типам отношения к болезни выше, чем у пациентов с гармоничным типом отношения к болезни.

4) Все исследуемые пациенты демонстрируют высокий уровень копинг-стратегий «поиск социальной поддержки», «самоконтроль», «планирование решения проблемы». Пациентам с гармоничным типом отношения к болезни свойственен наибольший набор копинг-стратегий (по сравнению с другими пациентами, перенесшими инфаркт миокарда), в т.ч. стратегия «положительная переоценка», наличие которой согласно исследованиям, коррелирует с приверженностью пациентов к лечению.

5) Пациенты с эргопатическим, анозогнозическим, эргопатически-сенситивным, эргопатически-анозогнозическим, тревожным и диффузным типами отношения к болезни, характеризуются меньшей приверженностью к терапии, чем пациенты с гармоничным типом отношения к болезни, в связи с чем врачам-кардиологам рекомендовано определение типа отношения пациента к болезни и дальнейшее взаимодействие с ним с учетом приведенных рекомендаций.

Теоретико-методологической основой исследования являются: концепция внутренней картины болезни, введенная Р.А. Лурией и развитая множеством отечественных и зарубежных ученых в их трудах о реакциях пациентов на болезнь и типах отношения к болезни (Е.А. Шевалев, В.В. Николаева, И.К. Шхвацабая, Д.М. Аронов, В.П. Зайцев, А.В. Квасенко и Ю.Г. Зубарев, Д.Г. Бирн, З.Д. Липовски, Р.Баркер, Р. Конечный и М. Боухал, М.Кабанов, А.Личко, В.Смирнов и другие), типологический подход к изучению личности, основанный К.Г. Юнгом и рассмотренный в ракурсе поведенческих типов (Х.Ф. Данбар, М. Фридман, Р. Розенман, Беарфут, Уильямс, Шеккеле и другие). Выявление индивидуально-типологических особенностей личности также было основано на работах клинических исследователей (Л.И. Вассерман, А.Я. Вукс, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова, С. Хатуэй, Дж. МакКинли, Л.Н. Собчик), концепциях о локус контроле (Дж. Роттер, Е.Ф. Бажин, Е.А. Голынкина, Л.М. Эткин) и копинг-стратегиях (Р. Лазарус, С. Фолкман, Т.Л. Крюкова, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляева, Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Е.Р. Исаева, Е.А. Трифонова, О.Ю. Щелкова, М.Ю. Новожилова). Для разработки рекомендаций медико-психологического сопровождения пациентов кардиологического профиля использовались работы клинических специалистов и исследователей (Б.Д. Карвасарский, А.А. Александров, В.Д. Тополянский, М.В. Струковская, М.К. Николаев, В.Я. Неретин, А.Ш. Тхостов, Т.В. Фофанова и другие).

Методы исследования: для решения поставленных задач в работе были использованы теоретические, эмпирические методы, а также методы количественной обработки данных:

1) Теоретические методы: анализ, сравнение, систематизация психологических сведений по теме исследования.

2) Эмпирические методы: для выявления типа отношения пациента к болезни использовалась методика «Тип отношения к болезни» (Л.И. Вассерман, А.Я. Вукс, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова), для оценки локуса контроля поведения пациента применялся опросник «Уровень субъективного контроля» (методика Дж.Роттера в адаптации Е.Ф. Бажина, Е.А. Голынкиной, Л.М. Эткинда), для определения копинг-стратегий, используемых пациентом при совладании с жизненными трудностями применялся опросник «Способы совладающего поведения» (методика Р. Лазаруса и С. Фолкмана в адаптации Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяка, М.С. Замышляевой и дополнительной стандартизации Л.И. Вассермана, Б.В. Иовлева, Е.Р. Исаевой, Е.А. Трифоновой, О.Ю. Щелковой, М.Ю. Новожиловой), для проведения личностной психодиагностики применялся индивидуально-типологический опросник (Л.Н. Собчик).

3) Математико-статистические методы: критерий Манна-Уитни для оценки достоверности различий выборок по изучаемому признаку, критерий Спирмена для проведения корреляционного анализа. Вычисления выполнены с помощью программы Microsoft Office Excel 2007 и с помощью пакета программ статистической обработки данных «Statistica 7.0».

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ТЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

1.1 Факторы, влияющие на возникновение сердечно-сосудистых заболеваний

Сердечно-сосудистые заболевания остаются главной причиной смертности во всем мире. На долю сердечно-сосудистых заболеваний приходится 17,5 миллионов смертей в год. По прогнозам Всемирной организации здравоохранения, к 2030 году смертность от сердечно-сосудистых заболеваний достигнет около 24 миллионов в год. Доля болезней системы кровообращения в общей структуре смертности в Российской Федерации составляет более 56% [2].

В группу болезней сердца и кровеносных сосудов входят:

- ишемическая болезнь сердца – болезнь кровеносных сосудов, снабжающих кровью сердечную мышцу;
- болезнь сосудов головного мозга – болезнь кровеносных сосудов, снабжающих кровью мозг;
- болезнь периферических артерий – болезнь кровеносных сосудов, снабжающих кровью руки и ноги;
- ревмокардит – поражение сердечной мышцы и сердечных клапанов в результате ревматической атаки, вызываемой стрептококковыми бактериями;
- врожденный порок сердца – существующие с рождения деформации строения сердца;
- тромбоз глубоких вен и эмболия легких – образование в ножных венах сгустков крови, которые могут смещаться и двигаться к сердцу и легким.

Инфаркты и инсульты обычно являются острыми заболеваниями и происходят, главным образом, в результате закупоривания сосудов, которое препятствует току крови к сердцу или мозгу. Самой распространенной

причиной этого является образование жировых отложений на внутренних стенках кровеносных сосудов, снабжающих кровью сердце или мозг. Кровотечения из кровеносного сосуда в мозге или сгустки крови могут также быть причиной инсульта. Причиной инфаркта миокарда и инсульта обычно является наличие сочетания таких факторов риска, как употребление табака, нездоровое питание и ожирение, отсутствие физической активности и вредное употребление алкоголя, повышенное кровяное давление, диабет и гиперлипидемия. Другими определяющими факторами для сердечно-сосудистых заболеваний являются нищета, стресс и наследственные факторы [1].

Такова краткая информация по классификации сердечно-сосудистых заболеваний и причинам их возникновения согласно Всемирной организации здравоохранения.

Тем не менее, множество проведенных исследований в данной области, выявили, что перечисленные факторы риска отсутствуют более чем в половине случаев ишемической болезни сердца в клинической практике, и наоборот, лица, которые употребляют большое количество жирной пищи, ведут малоподвижный образ жизни и курят, могут не страдать сердечно-сосудистыми заболеваниями [3, 4, 5, 6]. При этом приводятся свидетельства существенного влияния на возникновение сердечно-сосудистых заболеваний психосоциальных факторов. Наибольшее значение из них имеют: депрессия, тревога, индивидуально-личностные черты, отсутствие социальной поддержки, стресс. Данные факторы оказывают как прямое воздействие на формирование заболевания: рост содержания холестерина, повышение артериального давления, увеличение объема крови, рост частоты сердечных сокращений в результате реакции на стресс, так и косвенное воздействие, выражающееся в негативных поведенческих реакциях: переедание, курение, злоупотребление алкоголем, снижение физической активности, которые провоцируются отрицательным воздействием указанных психологических факторов [4, 6, 7, 8].

1) Основные признаки клинической депрессии – это подавленное настроение, утрата способности переживать радость, негативные суждения, пессимизм, суицидальные мысли, снижение самооценки, ощущение безнадежности, вины, психомоторное возбуждение или заторможенность. Депрессия является фактором риска заболеваемости и смертности у пациентов с ишемической болезнью сердца, особенно после острого коронарного синдрома. Большинство исследований показало, что депрессия является важным расстройством, которое приводит к увеличению риска сердечно-сосудистых заболеваний, повторной госпитализации и смертности от ишемической болезни сердца. Так, вероятность смерти в течение 6 месяцев после инфаркта миокарда при присоединении депрессии увеличивается в 3-4 раза (N. Frasure-Smith, F. Lasperance). Распространенность депрессии на 20% выше у пациентов с сердечной недостаточностью, чем у здоровых людей. Было установлено, что депрессия является фактором риска в этиологии ишемической болезни сердца [6, 28]. Депрессивный синдром оказывает негативную роль на приверженность пациента к терапии: пациенты с депрессией хуже расстаются с вредными привычками, такими как курение, переедание.

Кроме того, во многих научных работах говорится о психобиологических механизмах влияния депрессии на сердечно-сосудистую систему [3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11].

При депрессии происходит нарушение регуляции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, что выражается в повышенной выработке глюкокортикоидов и катехоломинов, а также нарушение серотонинергических и адренергических путей передачи сигналов, накопление метаболитов, таких, как гомоцистеин, фактор активации тромбоцитов и ряда других.

Указанные нарушения провоцируют риск развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Так, биологически активный глюкокортикоидный гормон кортизол подавляет выработку гормона роста и гонадотропных гормонов, что повышает риск преждевременного развития сердечно-сосудистых заболеваний. Кроме того кортизол регулирует углеводный обмен организма и его повышение ведет к набору жировой массы при снижении мышечной массы, риску развития сахарного диабета 2 типа, а избыток жировой ткани стимулирует выработку кортизола.

Повышенный уровень катехоламинов вызывает спазм сосудов, что приводит к повышению артериального давления и нагрузки на сердце.

Длительное воздействие серотонина приводит к пролиферативным процессам в эндотелии и утолщению створок клапанов сердца. Серотонин повышает активность тромбоцитов и их склонность к агрегации, что в конечном итоге влияет на формирование тромбов и развитие атеросклероза. Кроме того, серотонин модулирует синтез провоспалительных цитокинов. Гиперпродукция цитокинов ведет к развитию системной воспалительной реакции, в связи с чем возникает иммунное воспаление, которое способствует дестабилизации атеросклеротических бляшек, их разрыву и тромбозу на поздних стадиях атеросклероза.

Отмечается, что у пациентов с депрессией наблюдается уменьшение variability сердечного ритма, на что влияют автономная нервная система и эмоциональное состояние.

2) Тревожное расстройство часто не имеет источника угрозы, либо он сильно преувеличен и характеризуется состоянием напряженности, ощущением опасности, страха, неопределенности, настороженности, снижением либидо, падением способности к концентрации, чувством «кома в горле», а также соматическими расстройствами: тахикардией, гипервентиляцией, мышечным напряжением, диареей, потливостью и т.д. Исследования подтверждают связь тревожных расстройств и внезапной коронарной смерти, кроме того, выявлены корреляции между тревогой и риском повторного инфаркта миокарда [4]. Исследования показывают, что

соматические симптомы тревоги связаны с повышенным риском развития ишемической болезни сердца у женщин. Это открытие подтверждает физиологический путь взаимосвязи между психологическими факторами, в частности беспокойством, и ишемической болезнью сердца [6].

Хотя данные свидетельствуют о том, что тревога оказывает неблагоприятное влияние на прогноз у пациентов с ишемической болезнью сердца независимо от депрессии, роль тревоги как этиологического фактора риска менее ясна. Например, в статье «Psychological factors and coronary heart disease», авторов Zohreh Khayyam – Nekouei, Hamidtaher Neshatdoost, Alireza Yousefy, Masoumeh Sadeghi и Gholamreza Manshaee приводится исследование, в котором указано, что высокий и низкий уровень тревожности не оказывают значительного влияния на сердечно-сосудистую реакцию, также как и выражение гнева и его отсутствие. Но проявления выражений и управления гневом и уровни тревожности оказали противоположное влияние на сердечно-сосудистые реакции. Т.е. внешнее (поведенческое) проявление гнева вкупе с высоким уровнем тревоги связаны с низкой сердечно-сосудистой реакцией (сердечный ритм), а внешнее проявление гнева при низком уровне тревоги связаны с высокой сердечно-сосудистой реакцией. Напротив, отсутствие проявлений гнева при высоком уровне тревоги связаны с высокой сердечно-сосудистой реакцией, а отсутствие проявлений гнева при низком уровне тревоги связаны с низкой сердечно-сосудистой реакцией [6].

Таким образом, можно говорить также о связи между развитием и течением сердечно-сосудистых заболеваний и индивидуально-личностными особенностями человека.

3) Еще в 1930-ых годах американский психоаналитик Хелен Фландерс Данбар с помощью клинических исследований в области психосоматики сделала вывод о наличии определенных черт у больных с одинаковыми диагнозами. Сердечный тип пациентов она охарактеризовала как выдержанных, способных к деятельности с большой последовательностью и

самообладанием, они могут отказаться от непосредственного удовлетворения своих потребностей ради достижения отдалённой цели.

В 1960-ых годах американские кардиологи Мейер Фридман и Рэй Розенман открыли и описали поведенческий тип А, который характеризуется враждебностью, интенсивными амбициями, конкурентным стремлением, постоянной заботой о сроках. Данная модель поведения скрывает глубокую беззащитность, неуверенность. Тип В представляет собой противоположные поведенческие реакции. Люди, принадлежащие к типу В не проявляют враждебности, не подвержены спешке и жажде соревнований. В результате проведенных лонгитюдных исследований среди людей типа А было выявлено больше больных с ишемической болезнью сердца, чем среди людей типа В. Кроме того было обнаружено, что вероятность повторного приступа у людей типа А, перенесших инфаркт выше, чем у людей типа В, также перенесших инфаркт, и у людей типа А инфаркты проходят тяжелее. Однако у людей типа А обычно больше шансов выжить после сердечного приступа, чем у людей типа В. Поведенческий тип А может проявляться как у мужчин, так и у женщин.

Позднее было выявлено, что не всегда поведенческий тип А обнаруживает связь со смертностью или продолжительностью пребывания в кардиологических отделениях. Исследователи обнаружили, что существуют так называемые «токсичные» компоненты типа А (агрессивность, враждебность, нетерпимость, раздражительность, озлобленность) и «нетоксичные» (стремление к достижению). И именно «токсичные» компоненты коррелируют с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

В рамках концепции агрессивного поведения Гюнтера Аммона рассматривается три вида агрессии:

- конструктивная (открытое прямое проявление агрессии в социально приемлемой форме или с социально позитивным результатом),
- деструктивная (открытое прямое проявление агрессии в социально неприемлемой форме или с социально негативным результатом),

- дефицитарная (связанная с дефицитом соответствующих поведенческих навыков и вследствие этого – с недостаточным отреагированием агрессивных побуждений).

Дефицитарная форма агрессии, по данным современных авторов, в наибольшей степени характеризует пациентов с самыми разнообразными формами психосоматической патологии.

Неотреагированная (дефицитарная) агрессия может формировать неадекватную реакцию спазмирования сосудов мозга (гипертоническая болезнь) или коронарных сосудов (ишемическая болезнь сердца). Повышение артериального давления является адекватной реакцией на экстремальную внешнюю ситуацию, но хронически повышенное артериальное давление может поддерживаться подавленной неосознаваемой агрессивностью.

Не так давно была предложена новая конструкция личности – тип Д или «проблемная личность». Этот тип личности характеризуется совместной тенденцией испытывать отрицательные эмоции и препятствовать их выражению, избегать социальных контактов с окружающими, проявлением раздражительности, угрюмости, агрессивности, трудностями в управлении межличностными отношениями. Распространенность типа Д варьируется от 13% до 25% в общей популяции и от 26% до 53% у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Оба компонента типа Д (отрицательная эмоциональность и социальная изоляция) связаны с большей реактивностью кортизола к стрессу. Повышенный кортизол может быть опосредующим фактором в связи между личностью типа Д и повышенным риском развития ишемической болезни сердца [3, 4, 6, 8, 12].

4) Во многих исследованиях отсутствие социальной поддержки было указано как предиктор развития ишемической болезни сердца и смертности среди обоих полов. Одиночество или неудовлетворительная социальная поддержка повышают риск развития сердечно-сосудистых заболеваний в 2-3 раза и в 3-5 раз для женщин и мужчин соответственно. Связи между

социальной изоляцией и отсутствием социальной поддержки с ишемической болезнью сердца выявлены среди людей, которые живут в разных странах и имеют различные возрастные группы.

Кроме того, пациенты, перенесшие ишемическую болезнь сердца и имеющие социальную поддержку, показывают более низкий уровень тревожности, результаты их лечения лучше, чем у пациентов, которые не имеют такой поддержки [4, 6].

5) Исследования показывают, что острые и хронические психологические стрессоры связаны с острыми коронарными синдромами. Внезапную смерть могут спровоцировать такие острые стрессоры, как землетрясение или потеря ребенка. Хронический стресс повседневной жизни, в том числе связанный с профессиональной деятельностью, является одним из значимых факторов риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний [4, 6, 8].

Исследования ученых с помощью шкалы социальной адаптации (Холмс, Раэ) подтвердили, что люди, испытывающие большую стрессовую нагрузку, страдают более серьезными заболеваниями, чем люди, жалующиеся на небольшой стресс. В соответствии с их теорией жизненных событий в течение года человек переживает, в среднем, около 150 заметных жизненных изменений. Если их число возрастает более чем в два раза, то вероятность психосоматического заболевания составляет в среднем около 80%. Если число таких событий несколько меньше (от 150 до 300), то риск заболеваний – 50%. Также учеными (Лазарус) было выдвинуто предположение о том, что ежедневные бытовые проблемы, конфликтные ситуации из-за хронического характера более вредны для здоровья, чем глобальные жизненные изменения [3].

Изучение связи между неблагоприятными психосоциальными характеристиками на работе и риском развития ишемической болезни сердца среди мужчин и женщин с низким уровнем контроля над работой показало

более высокий риск впервые диагностированной ишемической болезни сердца [6].

Стресс, также как и другие психологические факторы, включает механизмы как опосредованного негативного влияния (через паттерны саморазрушительного поведения), так и физиологически – через влияние на эндокринную, нервную и иммунную системы организма.

Проведя анализ научной литературы, выявлено, что большинство исследований по риску и развитию сердечно-сосудистых заболеваний сосредоточены на биологических факторах (возраст, генетическая предрасположенность) и образе жизни. Однако, множество исследований доказывают важную роль влияния психосоциальных факторов на данную проблему. Таким образом, можно сделать вывод о наличии признаков психосоматической природы сердечно-сосудистых заболеваний.

Ю.М. Губачев и Е.М. Стабровский выделяют ряд вариантов развития психосоматических заболеваний:

1) ситуационный (первично-психогенный) вариант, при котором на первом плане среди разнообразных этиологических факторов находятся длительно воздействующие психологически неблагоприятные жизненные условия, столь длительные и интенсивные, что даже развитые защитные и компенсаторные возможности, как на биологическом, так и на психологическом уровне, не ограждают от формирования соматических расстройств;

2) личностный вариант, когда главным условием формирования соматической патологии выступает психологически деформированная личность, которая обуславливает неадаптивный тип психологического реагирования, становление хронизированного эмоционального напряжения. К данному варианту, по мнению П.И.Сидорова и А.В.Парнякова, можно отнести также и формирование болезни через определенные патологические привычки, такие, например, как переедание, алкоголизм, – привычки, имеющие личностную обусловленность;

3) церебральный вариант, при котором отмечаются органические нарушения центральной нервной системы, связан с нарушениями регуляторных механизмов эмоциональных переживаний. Органическая патология обуславливает характерные, так называемые органические особенности аффекта: застойность, ригидность, вязкость, инертность эмоциональных процессов с фиксированностью эмоционально-негативных переживаний, со склонностью к «саморазвитию» аффекта, когда его «обрастание» разнообразными переживаниями происходит уже независимо от внешних воздействующих раздражителей. Формирование соматического заболевания может быть связано в этом случае с чрезмерной силой и длительностью аффективного реагирования, обусловленного структурой самого аффекта при органическом поражении головного мозга;

4) соматический (биологический) вариант, о котором говорят при наличии генетических соматических предпосылок, обуславливающих развитие грубой органической патологии при наличии психологически благоприятной, комфортной ситуации и гармоничной личностной структуры. Как правило, в этих условиях заболевание формируется по механизмам, непонятным с одной лишь психологической точки зрения.

К сожалению, психосоциальные факторы все еще не признаются клинически. Зачастую врачи говорят о том, что данные факторы четко не проявляются в клинической практике. Возможно, это связано с тем, что психосоциальные факторы являются скорее предикторами развития сердечно-сосудистых заболеваний, чем неизбежными причинами, а их влияние может быть различным для каждого отдельного пациента. Кроме того, зачастую за время клинической консультации те или иные психологические характеристики не проявляются, т.к. требуют наличия определенных факторов воздействия, дополнительных инструментов диагностики.

Тем не менее, значимость психосоциальных факторов в развитии сердечно-сосудистых заболеваний и их прогнозе не снижается и постоянно

изучается с целью выявления дополнительных инструментов для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, повышению результативности их лечения.

1.2 Внутренняя картина болезни при сердечно-сосудистых заболеваниях

Отношение пациента к болезни во многом определяет качество терапии, ее продолжительность и эффективность, скорость восстановления больного после перенесенного заболевания и возвращения к социальным и бытовым ролям на максимально возможном при сложившихся обстоятельствах уровне.

Совокупность представлений пациента о своей болезни и ее причинах, его эмоции, чувства и поведение по отношению к себе и окружающим, связанные с болезнью и восстановлением после нее, представляют собой внутреннюю картину болезни.

Впервые о выделении из общей картины заболевания субъективных ощущений пациента в 1898 году заговорил А. Гольдшейдер, который назвал данную составляющую «аутопластической картиной болезни». В 1936 году Е.А. Шевалев ввел термин «переживание болезни», а в 1977 советским ученым Р.А. Лурией введено понятие «внутренняя картина болезни».

Р.А. Лурия в своих работах развил идеи А. Гольдшейдера о структуре внутренней картины болезни, состоящей из:

- Сенситивной части – ощущения, которые переживает пациент в связи с болезнью
- Интеллектуальной части – размышления больного о своей болезни.

В 1976 году В.В. Николаевой понятие внутренней картины болезни было дополнено еще двумя компонентами, в результате чего приобрело четырехуровневую структуру, состоящую из:

- Уровня непосредственно-чувственного отражения болезни (сенситивный уровень);

- Эмоциональный уровень (эмоциональные реакции на саму болезнь и ее последствия);
- Интеллектуальный уровень (знания о заболевании, рациональная оценка болезни);
- Мотивационный (волевой) уровень (возникновение новых мотивов и перестройка существовавшей до заболевания мотивационной структуры, что связано с необходимостью изменения привычного образа жизни, отказа от вредных привычек и т.п.).

Классификации типов отношения к болезни посвящено множество работ как отечественных, так и зарубежных авторов. Приведем некоторые из них.

И.К. Шхвацабая, Д.М. Аронов, В.П. Зайцев в 1978 выделили два варианта личностных реакций на инфаркт миокарда:

1) адекватные (нормальные) психологические реакции:

- пониженная (с элементами анозогнозии): настроение больного спокойное, при более углубленном анализе проявляются признаки частичного «отрицания» болезни, недооценки своего состояния;
- средняя: характеризуется адекватной и разумной оценкой больным своего состояния, тяжести заболевания и его последствий, больной доверяет врачу, соблюдает врачебные предписания;
- повышенная: больной неукоснительно выполняет предписания врача, но склонен пессимистически оценивать последствия заболевания;

2) патологические (невротические) реакции:

- кардиофобическая: проявляется боязнью повторного инфаркта, приступами острого страха, чрезмерной осторожностью, особенно при физической нагрузке;
- депрессивная (тревожно-депрессивная): характеризуется проявлением у больного апатии, пессимизма, раздражительностью, тревогой, страхом за исход заболевания;

- ипохондрическая (депрессивно-ипохондрическая): переоценка больным тяжести своего состояния, множество жалоб на боли, чрезмерная фиксация больным внимания на своем состоянии;

- истерическая: больной проявляет демонстративность, эгоцентризм, пытается привлечь к себе внимание, ищет сочувствия;

- анозогнозическая: полное отрицание болезни, нарушение врачебных предписаний.

С концепцией внутренней картины болезни перекликается понятие «соматонозогнозия», использованном А.В. Квасенко и Ю.Г. Зубаревым в 1980 году. Согласно их работам отношение пациента к своему заболеванию может быть результатом следующих позиций:

1) Нормосоматонозогнозия: при таком типе личностного реагирования на болезнь пациент правильно оценивает свое состояние и возможности дальнейшего развития ситуации. Его представления совпадают с трактовкой врачей, отношение к болезни адекватное. Больной позитивно относится к лечебно-диагностическим и реабилитационным действиям и рекомендациям. Он проявляет активность в борьбе с болезнью, стремится найти наиболее оптимальный выход из сложившейся ситуации, преодолеть ее или приспособиться к ней.

В данной позиции выделяются два подтипа реагирования:

- Когда пациент проявляет активность, целеустремленность и волевые качества во время лечения и реабилитации;

- Когда пациент характеризуется пассивностью при сохранении адекватной оценки болезни и ее последствий.

2) Гиперсоматонозогнозия: при таком типе личностного реагирования на болезнь пациенту свойственна переоценка заболевания, его симптомов, последствий, влияния на профессиональную деятельность и социальную адаптацию. Такая оценка не соответствует объективной опасности заболевания, но ведет к концентрации внимания и усилий пациента, направленных на выздоровление.

В данной позиции также выделяются подтипы:

- Когда пациент проявляет тревогу, ухудшение настроения, постоянные мысли о болезни, однако, переоценивая тяжесть состояния, пациент не считает его безнадежным, активен в плане обследования и лечения, может пытаться найти более «квалифицированных» по его мнению специалистов, искать информацию по поводу заболевания и лечения, самопроизвольно вносить коррективы в терапию;

- Когда пациент проявляет ухудшение настроения, но без тревожности, пассивность, пессимизм по отношению к выздоровлению. При этом такие пациенты характеризуются неукоснительным выполнением всех предписаний врача.

3) Гипосоматонозогнозия: при таком типе личностного реагирования на болезнь пациенту свойственна недооценка серьезности болезни и ее последствий по сравнению с объективной оценкой. Больным с гиперсоматонозогнозией чаще всего свойственны черты ригидности, с склонностью к застреванию на переживаниях, в частности, касающихся соматического здоровья.

4) Диссоматонозогнозия: при таком типе личностного реагирования на болезнь пациенту свойственно отрицание наличия болезни и ее симптомов. Хотя диссоматонозогнозии и приближаются к гипосоматонозогнозиям, они, однако, имеют качественные различия. В первом случае речь идет о полном непризнании болезни, во втором – ее недооценке. Это, конечно, не исключает возможности переходных форм между ними.

Диссоматонозогнозические реакции могут быть различными: непризнание болезни из-за боязни пациентом возможного отрицательного отношения к нему других людей, вытеснение мыслей о болезни из-за страха перед ее последствиями, осознанное искажение оценки болезни, вызванное желанием больного получить определенную выгоду в связи с заболеванием.

Д.Г. Бирн делает упор на зависимость между реакцией на болезнь и прогнозом заболевания, в связи с которой выделяет 1982 году следующие типы:

- фиксация на болезни;
- психосоциальные переживания;
- аффективный срыв;
- аффективное торможение;
- осмысление болезни;
- субъективное напряжение;
- уход в болезнь;
- вера во врача.

Интересный подход к изучению внутренней картины болезни предложен З.Д. Липовски (1983 год). В его работах изложена типология «психосоциальных реакций на болезнь», которые состоят из трех видов реакций:

1) Реакции на информацию о заболевании («значение болезни»), которые зависят от того, как воспринимается болезнь:

- болезнь-угроза или вызов, а тип реакций - противодействие; тревога; уход; борьба;
- болезнь-утрата, соответствующие типы реакций: депрессия или ипохондрия; растерянность; горе; попытка привлечь к себе внимание; нарушение режима;
- болезнь-выигрыш или избавление, а типы реакций притом: безразличие; жизнерадостность; нарушение режима; враждебность по отношению к врачу;
- болезнь-наказание, при этом возникают реакции типа угнетенности, стыда, гнева.

2) Эмоциональные реакции на болезнь: тревога, горе, депрессия, стыд, чувство вины.

3) Реакции преодоления болезни дифференцируются по преобладанию в них когнитивного или поведенческого компонента.

Когнитивный стиль преодоления характеризуется:

- преуменьшением личностной значимости болезни, либо
- пристальным вниманием ко всем ее проявлениям.

Поведенческий стиль также имеет несколько разновидностей:

- борьба (активное сопротивление);
- капитуляция перед болезнью;
- попытка «ухода».

Результатом исследований реакций на болезнь стали работы, выделяющие определенные типы отношения пациента к заболеванию.

Группа ученых во главе с Р.Баркером в 1946 году на основании исследования группы женщин с физическими недостатками предложили свою классификацию отношения больных к заболеванию, в которой выделяет 5 типов:

1) Избегание дискомфорта: сопровождается уходом в себя, аутизацией, характерен для пациентов с низким уровнем IQ, ограниченностью интересов, а также возникает при длительном течении заболевания и у лиц пожилого возраста.

2) Замещение: больной находит новые средства достижения жизненных целей, адаптируясь к новым условиям, возможностям и ограничениям, диктуемым болезнью, характерен для высокого IQ.

3) Игнорирующее поведение: характеризуется стремлением вытеснить признание дефекта, ограниченность возможностей в связи с болезнью, возникает у лиц со средним IQ, но высоким образовательным уровнем.

4) Компенсаторное поведение: подразделяется на:

- циклическое приспособление, для которого характерны периоды «подъема и спада»;

- фаталистическое отношение, главным образом, к будущему;
- параноидное приспособление, с тенденцией агрессивного переноса неадекватных переживаний на окружающих;

- выраженные агрессивные реакции.

5) Невротические реакции.

Чешские ученые Р. Конечный и М. Боухал в 1982 году описали следующие типы отношений к болезни:

- нормальное (соответствует объективной тяжести болезни);
- пренебрежительное (недооценка тяжести болезни);
- отрицающее (игнорирование факта болезни);
- нозофобное (имеет место понимание того, что опасения преувеличены, но преодолеть своих опасений больной сам не может);

- ипохондрическое («уход в болезнь»);
- нозофильное (больной получает удовлетворение от того, что болезнь освобождает его от обязанностей);

- утилитарное (получение выгоды от болезни – моральной или материальной).

Каждый из этих вариантов воплощается в поведении и системе установок, ценностей, ожиданий человека, в готовности и возможности сотрудничать с врачом по преодолению болезни, вести внутренний диалог для создания отношения к своей болезни.

В 1980 году группой отечественных ученых Психоневрологического института им.В.М. Бехтерева в результате многолетнего изучения и апробирования в клинике предложен личностный опросник, (тест ЛОБИ – Личностный Опросник Бехтеревского Института), диагностирующий специфические, личностно окрашенные типы отношения к болезни (М.Кабанов, А.Личко, В.Смирнов).

Данная типология построена, исходя из предполагаемого влияния таких факторов, как природа заболевания, отношение к болезни и тип

личности. Блок типов отношений, которые не предполагают нарушение адаптации:

1) Гармоничный тип реагирования предполагает отсутствие переоценки и недооценки тяжести заболевания, активное содействие рекомендациям по лечению и их исполнение, гибкость в изменении интересов в сторону доступных, забота об окружающих в случае неблагоприятного исхода.

2) Эргопатический тип предполагает увеличение количества рабочих часов, «уход в работу».

3) Анозогнозический тип реагирования состоит в активном отрицании тяжести и прогноза болезни, приписывании причин случайным обстоятельствам, отказе от лечения.

Типы реагирования на болезнь, для которых характерно наличие психической дезадаптации:

4) Тревожный тип реагирования характеризуется мнительным беспокойством относительно течения и прогноза болезни, что подталкивает таких пациентов к постоянному поиску новой информации о болезни, новых методов лечения, результатов обследования, авторитетного мнения.

5) Ипохондрический тип реагирования предполагает преимущественную ориентацию на собственные ощущения, имеющие болезненное или неприятное качество, их преувеличенное значение. Для пациентов с таким типом реагирования характерно сочетание упорного стремления лечиться и опасения получения вреда от процесса лечения.

6) Неврастенический тип реагирования предполагает непереносимость боли, реагирование по типу «раздражительной слабости», когда вспышка гнева на почве недомогания сменяется слезливым раскаянием.

7) Меланхолический тип реагирования характеризуется пессимистическим видением прогнозов и их активной трансляции несмотря на объективные данные, опровергающие данную точку зрения.

8) Эйфорический тип реагирования предполагает необоснованно повышенное настроение, которое создает ощущение искусственного, чрезмерно легкомысленное отношение к болезни.

9) Апатический тип реагирования – особое безразличное отношение пациентов к своему состоянию здоровья, резко суженный круг их интересов.

10) Обсессивно-фобический тип предполагает фиксацию на крайних, маловероятных вариантах негативного течения болезни и лечения, так и активным привлечением ритуалов к защите от возникающей тревоги.

11) Сенситивный тип реагирования характеризуется страхами неприятия в связи со своей болезнью.

12) Эгоцентрический тип занят привлечением к себе максимального количества внимания за счет выставления тяжести и сложности переживания болезни в качестве особого права на исключительную заботу.

13) Паранойальный тип характеризуется стремлением объяснить для себя болезнь и неприятные переживания в течение лечения результатом злобного умысла.

14) Дисфорический тип представляет собой тоскливо-озлобленное настроение.

Определенную роль в формировании той или иной позиции играют и такие факторы, как формулировка диагноза (опасность для жизни, с которой он ассоциируется), возможность влиять на проявления болезни («контролируемость» симптомов), ограничения, налагаемые соматическим страданием на бытовую и профессиональную деятельность. Среди клинических проявлений, влияющих на образование нозогенных реакций, необходимо выделить особенности динамики соматического заболевания с острыми нарушениями жизненно важных функций (например, ишемия миокарда), которые сопровождаются витальным страхом и паническими атаками. Немаловажную роль в формировании картины болезни играют и частые обострения основного заболевания, особенно в тех случаях, когда эти

обострения связываются в сознании больных с неблагоприятными внешними (и в том числе эмоциональными) воздействиями.

Некоторые авторы отмечают, что нет однозначной зависимости между характером телесных страданий (физических недостатков) и типом личностной реакции на заболевание, что в гораздо большей степени тип реакции зависит от длительности заболевания, его тяжести и интеллектуальных возможностей человека.

Так, А. Хуллек (1969 год) предлагает учитывать следующие факторы в качестве важнейших при возникновении реагирования на заболевание:

- 1) продолжительность заболевания;
- 2) тяжесть нарушений и диапазон ограничений, вызванных болезнью;
- 3) вид инвалидности;
- 4) возраст перехода на инвалидность;
- 5) уровень интеллектуального развития;
- 6) особенности преморбидной личности.

Некоторые ученые (Р.Конечный, М.Боухал) отмечают, что внутренняя картина болезни зависит от влияния ряда факторов:

- 1) характер заболевания (острая или хроническая болезнь, наличие или отсутствие болей, косметических дефектов, инвалидизация и т.д.);
- 2) обстоятельства, в которых протекает болезнь (появление новых проблем в семье, в профессиональной деятельности, в ближайшем социальном окружении и т.д.);
- 3) преморбидное состояние пациента, его личностные особенности;
- 4) социальное положение больного до заболевания.

Отечественными психологами выделены ряд критериев, по которым оцениваются изменения личности больного:

- 1) изменение содержания ведущего (главного) мотива деятельности, формирование нового мотива;
- 2) замена содержания ведущего мотива содержанием более низкого мотива;

3) снижение уровня опосредованности деятельности, то есть деятельность упрощается, целевая ее структура обедняется;

4) сужение основного круга отношений человека с миром, обеднение мотивов;

5) нарушение степени критичности и снижение уровня самоконтроля.

Ряд исследований посвящены изучению такой личностной характеристики, связанной с характером причинного объяснения заболевания (Е.Ф. Бажин и другие, 1985), как локус контроля. Согласно некоторым исследованиям выявлено, что внутренний локус контроля коррелирует с низким уровнем депрессии и повышение уровня интернальности положительно влияет на психологическое и клиническое восстановление (Н. Feifel, S. Straek, V. Tong Nagy, 1987; J. Maeland, O. Havic, 1987). В связи с этим в целях реабилитации важно корректировать локус контроля в ходе психотерапевтических мероприятий (М. Creary, J. Turner, 1984, О.А. Зубарева, 2014).

Большое значение имеют данные об особенностях пациентов, в т.ч. об особенностях их адаптационного потенциала. Исследование по выявлению клиничко-психологических особенностей адаптационного потенциала личности у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями было проведено российскими учеными в 2016 году. Результаты данного исследования озвучены в работе Е.Ю. Лазаревой. В рамках проведенной работы учеными были выявлены особенности пациентов в зависимости от заболевания:

1) у пациентов с ишемической болезнью сердца выявлены: снижение регуляторной активности, недостаточная гибкость адаптационного потенциала, высокая степень контроля за проявлением чувств, обращением к ресурсам религии, отсутствие гармонии в семейных отношениях, категоричность по отношению к самим себе, неудовлетворенность собственной активностью;

2) больные гипертонической болезнью также проявляют недостаточную гибкость, но при высокой регуляторной активности, а кроме

того, прагматичность, низкий уровень веры, неудовлетворенность социальной поддержкой, подверженность влиянию стресс-факторов, высокие требования к себе и окружающим с фиксированностью на негативном опыте, снижение критичности в самооценке;

3) у больных пороками сердца выявлены низкая регуляторная активность и гибкость, религиозное сознание, включенность в позитивные социальные отношения с неудовлетворенностью их уровнем, низкий уровень жизненных трудностей и негативного влияния стресс-факторов, ощущение нехватки материальных ресурсов, когнитивные проявления перфекционизма в отношении окружающих, черты ипохондричности.

В структуре каждой клинической группы были выделены особенности психологического состояния больных [8].

Достаточно много работ посвящено описанию эмоциональных реакций на болезнь, смены различных реакций по мере течения того или иного конкретного заболевания. Например, в клинике инфаркта миокарда выраженные эмоциональные расстройства отмечаются в 2/3 случаев, причем большая часть больных внешне могут казаться беспроблемными. К наиболее тяжелым психическим осложнениям относятся психозы (И.К. Шхвацабая, Д.М. Аронов, В.П. Зайцев). В подавляющем большинстве случаев психозы развиваются на первой неделе инфаркта миокарда, их длительность обычно не превышает 2-5 дней, а частота составляет 6-7%.

По данным некоторых исследований 18% больных, перенесших инфаркт миокарда, подвергаются острому стрессовому расстройству, возникшему как реакция на болезнь, а у 16% пациентов диагностируется посттравматическое стрессовое расстройство [13].

Непсихотические изменения (например, маскированная депрессия) составляют подавляющую часть психических нарушений при инфаркте миокарда и в значительно большей степени, чем психозы, влияют на лечение и восстановление больных. Возникновение эмоциональных реакций связывается со страхом смерти, потерей самоидентичности.

Самыми распространенными и выраженными симптомами у больных инфарктом миокарда являются тревога и депрессия [3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 28], причем тревожные реакции преобладают в период госпитализации, а депрессивные – после возвращения домой, что обусловлено страхом повторного приступа, психологической неподготовленностью к быстрой утомляемости, необходимостью соблюдения режима, отсутствием постоянного медицинского наблюдения.

Большая потребность в психотерапевтической помощи отмечается у больных женского пола (в клинике сердечно-сосудистых заболеваний), что определяется большей выраженностью у них психических изменений (А.А. Гоштаутас, Ю.М. Шлежайте, В.П. Зайцев, Г.С. Трусова, J. Thorson, F. Powell).

Клинические формы изменения личности носят самый разнообразный характер. Они могут проявляться:

- как изменение эмоций – депрессия или эйфория;
- в виде нарушения эмоциональной сферы – апатия, бездушность;
- в виде изменения отношения к себе и к окружающим – ослабление критики, подконтрольности;
- в виде нарушения активности – аспонтанность.

У соматических больных может наблюдаться нарастание эгоцентрического содержания ведущего мотива, особенно при ипохондрических нарушениях личности. Своеобразием структуры мотивационной сферы может быть жесткая подчиненность ее одному мотиву – мотиву переживания страдания.

Среди клинических вариантов пограничных психических расстройств довольно часто при соматических заболеваниях отмечаются психогенные (невротические) реакции на сам факт соматического страдания с преимущественно неврастенической, истерической или обсессивно-фобической симптоматикой. При длительном, хроническом течении соматических расстройств у больных наблюдаются стабилизация невротической симптоматики, формирование неврозов (состояний), а затем и

невротических развитии личности. При этом, как правило, сохраняется и развивается (усложняется) структура психопатологического синдрома, который был лишь намечен в первый период возникновения невротической реакции.

Эта динамика определяется, с одной стороны, психотравмирующими факторами и личностными особенностями больного, с другой – закономерностями течения основного болезненного процесса, в той или иной степени изменяющего психическую деятельность. Необходимость пребывания в стационаре, соблюдения постельного режима, изменение в связи с болезнью привычного образа жизни, по сути, играют роль психогенных (зачастую хронических) воздействий, в значительной мере обуславливающих развитие психопатологических расстройств. Однако в большинстве случаев здесь четко выявляется также недостаточность (органическая или функциональная) различных органов и систем, что независимо от психогенных переживаний больного ведет к определенной перестройке организма. Общим в клинической картине у всех подобных больных является наличие психической астенизации. Картина имеющихся соматических проявлений как бы «окрашивается» астенической симптоматикой, являющейся неотъемлемой частью основного болезненного процесса и выражающейся в повышенной утомляемости, дневной сонливости, адинамии, аффективной лабильности, раздражительности, вспыльчивости, гиперестезии, ослаблении внимания и памяти. Эти расстройства нередко сочетаются с головной болью, головокружением, шумом в ушах, вазовегетативными нарушениями (тахикардия, усиленная потливость, колебания артериального давления, вегетососудистые пароксизмы) [38].

Для больных, находящихся в терапевтическом и кардиологическом отделениях, наиболее характерным синдромом является кардиофобия. Незначительные изменения со стороны сердечной деятельности, возникающие после волнения, умственной или физической перегрузки,

приведшей к состоянию длительной астенизации, вызывают у больных стойкую уверенность в наличии сердечного заболевания и обусловленный этим страх смерти. Таким больным свойственно сверхценное отношение к вопросам своего здоровья вообще и к функции сердца в частности. Они регистрируют малейшие нарушения его деятельности, часто измеряют пульс и артериальное давление, фиксируются на различных неприятных ощущениях в области сердца. Чаще всего это бывает ощущение боли, причем иррадиирующей именно в левую руку и лопатку, что, как известно, типично для ишемической болезни и инфаркта миокарда. От истинных кардиалгий эти боли отличаются неопределенностью (они напоминают то сдавливание, то распирающее, то холод или жжение) и появлением после воздействия какого-либо психотравмирующего фактора. При этом болевые ощущения сопровождаются тревогой, напряжением, беспокойством.

Нарушения, связанные с сердечной деятельностью, в ряде случаев сочетаются с жалобами на затруднение дыхания. Последние чаще всего ограничиваются чувством «нехватки воздуха», спазмами в горле, иногда же возникают тяжелые приступы, выражающиеся в ощущении остановки дыхания и приближения смерти. Речь идет о гиперкапнии, возникающей вторично как результат переживаемого больным навязчивого страха удушья и развития вследствие этого форсированного дыхания.

Другой разновидностью невротоподобных расстройств, относящихся к дыхательной сфере, является синдром нарушенного ритма дыхания. Больные утрачивают ощущение полноценности вдоха, для преодоления чего они глубоко дышат, предпринимают попытки интенсифицировать дыхательные движения, тем самым вызывая искусственную гипервентиляцию. При этом возникает комплекс сопутствующих ощущений в виде легкого головокружения, подташнивания и, что наиболее типично для этих больных, отсутствия потребности во вдохе, являющегося следствием избыточного насыщения крови кислородом и снижения возбудимости дыхательного центра. В связи с утратой произвольности дыхания больные начинают

постоянно контролировать его, отмечая малейшие сбои в дыхательных движениях, их аритмичность, не могут отвлечься от неприятных ощущений, сопровождающих акт дыхания. Они глубоко заглатывают воздух, тем самым стараясь «исправить» нарушенный ритм дыхания, с этой же целью производят дополнительные движения головой, шеей, руками. Обычно отмечается сочетание описанных расстройств с другой невротоподобной симптоматикой, убежденность в серьезности заболевания, навязчивые мысли о неполноценности дыхания, о нарастающем кислородном голодании, чувство тревоги и страха смерти от удушья, подавленное настроение. Все это сопровождается выраженными вегетативными дисфункциями [37]. При совокупном воздействии ряда неблагоприятных факторов реакция на болезнь может приобретать столь выраженный характер, что ее купирование на первых этапах терапии представляется не менее важной задачей, чем непосредственное лечение соматического заболевания.

В последние годы проводятся также исследования по выявлению приверженности пациентов к тем или иным копинг-стратегиям. Так, при исследовании пациенток, перенесших инфаркт миокарда, в 2010 году российскими учеными (Е.В. Строкова, Е.А. Наумова, Ю.Г. Шварц) было выявлено, что большинство пациенток придерживаются стратегии, ориентированной на решение задачи (45%), в 35% случаев преобладающей стратегией является ориентированность на эмоции, в остальных случаях используется стратегия избегания [15]. В 2014 году О.А. Зубаревой опубликованы данные исследования, в ходе которого были обнаружены обратные корреляционные связи между использованием пациентами с перенесенным инфарктом миокарда адаптивных копинг-стратегий и негармоничными типами отношения к болезни [13]. Также в 2014 году М.В. Яковлева и О.Ю. Щелкова привели данные, согласно которым пациенты с ишемической болезнью сердца после коронарного шунтирования, редко использующие копинг-стратегии «конфронтация» и «положительная переоценка», относятся к группе неприверженных к лечению, что может

говорить о том, что им не свойственны положительное переосмысление опыта, рассмотрение проблемы как стимула для личностного роста, а также имеются проблемы с поведенческой активностью, направленной на изменение негативной ситуации или отреагирование эмоций, связанных с ней.

Таким образом, основная цель определения типов внутренней картины болезни – это диагностика экстремальных, опасных (нераспознанных) типов внутренней картины болезни и их психологическая коррекция. Кроме того, простое знание этих типов и их особенностей является необходимым для понимания личности пациента и установления контакта с ним.

1.3 Выводы по первой главе

В соответствии с анализом научной литературы сделаны следующие выводы:

1) Несмотря на объективное влияние биологических факторов и образа жизни на возникновение сердечно-сосудистых заболеваний, они также имеют психосоматическую природу.

2) Наибольшее влияние на возникновение сердечно-сосудистых заболеваний имеют следующие психосоциальные факторы: депрессия, тревога, индивидуально-личностные черты, отсутствие социальной поддержки, стресс.

3) В результате множества исследований выявлены биологические механизмы влияния психосоциальных факторов на сердечно-сосудистую систему.

4) Психосоматические заболевания могут развиваться по следующим вариантам:

- ситуационный (первично-психогенный);
- личностный;
- церебральный;
- соматический (биологический).

5) Выявлены личностные особенности, которые наиболее часто встречаются при кардиопатологиях, это: агрессивность, враждебность, стремление к достижению завышенных целей, что может сопровождаться повышенной тревожностью и развитию депрессивных состояний (тип поведения А), а также тенденция личности испытывать негативные эмоции и одновременно препятствовать их проявлению, добровольная социальная изоляция (тип поведения Д).

б) Внутренняя картина болезни, отношение человека к болезни влияют на готовность пациента сотрудничать с врачом, на преодоления болезни и ее последствий, на качество дальнейшей жизни пациента, в связи с чем определение типа отношения к болезни вкупе с грамотной и своевременной диагностикой и, при необходимости, дальнейшей психологической коррекцией является важнейшей задачей при лечении заболеваний, имеющих психосоматическую природу.

ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

2.1 Организация эмпирического исследования

2.1.1 Характеристика выборки исследования

Эмпирическое исследование было проведено на базе Медицинского объединения «Новая больница» (Городская клиническая больница №33), г.Екатеринбург, с целью выявления индивидуально-типологических особенностей пациентов кардиологического профиля, а также выявления наличия связей между индивидуально-типологическими особенностями указанных пациентов и их типом отношения к болезни. Данное медицинское учреждение оказывает высокотехнологичную медицинскую помощь пациентам кардиологического профиля.

В целях проведения более узконаправленного исследования опрос проводился среди пациентов с диагнозом «ишемическая болезнь сердца: острый инфаркт миокарда». В исследовании приняли участие 73 человека, поступивших с указанным диагнозом в отделение реанимации и интенсивной терапии Медицинского объединения «Новая больница» в 2016-2017 гг. Всем пациентам были выполнены процедуры тробаспирации, чрескожной транслюминальной ангиопластики и стентирования коронарных артерий, в связи с чем дальнейший прогноз и течение заболевания при соблюдении пациентами рекомендаций врача представляются благоприятными. Со всеми пациентами проведены предварительные беседы для получения согласия на участие в данном исследовании. По результатам предварительного анализа (отсеяны не полностью заполненные анкеты) для дальнейшей работы было отобрано 60 анкет.

Возраст испытуемых составил от 33 лет до 77 лет (средний возраст – 54,6 лет), 52 пациента были мужчинами, 8 – женщинами, распределение по

уровню образования следующее: 28 человек с высшим образованием, 24 – со специальным, 8 – со средним. В исследовании участвовали пациенты, не имеющие выраженных психических и когнитивных нарушений.

2.1.2 Методы и методики эмпирического исследования

Для проведения исследования в данной работе использовался комплекс методов:

1) Анализ психологической литературы по теме исследования:

предварительно перед исследованием были изучены научные публикации в области медицины, психологии, как российские, так и зарубежные, содержащие информацию об особенностях пациентов кардиологического профиля, их адаптации к болезни, особенностях её протекания, психологических факторах, влияющих на возникновение заболеваний, особенностях реабилитации таких пациентов, а также об исследованиях, проведенных в данных областях. Благодаря собранной и обработанной информации стало возможным сформировать теоретическую базу для обоснования полученных в результате эмпирического исследования данных, а также сформулировать основные положения и выводы данной работы.

2) Эмпирические методы:

для проведения непосредственного самого исследования и получения эмпирических данных были использованы следующие психодиагностические методики:

1. Методика «Тип отношения к болезни».

Тестовая методика, направленная на диагностику типа отношения к болезни и соответственно названная ТОБОЛ, была сконструирована в лаборатории клинической психологии института им. В.М.Бехтерева как модель мышления клинического психолога и (или) психоневролога, потенциально восполняющая недостаток опыта у врачей-интернистов в квалификации психического состояния и личностной диагностики больного

при отсутствии клинических психологов и психоневрологов во многих клиниках соматического профиля. Методика «Тип отношения к болезни», как указывалось выше, предназначена для психологической диагностики типов отношения к болезни. При такой диагностике была использована типология отношений к болезни, предложенная А.Е.Личко и Н.Я.Ивановым (1980). Методика позволяет диагностировать следующие 12 типов отношения: сенситивный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, эгоцентрический, паранойяльный, анозогнозический, дисфорический, эргопатический и гармоничный. 12 типов отношения к болезни объединены в три блока. При объединении типов в блоки выбраны два критерия: «адаптивность–дезадаптивность», которые отражают влияние отношения к болезни на адаптацию личности больного, и «интер-интрапсихическая направленность» дезадаптации (в случае дезадаптивного характера отношения). Первый блок включает гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы отношения к болезни, при которых психическая и социальная адаптация существенно не нарушается. Второй блок включает тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический типы отношения, для которых характерна интрапсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, обуславливающая нарушения социальной адаптации больных с этими типами реагирования. В третий блок вошли сенситивный, эгоцентрический, дисфорический и паранойяльный типы отношения, для которых характерна интерпсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, также обуславливающая нарушения социальной адаптации больных [16]. Классификация типов отношения к болезни приведена в 1 главе настоящей работы.

Текст опросника состоит из 12 наиболее важных, по мнению автора, жизненных сфер, отражающих систему отношений личности: отношение к болезни, к ее лечению, врачам и медперсоналу, родным и близким, окружающим, работе (учебе), одиночеству, будущему, а также самооценка

самочувствия, настроения, сна и аппетита. Испытуемому предъявляется бланк с 12 группами утверждений, от 10 до 16 утверждений в каждой. В каждой группе он должен выбрать одно или максимум два утверждения, которые наиболее полно описывают его состояние. Если ни одно из утверждений не подходит, нужно выбрать последнее «Ни одно утверждение мне не подходит». Все ответы делаются на специальном бланке. Время заполнения не ограничено. Исследование можно проводить индивидуально или в небольших группах, при условии, что испытуемые не будут советоваться друг с другом [17].

Учитывая гипотезу работы о наличии взаимосвязей между типом отношения пациента к болезни и его индивидуально-типологическими особенностями, использование данной методики является необходимым.

2. Методика субъективного контроля Дж. Роттера («Шкала Дж. Роттера») в адаптации Е. Ф. Бажина, С. А. Голынкиной, А. М. Эткинда.

Для выявления одной из важнейших психологических характеристик человека – степени выраженности личной ответственности за то, что с ним происходит, самостоятельности, способности быть активным в достижении своих целей, в исследовании была применена методика субъективного контроля.

В основе данной методики лежит концепция локуса контроля Дж. Роттера. Однако у Роттера локус контроля считается универсальным по отношению к любым типам ситуаций: локус контроля одинаков и в сфере достижений, и в сфере неудач. При разработке методики субъективного контроля авторы исходили из того, что иногда возможны не только однонаправленные сочетания локуса контроля в различных по типу ситуациях. Это положение имеет и эмпирические подтверждения. В связи с этим разработчики теста предложили выделить в методике диагностики локуса контроля субшкалы: контроль в ситуациях достижения, в ситуациях неудачи, в области производственных и семейных отношений, в области здоровья [18].

Опросник указанной методики включает в себя 44 пункта и сбалансирован по следующим параметрам:

1) по интернальности-экстернальности: половина из пунктов сформулирована таким образом, что положительный ответ на них дадут люди с интернальным уровнем субъективного контроля, а другая – так, что положительный ответ на нее дадут люди с экстернальным уровнем субъективного контроля;

2) по эмоциональному признаку: равное количество пунктов описывают эмоционально позитивные и эмоционально негативные ситуации;

3) по направлению атрибуций: одинаковое число пунктов сформулировано в первом и третьем лицах.

Существует 2 варианта опросника уровня субъективного контроля:

1) Вариант А, предназначенный для исследовательских целей, требует ответа по 6-балльной шкале «-3, -2, -1, +1, +2, +3», в которой ответ «+3» означает «полностью согласен», «-3» — «совершенно не согласен» с данным пунктом;

2) Вариант Б, предназначенный для клинической психодиагностики, требует ответов по бинарной шкале «согласен — не согласен».

В данной работе был использован первый вариант проведения опроса, т.к. он за счет широкого спектра вариантов ответа дает более полную информацию, что важно при проведении исследования.

Учитывая, что опросник уровня субъективного контроля содержит вопросы, оценивающие уровень интернальности в отношении болезни и здоровья, а также затрагивает межличностные отношения, был сделан вывод о целесообразности включения данной методики в проводимое исследование.

3. Опросник «Способы совладающего поведения» Лазаруса.

Методика предназначена для определения копинг-механизмов, способов преодоления трудностей в различных сферах психической деятельности, копинг-стратегий. Данный опросник считается первой стандартной методикой в области измерения копинга. Методика была

разработана Р. Лазарусом и С. Фолкманом в 1988 году, адаптирована Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой в 2004 году, дополнительно стандартизирована в НИПНИ им. Бехтерева Л.И. Вассерманом, Б.В. Иовлевым, Е.Р. Исаевой, Е.А. Трифионовой, О.Ю. Щелковой, М.Ю. Новожиловой [19].

Совладание с жизненными трудностями, как утверждают авторы методики, 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. Можно определить совладающее поведение как целенаправленное социальное поведение, позволяющее справиться с трудной жизненной ситуацией (или стрессом) способами, адекватными личностным особенностям и ситуации, – через осознанные стратегии действий. Это сознательное поведение направлено на активное изменение, преобразование ситуации, поддающейся контролю, или на приспособление к ней, если ситуация не поддается контролю. При таком понимании оно важно для социальной адаптации здоровых людей. Его стили и стратегии рассматриваются как отдельные элементы сознательного социального поведения, с помощью которых человек справляется с жизненными трудностями [19].

Опросник представляет собой 50 утверждений, группируемых в 8 шкал, каждая из которой призвана выявить степень проявления той или иной копинг-стратегии. Напротив каждого из приведенных утверждений испытуемый отмечает, как часто предложенный вариант поведения проявляется у него.

Учитывая, что болезнь, которая может привести к летальному исходу, является сложной жизненной ситуацией, применение в ходе исследования

методики определения совладающего поведения является обоснованным и оправданным.

4. Индивидуально-типологический опросник.

Индивидуально-типологический опросник представляет собой личностную психодиагностическую методку, основанную на теории ведущих тенденций. Разрабатывался Собчик с 1970 года, опубликован в 1995 году как методическое руководство, а в 2003 году – в виде книги «Диагностика индивидуально типологических свойств и межличностных отношений». В основе теоретического обоснования теста – опора на врожденные свойства, которые в процессе социализации трансформируются в черты характера и затем – в особенности личности [20].

Опросник состоит из 8 основных шкал, оценивающих 4 пары полярных качеств: Экстраверсия – Интроверсия, Спонтанность – Сензитивность, Агрессивность – Тревожность и Ригидность – Лабильность. Кроме того, возможно выделение вторичных, «дериватных» (по Собчик) качеств из сочетаний первичных качеств. Вторичных качеств также 8, и они тоже разделены на четыре пары полярных качеств: Лидерство – Зависимость, Конформность – Неконформность, Индивидуализм – Коммуникативность и Конфликтность – Компромиссность. Кроме основных восьми шкал, методика содержит шкалы достоверности: «Ложь» и «Аггравация», позволяющие судить о надежности полученных результатов [20].

Опросник представляет собой 91 утверждение. Испытуемому предлагается, прочитав каждое утверждение, согласится с ним, либо отвергнуть его.

Данный опросник является заключительным в проводимом исследовании и определяет основные свойства личности, ее индивидуально-типологические особенности. Использование индивидуально-типологического опросника в данной работе отвечает поставленным в ней задачам.

Общий бланк опросника, содержащий 4 анкеты и выдаваемый пациентам в ходе исследования, приведен в Приложении.

3) Математико-статистические методы:

Для обработки полученных в ходе исследования данных был проведен статистический анализ. Для оценки достоверности различий выборок по изучаемому признаку, которым является тип отношения к болезни, применен критерий Манна-Уитни. Для проведения анализа с целью выявления корреляционных связей в различных выборках использовался критерий Спирмена. Все вычисления выполнены с помощью программы Microsoft Office Excel 2007 и с помощью пакета программ статистической обработки данных «Statistica 7.0».

2.2 Интерпретация результатов эмпирического исследования

В целях проведения исследования испытуемым выдавалась для заполнения анкета на 13 листах, включающая в себя общие характеристики (пол, возраст, образование, семейное положение, наличие детей, профессия), и 4 опросных листа согласно методикам, описанным выше.

По результатам проведенного опроса были отобраны анкеты, удовлетворяющие показателям достоверности по шкалам «Ложь» и «Аггравация» согласно индивидуально-типологическому опроснику.

Исходя из деления типов отношения к болезни на 3 блока, а также выделяя пациентов с гармоничным типом реагирования на болезнь, как наиболее благоприятных, полученные результаты были разделены на 4 группы:

1) В первую группу вошли пациенты с эргопатическим (Р), анозогнозический (З) и смешанным (РЗ) типами отношения к болезни. Отличительной чертой данных пациентов является обесценивание своей болезни, ее последствий, «уход» в работу, возможно пренебрежительное отношение к лечению, однако, считается, что симптомы выраженной психической дезадаптации у таких пациентов не проявляются.

2) Во вторую группу были выделены пациенты со смешанным типом отношения к болезни, включающем эргопатический (Р) и сенситивный (С). Решение выделить данных пациентов в отдельную группу обусловлено тем, что наряду с эргопатическим типом отношения к болезни, который относится к первому блоку, характеризующемуся существенно не нарушенной психической и социальной адаптацией, у испытуемых наблюдается присутствие сенситивного типа отношения к болезни, который относится к третьему блоку, что может свидетельствовать о нарушении социальной адаптации пациента. Помимо «ухода» от болезни, такие пациенты могут проявлять излишнюю боязнь влияния болезни на отношения с близкими, коллегами, нежелание становится для них обузой.

3) Третья группа состоит из пациентов с тревожным (Т) и диффузным (состоящий из 4 и более типов) типами отношения к болезни. Эти пациенты характеризуются интрапсихической направленностью личностного реагирования на болезнь, что может привести к нарушениям социальной адаптации больных, проявлению дезадаптивного поведения, подавленному состоянию, отказе от борьбы с болезнью.

4) Четвертая группа объединила пациентов с «чистым» гармоничным (Г) типом отношения к болезни, которые характеризуются желанием вылечиться, соблюдают предписания врачей, при этом адекватно оценивают свое состояние и стремятся сохранить активную социальную позицию [16].

Однако, после проведения расчетов коэффициента Манна-Уитни, оценивающих различия между указанными группами по данным, полученным в результате применения методик субъективного контроля, «Способы совладающего поведения» и индивидуально-типологического опросника, выявлено, что существенных различий между пациентами с эргопатическим (Р), анозогнозическим (З), эргопатически-анозогнозическим (РЗ) и эргопатически-сенситивным (РС) типами отношения к болезни, не наблюдается, в связи с чем данные пациенты в дальнейшем были объединены в одну группу.

При анализе ответов на вопросы анкеты по определению типов отношения к болезни выявлено:

1) У пациентов первой группы: бодрость, хорошее самочувствие, хороший аппетит, стремление не поддаваться болезни, продолжить профессиональную деятельность на том же уровне или даже больше, не показывать виду, что больны окружающим и близким, готовность к лечению, в некоторых случаях – отрицание факта влияния болезни на здоровье и будущее (анозогнозический и эргопатически-анозогнозический типы отношения к болезни) или беспокойство за будущее, ухудшение настроения, раздражительность, проявление агрессии (эргопатический и эргопатически-сенситивный типы отношения к болезни).

2) У пациентов второй группы: плохое самочувствие и настроение, тревога за свое будущее и будущее близких, связанная с болезнью, ухудшение настроения, мысли о неизлечимости болезни и возможных осложнениях, связанных с ней, страх лишиться работы, проблемы со сном, аппетитом, раздражение по отношению к окружающим, недоверие врачам.

3) У пациентов третьей группы: уравновешенность настроения либо стремление побороть плохое настроение, хороший аппетит, готовность к лечению и надежды на его продуктивность, готовность к продолжению профессиональной деятельности, желание перебороть болезнь, не поддаваться ей, желание не показывать виду, что больны, близким и окружающим.

Стоит отметить, что пациенты первой группы разведены в 19% случаев, второй группы – в 60% случаев, 3 группы – в 100% случаев состоят в браке.

Распределение пациентов по полученным группам в процентном соотношении указано в таблице 1.

Таблица 1

Распределение пациентов по группам в зависимости
от типа отношения к болезни

Тип отношения к болезни	Количество	%
1 группа (Р, З, РЗ, РС)	42	70,0
2 группа (Т, диффузный)	10	16,7
3 группа (Г)	8	13,3

Приведем интерпретацию результатов, выявленных в указанных группах, по каждой из использованных методик.

Показатель 5,5, полученный в результате проведения методики субъективного контроля, считается нормой, показатели со значением выше 5,5 свидетельствуют об интернальном типе контроля в обозначенных ситуациях, значения ниже 5,5 говорят об экстернальном типе контроля.

Стоит отметить, что большинство полученных средних значений, которые указаны в таблице 2, характеризует испытуемых как экстернальных личностей, что свидетельствует о пониженном уровне субъективного контроля.

Таблица 2

Средние арифметические значения показателей
по уровню субъективного контроля

Тип отношения к болезни	Ио (общая интернальность)	Ид (интернальность в области достижений)	Ин (интернальность в области неудач)	Ис (интернальность в области семейных отношений)	Ип (интернальность в области производственных отношений)	Им (интернальность в области межличностных отношений)	Из (интернальность в области здоровья и болезни)
1 группа (Р, З, РЗ, РС)	5,2	4,2	4,9	5,3	4,7	5,0	4,7
2 группа (Т, диффузный)	5,0	4,0	2,8	3,2	3,8	3,6	4,2
3 группа (Г)	4,8	4,3	5,0	6,5	4,0	6,0	5,5

Общая экстернальность (Ио) говорит о том, что исследуемые считают, что они, в большинстве случаев, не могут влиять на важные события в их жизни либо контролировать их развитие.

Экстернальность в области достижений (Ид) наблюдается у всех исследуемых и говорит о том, что пациенты не считают, что они влияют на свои успехи, достижения, но приписывают их появление в своей жизни внешним обстоятельствам (везению, счастливой судьбе, помощи других людей). Соответственно, при низком показателе интернальности в области неудач (Ин), что также наблюдается у всех исследуемых, такие пациенты склонны не брать на себя ответственность за случившиеся в их жизни неприятности, винить в этом судьбу или других людей.

Экстернальность в области семейных (Ис), производственных (Ип), межличностных отношениях (Им), отмеченная у первых двух групп, говорит о приписывании важности и ответственности за те или иные результаты партнерам, руководству, коллегам, внешним обстоятельствам.

Пациенты с гармоничным типом отношения к болезни характеризуются интернальностью в области семейных и межличностных отношений. Высокие показатели по данным шкалам свидетельствуют о том, что человек считает себя ответственным за события, происходящие в его семейной жизни и за построение межличностных отношений. При этом данный тип также характеризуется экстернальностью в области производственных отношений, что может говорить об их неуверенности или нежелании влиять на производственные процессы, взаимоотношения в своем рабочем коллективе.

Низкие показатели по интернальности в области здоровья и болезни (Из), выявленные у пациентов первых двух групп, говорят о том, что эти пациенты считают болезнь и здоровье результатом случая и надеются, что выздоровление придет в результате действий врачей. Пациенты из третьей группы, с гармоничным типом отношения к болезни, характеризуются нормой интернальности в области здоровья и болезни, что подтверждает их

адекватную оценку своего заболевания, его причин, последствий и необходимости лечения [18].

Стоит отметить, что пациенты второй группы имеют самые низкие средние показатели по всем шкалам, кроме общей интернальности.

При интерпретации результатов, полученных после проведения методики «Способы совладающего поведения» учитывается, что повышенная выраженность копинга диагностируется при показателях от 61 до 80, показатели 81-100 свидетельствуют о высокой выраженности копинга.

Анализируя средние арифметические значения показателей по указанной методике, выявлено, что

1) У первой группы пациентов наиболее выражена копинг-стратегия «планирование решения проблемы», а также «поиск социальной поддержки». Помимо конструктивного подхода к решению проблем и использованию внешних (социальных) ресурсов для поиска дополнительных возможностей с целью преодоления трудностей, это может указывать на чрезмерную рациональность пациентов данной группы, непринятие интуитивности и отсутствие спонтанности в поведении при столкновении с трудностями, а также на возможность формирования зависимой позиции по отношению к окружающим и чрезмерные ожидания от них. Кроме того, достаточно близко к критическому значению находится показатель копинг-стратегии «самоконтроль». Это может свидетельствовать о том, что, несмотря на необходимость в эмпатии, о чем говорит стратегия «поиск социальной поддержки», такие пациенты стараются сдерживать свои переживания, возможно, считают необходимым самостоятельно справляться со своими проблемами, стараясь не волновать своих близких.

2) Вторая группа пациентов проявляет выраженность копинг-стратегий «самоконтроль», «поиск социальной поддержки», «принятие ответственности», «планирование решения проблемы». Дополнительно к описанным характеристикам первой группы, учитывая наиболее выраженную стратегию «принятие ответственности», можно предположить,

что данные пациенты обладают чрезмерной самокритикой, что может мешать в адекватной оценке ситуации и поиске выхода из нее.

3) Третья группа пациентов показывают повышенный уровень практически по всем копинг-стратегиям: «конфронтация», «самоконтроль», «поиск социальной поддержки», «принятие ответственности», «планирование решения проблемы», «положительная переоценка». Дополнительно к описанным характеристикам первой и второй групп, можно предположить, что указанные пациенты, придерживаясь стратегии «конфронтация», могут быть чрезмерно агрессивными, однако, при этом, наличие данной стратегии говорит о высокой устойчивости к стрессам и необходимости справляться с тревогой. Стратегия «положительной переоценки» может свидетельствовать о попытках преодоления сложных жизненных ситуаций с помощью переосмысления, рассмотрения их как стимула для личностного роста [19].

Стоит отметить, что третья группа пациентов имеет самый большой набор копинг-стратегий, что возможно, позволяет данным пациентом быть более устойчивыми к различным жизненным ситуациям и адекватно оценивать их.

Таблица 3

Средние арифметические значения показателей по методике «Способы совладающего поведения»

Тип отношения к болезни	Конфронтация	Дистанцирование	Самоконтроль	Поиск социальной поддержки	Принятие ответственности	Бегство-избегание	Планирование решения проблемы	Положительная переоценка
1 группа (Р, З, РЗ, РС)	45,0	50,0	59,9	62,9	56,7	35,3	66,7	52,1
2 группа (Т, диффузный)	43,2	42,4	65,6	68,0	68,2	46,8	62,0	48,8
3 группа (Г)	61,0	57,0	65,5	79,0	68,8	57,5	79,3	70,0

При анализе результатов индивидуально-типологического опросника учитывалась следующая интерпретация полученных баллов:

0-1 балл: гипомотивность, плохое самопонимание или неоткровенность при обследовании;

2-4 балла: в пределах нормы; гармоничная личность;

5-7 баллов: умеренно выраженные значения; акцентуированные черты;

8-9 баллов: избыточно выраженные значения; наличие дезадаптивных свойств [20].

Средние арифметические значения показателей по индивидуально-типологическому опроснику представлены в таблице №4.

Таблица 4

Средние арифметические значения показателей по индивидуально-типологическому опроснику

Тип отношения к болезни	Экстраверсия	Интроверсия	Спонтанность	Сензитивность	Агрессивность	Тревожность	Лабильность	Регидность
1 группа (Р, З, РЗ, РС)	5,2	4,4	5,1	5,2	4,3	5,0	5,1	6,2
2 группа (Т, диффузный)	3,2	6,6	4,6	6,6	4,0	7,0	5,4	5,6
3 группа (Г)	5,3	5,3	3,5	6,0	2,3	6,5	6,3	5,5

После общей оценки полученных результатов и вычисления средних значений показателей была проведена оценка достоверности различий выборок с помощью критерия Манна-Уитни [21].

Достоверные различия по первому уровню статистической значимости ($p=0,05$) были выявлены между следующими группами по показателям:

1) Интернальность в области неудач (Ин) у пациентов второй группы (с тревожным и диффузными типами отношения к болезни) ниже, чем у пациентов первой группы (эргопатический, анозогнозический, эргопатически-сенситивный, эргопатически-анозогнозический типы отношения к болезни). При критическом значении для сравниваемых групп в

количестве 42 и 10 человек, равном 138, экспериментальное значение равняется 96.

2) Интернальность в области семейных отношений (Ис) у пациентов второй группы (с тревожным и диффузным типами отношения к болезни) ниже, чем у пациентов первой группы (эргопатический, анозогнозический, эргопатически-сенситивный, эргопатически-анозогнозический типы отношения к болезни). При критическом значении для сравниваемых групп в количестве 42 и 10 человек, равном 138, экспериментальное значение равняется 125.

3) Интернальность в области семейных отношений (Ис) у пациентов второй группы (с тревожным и диффузным типами отношения к болезни) ниже, чем у пациентов третьей группы (с гармоничным типом отношения к болезни). При критическом значении для сравниваемых групп в количестве 10 и 8 человек, равном 20, экспериментальное значение равняется 10.

4) Показатель по шкале «агрессивность» у пациентов первой группы (эргопатический, анозогнозический, эргопатически-сенситивный, эргопатически-анозогнозический типы отношения к болезни) выше, чем у пациентов третьей группы (с гармоничным типом отношения к болезни). При критическом значении для сравниваемых групп в количестве 42 и 8 человек, равном 105, экспериментальное значение равняется 97.

Таким образом, все три группы, разделенные ранее в работе по типам отношения к болезни, имеют между собой различия по 1-2 критериям, определяемым в рассматриваемых методиках.

Для выявления корреляционных связей между индивидуально-типологическими особенностями пациентов в каждой из рассматриваемых групп применялся критерий Спирмена.

В результате корреляционного анализа получены следующие данные:

1) Первая группа пациентов:

при критических значениях коэффициента Спирмена для количества испытуемых 42, равных 0,31 (первый уровень значимости) и 0,40 (второй

уровень значимости), выявлены прямые (положительные значения коэффициента Спирмена) и обратные (отрицательные значения коэффициента Спирмена) взаимосвязи между критериями, определяемыми в вышеуказанных методиках.

Таблица 5

Статистически значимые коэффициенты корреляции Спирмена
для первой группы пациентов

1 группа пациентов	Ин	Ип	Им	Дис танц	Поиск соц. под.	При н. отве тст.	Бегс т.- изб.	Пол ож. пере оц.	Инт рове р.	Сенз итив	Агре с.	Трево ж.	Лаб ильн	Реги дн.
Ио		0,34											0,41	
Ид	-0,41		-0,30				-0,40							
Ин		0,34	0,33					-0,33						
Ис				0,30										
Ип												-0,33		
Кон фр.				0,31		0,31	0,42	0,32						
Дис танц						0,47	0,37							
Сам омон тр.					0,46									-0,38
Поиск соц. под.														-0,42
При н. отве тст.							0,44	0,51						
Экст рав.									-0,49				0,40	
Инт рове р.										-0,31				
Спо нтан											0,39			

Проанализируем статистически значимые коэффициенты корреляции для второго уровня значимости:

- Прямые связи выявлены между:
- ✓ общей интернальностью и лабильностью,

- ✓ проявлением копинг-стратегий «конфронтация» и «бегство-избегание»,
- ✓ проявлением копинг-стратегий «дистанцирование», «бегство-избегание», «положительная переоценка» и «принятие ответственности»,
- ✓ проявлением копинг-стратегий «самоконтроль» и «поиск социальной поддержки»,
- ✓ показателями по шкалам «экстраверсия» и «лабильность».
- Обратные связи выявлены между:
 - ✓ интернальностью в области достижений и интернальностью в области неудач,
 - ✓ интернальностью в области достижений и проявлением копинг-стратегии «бегство-избегания»,
 - ✓ проявлением копинг-стратегии «поиск социальной поддержки» и показателями по шкале «регидность»,
 - ✓ показателями по шкалам «экстраверсия» и «интроверсия».

Таким образом, у пациентов первой группы:

- при низком общем уровне интернальности показатель «лабильности» (т.е. повышенной эмоциональности, изменчивости настроения, мотивационной неустойчивости) также не выражен;
- увеличение интернальности в области достижений (присвоение себе заслуг за успехи) может привести к уменьшению интернальности в области неудач (например, приверженность мнению, что собственная неудача – результат действия/бездействия других), и наоборот – рост ответственности за свои неудачи может привести к чрезмерной самокритике и отрицанию своего вклада в положительные жизненные события;
- при низком уровне ответственности за свои достижения пациенты показывают повышенный уровень проявления неадаптивной копинг-стратегии «бегство-избегание», характеризующейся отрицанием проблемы, отсутствием действий по ее решению, пассивностью, уклонением от

ответственности, и может говорить о неумении пациентов в полной мере пользоваться положительными результатами своей деятельности;

- низкий уровень проявления копинг-стратегии «поиск социальной поддержки» характеризуется высоким уровнем показателя по шкале «регидность», что проявляется в субъективизме установок личности, подозрительности, настойчивости и может говорить о том, что при поведении, которое не укладывается в стандарты такого пациента (например, стандарт хорошего врача), он может проявлять недоверие (например, настороженно относиться к рекомендациям доктора, не выполнять в полном мере его предписания или вовсе игнорировать их).

2) Вторая группа пациентов:

при критическом значении коэффициента Спирмена для для количества испытуемых 10, равном 0,64 (первый уровень значимости), выявлены прямые (положительные значения коэффициента Спирмена) и обратные (отрицательные значения коэффициента Спирмена) взаимосвязи между критериями, определяемыми в вышеуказанных методиках.

Таблица 6

Статистически значимые коэффициенты корреляции Спирмена для второй группы пациентов

2 группа пациентов	Ид	Им	Из	Самок онтр.	Поиск соц.по д.	Бегст. -изб.	Экстр ав.	Сензитив.	Агрес.	Трево ж.	Регид н.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ио	0,74			-0,64			0,72				
Ид							0,67				
Ин			0,72								
Ис		0,64	0,68								
Ип					0,73				0,70		
Им			0,70								
Самок онтр.							-0,72				
Поиск соц.по д.								-0,69	0,66		0,67

Продолжение Таблицы 6

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Прин. ответст.						0,73		0,70		0,64	
Бегст.- изб.										0,70	
План. реш-я проб.									0,69		
Спонтан.									0,67		

Для второго уровня значимости критическое значение коэффициента Пирсона равно 0,79. Статистически значимых данных по второму уровню значимости не выявлено, в связи с этим проанализируем наиболее сильную корреляцию (0,72 и выше) для первого уровня значимости:

- Прямые связи выявлены между:
 - ✓ общей интернальностью, интернальностью в области достижений и показателями по шкале «экстраверсия»,
 - ✓ интернальностью в области неудач и интернальностью в области здоровья и болезни,
 - ✓ интернальностью в области производственных отношений и проявлением копинг-стратегии «поиск социальной поддержки»,
 - ✓ проявлением копинг-стратегий «принятие ответственности» и «бегство-избегание».
- Обратные связи выявлены между:
 - ✓ проявлением копинг-стратегии «самоконтроль» и показателями по шкале «экстраверсия».

Таким образом, у пациентов второй группы:

- низкая общая интернальность и интернальность в области достижений взаимосвязаны со слабым проявлением черт экстраверта, которыми являются дружелюбное, активное, открытое поведение, что может говорить о замкнутости. Кроме того, низкие показатели по шкале «экстраверсия» характеризуются высоким уровнем проявления копинг-

стратегии «самоконтроль», отличающейся сдерживанием эмоций, стремлением скрывать от окружающих свои переживания и побуждения в связи с проблемной ситуацией;

- низкий уровень интернальности в области профессиональной деятельности характеризуется меньшим проявлением копинг-стратегии «поиск социальной поддержки», что может говорить об отсутствии поддержки со стороны коллег, неумении или нежелании обращаться к ним за помощью.

3) Третья группа пациентов:

при критическом значении коэффициента Спирмена для для количества испытуемых 8, равном 0,72 (первый уровень значимости), выявлены прямые (положительные значения коэффициента Спирмена) и обратные (отрицательные значения коэффициента Спирмена) взаимосвязи между критериями, определяемыми в вышеуказанных методиках.

Таблица 7

Статистически значимые коэффициенты корреляции Спирмена для третьей группы пациентов

3 группа пациент ов	Дистан ц.	Само контр .	Поиск соц.по д.	Бегст.- изб.	Полож. переоц .	Экстра в.	Интров ер.	Спон тан.	Трево ж.	Лабильн.	Регидн.
Ио									-0,80		
Ид	0,77								0,80		
Ин			0,76								
Ис				0,81							
Конфр.		-0,75				-0,80	0,80				
Самокон тр.			-0,75				-0,77			0,80	
Поиск соц.под.										-0,80	
План. реш-я проб.					0,80			0,77			0,81
Полож. переоц.											0,73
Интрове р.										-0,72	
Спонтан.											0,80

Для второго уровня значимости критическое значение коэффициента Спирмена равно 0,88. Статистически значимых данных по второму уровню значимости не выявлено, в связи с этим проанализируем наиболее сильную корреляцию (0,80 и выше) для первого уровня значимости:

- Прямые связи выявлены:
 - ✓ между интернальностью в области достижений и показателями по шкале «тревожность»,
 - ✓ интернальностью в области семейных отношений и проявлением копинг-стратегии «бегство-избегание»,
 - ✓ проявлением копинг-стратегии «конфронтация» и показателями по шкале «интроверсия»,
 - ✓ проявлением копинг-стратегии «самоконтроль» и показателями по шкале «лабильность»,
 - ✓ проявлением копинг-стратегий «планирование решения проблем» и «положительная переоценка»,
 - ✓ проявлением копинг-стратегии «планирование решения проблем» и показателями по шкале «регидность»,
 - ✓ показателями по шкалам «спонтанность» и «регидность».
- Обратные связи выявлены между:
 - ✓ общей интернальностью и показателями по шкале «тревожность»,
 - ✓ проявлением копинг-стратегии «конфронтация» и показателями по шкале «экстраверсия»,
 - ✓ проявлением копинг-стратегии «поиск социальной поддержки» и показателями по шкале «лабильность».

Таким образом, у пациентов третьей группы:

- низкая интернальность в области достижений характеризуется невысоким уровнем показателями по шкале «тревожность», что может говорить о низком уровне страха потерять уже достигнутое, при этом высокий уровень общей ответственности за все происходящее в жизни также свидетельствует о низкой тревожности;

- высокий уровень интернальности в области семейных отношений характеризуется демонстрацией неадаптивной копинг-стратегии «бегство-избегание», что может говорить о том, что, несмотря на принятие ответственности за происходящее в своей семье, данные пациенты, при наличии каких-либо проблем в этой сфере, пытаются их отрицать, уклоняются от действий, необходимых для решения возникших трудностей, проявляют нетерпение, раздражение, возможно, уход от проблем с целью снижения эмоционального напряжения (например, в переедание, алкоголь);

- высокий уровень демонстрации копинг-стратегии «конфронтация» имеет прямые связи с показателями по шкале «интроверсия» и обратные – по шкале «экстраверсия», что указывает на неумение пациентов выражать негативные эмоции экологичными способами и активно (через внешние проявления) влиять на отрицательные события в их жизни; об этом же может свидетельствовать и выявленная взаимосвязь между проявлением копинг-стратегии «самоконтроль» и показателями по шкале «лабильность»;

- проявление копинг-стратегии «планирование решения проблемы» используют пациенты, проявляющие черты ригидности, настойчивые, педантичные, склонные к косности установок, в связи с этим можно предположить, что данные пациенты при решении проблем предпочитают действовать уже проверенными на собственном опыте способами.

2.3 Выводы по второй главе

По результатам проведенного исследования сделаны следующие выводы:

1) Пациенты с инфарктом миокарда в большинстве случаев (70%) проявляют эргопатический (Р), анозогнозический (З) и смешанные эргопатически-сенситивный (РС), эргопатически-анозогнозический (РЗ) типы отношения к болезни. В меньшей степени проявляется тревожный (Т) и диффузный типы отношения к болезни (17%), самый низкий процент пациентов с гармоничным (Г) типом отношения к болезни (13%).

2) Большинство полученных средних значений характеризует всех испытуемых как экстернальных личностей, что свидетельствует о пониженном уровне субъективного контроля. Низкие показатели по интернальности в области здоровья и болезни (Из), выявленные у пациентов первых двух групп, говорят о том, что эти пациенты считают болезнь и здоровье результатом случая, а не собственных действий или бездействий, и надеются, что выздоровление придет в результате действий врачей. Пациенты из третьей группы, с гармоничным типом отношения к болезни, характеризуются нормой интернальности в области здоровья и болезни, что подтверждает их адекватную оценку своего заболевания, его последствия и необходимость лечения. Пациенты, входящие во вторую группу, имеют самые низкие показатели по всем шкалам, кроме общей интернальности и существенно отличаются от двух других групп низким показателем интернальности в области неудач и семейных отношений. При этом стоит отметить, что пациенты второго типа в 60% случаев разведены, а все пациенты третьего типа имеют высокие показатели по интернальности в области семейных и межличностных отношений и состоят в браке. Возможно, интернальность в области семейных отношений и наличие партнера являются важными условиями формирования гармоничного типа отношения к болезни.

3) Значимых различий по проявлению копинг-стратегий между пациентами первой, второй и третьей групп не обнаружено, но, опираясь на показатели средних значений, выявлено, что наибольший набор копинг-стратегий, в т.ч. стратегию «положительной переоценки» проявляет третья группа пациентов, в связи с чем можно предположить о наличии высокой вариабельности поведения данных пациентов в зависимости от той или иной ситуации и, соответственно, их устойчивости к различным жизненным ситуациям и адекватном поведении. Анализ копинг-стратегий пациентов первой и второй групп подтверждают выводы, сделанные после проведения методики «Тип отношения к болезни» и определения уровня субъективного

контроля. Так, выраженность у первой группы пациентов копинг-стратегий «планирование решения проблемы», «поиск социальной поддержки», «самоконтроль» может говорить о чрезмерной рационализации, сдерживании переживаний, их подавлении и укрытии, в том числе от близких, но при этом об их высокой потребности в социальной поддержке. Дополнительно к указанным характеристикам пациентов первой группы, пациенты второй группы имеют выраженную копинг-стратегию «принятие ответственности», которая в неадаптивном варианте говорит о чрезмерной самокритике, что вкуче с экстернальностью может привести к ощущению бессилия, проявлению раздражительности, тревожности. Все три группы пациентов показывают высокий уровень демонстрации копинг-стратегий «самоконтроль», «поиск социальной поддержки», «планирование решения проблемы», проявление указанных стратегий может повлиять на уменьшение вероятности длительного приема препаратов пациентами во время реабилитации [15].

4) При анализе результатов индивидуально-типологического опросника выявлено, что показатели по шкале «агрессивность» у пациентов первой группы (эргопатический, анозогнозический, эргопатически-сенситивный, эргопатически-анозогнозический типы отношения к болезни) выше, чем у пациентов третьей группы с гармоничным типом отношения к болезни. Данный результат подтверждает одну из характеристик основной группы пациентов с ишемической болезнью сердца, клинической формой которой является инфаркт миокарда, описанную, как группу с поведенческой моделью типа А (М.Фридман, Р.Розенман, исследования Беарфута, Дальстрема, Уильямса, Шеккеле). Поведенческая модель типа А характеризуется агрессивностью, нетерпеливостью, враждебностью и практически всегда – глубоко скрытой беззащитностью [3].

5) Учитывая полученные результаты и корреляционные связи, выделены следующие характеристики рассматриваемых групп:

- 1 группа – склонны приписывать ответственность за результаты своей деятельности не себе, а влиянию других людей, окружающим обстоятельствам; обладают чертами ригидности, которая иногда может им мешать принимать советы и помощь от других людей; характеризуются проявлением тенденций самоутверждения и отстаивания своих интересов; рациональны при решении трудностей; считают необходимым самостоятельно справляться со своими проблемами, стараясь не волновать близких, хотя нуждаются в эмпатии; при болезни демонстрируют стратегию «ухода» в работу, отрицания болезни, но проявляют готовность к лечению на начальном этапе;

- 2 группа – экстерналы, в частности, больше чем другие обследуемые считают не себя, а своих партнеров (бывших или настоящих) ответственными за события, происходящие в их семье, свои неудачи считают результатом невезения; во время острого периода болезни отличаются подавленным состоянием, что вкупе с проявлением основной копинг-стратегией «принятие ответственности» может привести к неоправданной самокритике, переживанию чувства вины и неудовлетворенности собой с дальнейшим риском развития депрессивных состояний; проявляют тревогу за свое будущее и будущее близких в связи с болезнью, страх социальной дезадаптации, раздражение, недоверие врачам; характеризуются сдерживанием эмоций, стремлением скрывать от окружающих свои переживания и побуждения в связи с проблемной ситуацией; испытывают проблемы в получении поддержки в профессиональной сфере;

- 3 группа – характеризуются желанием вылечиться, соблюдают предписания врачей, при этом адекватно оценивают свое состояние и стремятся сохранить активную социальную позицию; демонстрируют уравновешенность настроения либо стремление побороть плохое настроение, хороший аппетит, готовность к лечению и надежды на его продуктивность, готовность к продолжению профессиональной деятельности, желание перебороть болезнь, не поддаваться ей, желание не показывать близким виду,

что больны; считают себя ответственным за события, происходящие в своей семейной жизни и за построение межличностных отношений, но, несмотря на это, при наличии каких-либо проблем в семье, пытаются их отрицать, уклоняются от действий, необходимых для решения возникших трудностей, проявляют нетерпение, раздражение; демонстрируют экстернальность в области производственных отношений, достижений при низком уровне тревожности, что может говорить об отсутствии страха потерять уже достигнутое; при решении проблем предпочитают действовать уже проверенными на собственном опыте способами, т.к. проявляют некоторые черты ригидности; могут демонстрировать неспособность к отреагированию негативных эмоций; осуществляют преодоление сложных жизненных ситуаций в том числе с помощью переосмысления, рассмотрения их как стимула для личностного роста; имеют самый большой набор копинг-стратегий, в т.ч. копинг-стратегию «положительная переоценка», что возможно, позволяет данным пациентом быть более устойчивыми к различным жизненным ситуациям и адекватно оценивать их.

Таким образом, гипотеза, сформулированная в начале данной работы, о существовании индивидуально-типологических особенностей пациентов кардиологического профиля с разными типами отношения к болезни подтвердилась.

б) Учитывая приведенные характеристики, а также опираясь на теоретические данные, приведенные в главе 1 настоящей работы, сделан вывод о том, что первые две выделенные группы пациентов с перенесенным инфарктом миокарда имеют индивидуально-типологические особенности, которые могут снизить приверженность пациентов к терапии и помешать их успешной реабилитации после перенесенного заболевания, в связи с чем данные пациенты нуждаются в дополнительной психологической поддержке.

ГЛАВА 3. РАЗРАБОТКА РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОМУ СОПРОВОЖДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ДЛЯ ВРАЧЕЙ-КАРДИОЛОГОВ

Как уже было сказано в главе 2 настоящей работы, все исследуемые имеют благоприятный прогноз при соблюдении рекомендаций врача.

От приверженности больного к терапии зависит дальнейшее течение заболевания, снижение вероятности его рецидивов и в целом качества жизни пациента после перенесенного заболевания и полученной высокотехнологической медицинской помощи. Приверженность к терапии подразумевает под собой прием больным препаратов, назначенных лечащим врачом, изменение образа жизни, отказ от вредных привычек, соблюдение диеты [22, 23].

Стоит отметить, что согласно Российским клиническим рекомендациям «Реабилитация и вторичная профилактика у больных, перенесших острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST» больные ишемической болезнью сердца, получившие высокотехнологическое хирургическое лечение, благодаря значительному улучшению самочувствия после операции, показывают низкую приверженность дальнейшему терапевтическому лечению, реабилитации и профилактике повторных эпизодов болезни [22]. Согласно исследованиям, приведенным в клинических рекомендациях Европейского общества кардиологов для лечения пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST от 2017 года, через 2 года после перенесенного инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST приверженность к назначенному медикаментозному лечению оценивается примерно в 57% [24].

Таким образом, одной из основных задач врача-кардиолога является установление с пациентом контакта, результатом которого должна являться приверженность пациента к терапии, как во время стационарного лечения, так и на протяжении периода реабилитации. Согласно Российским

клиническим рекомендациям «Реабилитация и вторичная профилактика у больных, перенесших острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST» реабилитационные программы, проведение которых возможно только при наличии приверженности больного к терапии, позволяют вернуться к трудовой деятельности до 80% пациентам [22].

Кардиореабилитация – это скоординированное многогранное вмешательство, направленное на оптимизацию физического, психологического и социального функционирования пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, дополнительно к стабилизации, замедлению прогрессирования и даже - обратному развитию атеросклеротического процесса, и вследствие этого, снижающее заболеваемость и смертность [22].

Российские клинические рекомендации «Реабилитация и вторичная профилактика у больных, перенесших острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST» выделяют три этапа кардиореабилитации:

- 1) Стационарный этап (в кардиологическом отделении);
- 2) Ранний стационарный реабилитационный этап (кардиореабилитационное отделение или Центр реабилитации);
- 3) Амбулаторно-поликлинический реабилитационный этап (врачебный контроль и самостоятельная реабилитация) [22].

Исходя из того, что первые два этапа проходят непосредственно в стенах медицинских учреждений, именно за это время врач-кардиолог должен установить контакт с пациентом, который может способствовать увеличению приверженности к терапии у больного на третьем этапе.

Общими рекомендациями пациентам по реабилитации после инфаркта миокарда являются [22, 23]:

- 1) Отказ от вредных привычек (курение, злоупотребление алкоголем);
- 2) Диета (слежение за потребляемым калоражем, контроль индекса массы тела, ограничение продуктов, приводящих к повышению холестерина);

3) Физические нагрузки (уровень нагрузок определяется стадией реабилитации и общему состоянию пациента);

4) Контроль артериального давления;

5) Медикоментозное лечение:

- терапия статинами – снижают холестерин,
- прием антиагрегантов – воздействуя на рецепторы, снижают активность тромбоцитов крови, что является профилактикой тромбоза стентов,

- антикоагулянтов – препараты воздействующие на различные факторы свертывания крови (основных 12), принимаются пациентами по показаниям (стентирование не является показанием к приёму антикоагулянтов, в основном это сопутствующие заболевания: фибрилляция предсердий, различные тромбозы),

- бета-адреноблокаторов – являются антиишемическими препаратами, уменьшают частоту сердечных сокращений, снижают нагрузку на миокард, уменьшают потребность миокарда в кислороде, профилактируют нарушения ритма сердца,

- блокаторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы – применяются на ранних сроках инфаркта, снижают артериальное давление, снижают нагрузку на сердце,

- антагонистов кальция – в основном применяются для лечения артериальной гипертензии,

- органических нитратов – расширяют сосуды сердца, улучшают кровоток в сердечной мышце, применяются для купирования боли при приступах стенокардии,

- метаболических миокардиальных цитопротекторов – улучшают метаболические процессы в миокарде

и других медицинских препаратов неопределенно долго, если нет противопоказаний;

- 6) Контроль гликемии и лечение сахарного диабета;
- 7) Посещение «Школ для больных, перенесших острый коронарный синдром/острый инфаркт миокарда, и их родственников»;
- 8) Психологическая адаптация к наличию хронического заболевания с помощью специалистов (психологов, психотерапевтов).

В соответствии с приведенными рекомендациями можно выделить следующие принципы влияния медицинского персонала на приверженность пациента к терапии на этапах реабилитации [22, 23, 25, 26]:

- 1) Проявление эмпатии к пациенту, эмоциональная поддержка, создание в отношениях с пациентом безопасного психологического пространства, атмосферы доверия;

- 2) Профилактика ятрогений, не допущение неосторожных высказываний и поступков со стороны медицинского персонала, неблагоприятно воздействующих на психику больного, оптимизм медицинского персонала;

- 3) Информирование пациента о заболевании (с учетом его психологического состояния), полученном лечении, предпринимаемых мерах в условиях стационара после оказания высокотехнологической медицинской помощи на понятном ему языке;

- 4) Приведение примеров успешной реабилитации других больных после инфаркта миокарда, их опыта по соблюдению рекомендаций;

- 5) Побуждение пациента к социальной адаптации;

- 6) Проведение бесед с родственниками с целью выработки их адекватной реакции на заболевание близкого человека, обучение родственников правильному отношению к больному, а также их информирования о причинах возникновения заболевания, в том числе его психологических факторах;

- 7) Объяснение целей дальнейшего лечения (после выписки из стационара), принципа выбора тех или иных препаратов, механизмов их действия, лечебных эффектов, сроков применения, возможных побочных

эффектов от применения препаратов и алгоритма действий при их возникновении, последствий, которые могут возникнуть при отмене/изменении дозы препаратов без согласования с лечащим врачом;

8) Письменная выдача всех рекомендаций (при наличии выдача брошюр, памяток);

9) Постоянное получение от пациента обратной связи (все ли понятно, доступно, какие есть вопросы, как больной сам оценивает свое состояние, принимает ли болезнь, понимает, что услышал, что запомнил, что было важно и т.п.);

10) При развитии постинфарктных психозов – их своевременная диагностика и купирование острых проявлений, при подозрении на депрессивное расстройство (что возможно определить при внимательном отношении к пациенту) – привлечение к лечению и реабилитации больного клинического психолога, психиатра, психотерапевта, с возможным медикаментозным лечением негативных психических проявлений и обязательным продолжением контакта с пациентом, мотивированием его на выздоровление;

11) Информирование о «Школах для больных, перенесших острый коронарный синдром/острый инфаркт миокарда, и их родственников» (где они проводятся, что собой представляют, почему их необходимо посещать и т.п.), приведение положительной статистики по их благоприятному влиянию на реабилитацию;

12) Выдача больному рекомендаций по прохождению психотерапии с целью адаптации к новым условиям жизни, а также возможной коррекции психологических аспектов, послуживших возникновению заболевания. При этом рекомендуется приводить научно обоснованные факты, подтверждающие влияние психологических факторов на возникновение и течение сердечно-сосудистых заболеваний во избежание неадекватного восприятия пациентом данной рекомендации;

13) Выдача больному рекомендаций по регулярному посещению врача, ведению дневника самоконтроля, возврату использованных после препаратов блистеров врачу на приеме во время амбулаторного лечения;

14) Информирование пациента и/или его родственников о возможностях отслеживания показателей с помощью технологических методов (например, приложения на смартфон по подсчету калорий, измерению артериального давления, автоматических напоминаний для приема препаратов и т.п.).

При наблюдении пациентов во время амбулаторного лечения рекомендуется:

- 1) Назначать регулярные приемы;
- 2) Осуществлять контроль выполнения рекомендаций (изучение дневника самоконтроля, возврат использованных после препаратов блистеров и т.п.);
- 3) Получать обратную связь по приему препаратов: удобство, побочные эффекты, имели ли случаи пропуска приема препаратов, по каким причинам, с целью выработки совместно с пациентом дальнейшей тактики лечения;
- 4) При необходимости проводить повторные беседы с родственниками.

Учитывая выводы, полученные во второй главе настоящей работы, а также данные других исследований [13, 15, 23, 27, 29], из выявленных в ходе настоящей работы групп пациентов кардиологического профиля, разделенных по типам отношения к болезни, наименьшей приверженностью к лечению отличаются первая и вторая группы.

К развитию негативных последствий (депрессия), снижению уровню приверженности к терапии, нарушению рекомендаций медицинского персонала у пациентов второй группы (с тревожным и диффузными типами отношения к болезни) могут привести: сдерживание эмоций, стремление скрывать от окружающих свои переживания (как результат неадаптивного

использования копинг-стратегий «самоконтроль»), неудовлетворенность собой, чувство вины (как результат неадаптивного использования копинг-стратегии «принятие ответственности»), тревога за свое будущее, беспокойство, страх социальной дезадаптации, проблемы в получении поддержки в профессиональной сфере, низкий уровень ответственности за свои неудачи и семейные отношения, раздражение, недоверие врачам. В связи с этим на первоначальном этапе реабилитации таким пациентам рекомендуется давать мощную информационную и эмоциональную поддержку (обусловлено высоким уровнем проявления данными пациентам копинг-стратегии «поиск социальной поддержки»), получать постоянную обратную связь от пациента, транслировать положительное отношение к нему, давать советы по снижению уровня тревожности (например, в рамках когнитивного подхода). Врачу важно проявить свой профессионализм, показать высокий уровень знаний по данному вопросу, заработать «авторитет». В целях минимизации срыва стабильной терапии при отсутствии лечащего врача (его отпуск, переезд и т.д.) нужно как можно раньше убедить пациента в необходимости групповой работы (например в «Школах для больных, перенесших острый коронарный синдром/острый инфаркт миокарда, и их родственников») или индивидуальной работы с психологом по снижению уровня тревожности, повышению интернальности, коррекции поведения, расширению набора копинг-стратегий, в частности, по вводу стратегии «положительная переоценка». Делать это нужно очень деликатно, без настойчивости, приводя положительные примеры такой работы у пациентов с аналогичным заболеванием, при необходимости, маскируя слова «психолог», «психотерапевт» и т.п. (из-за возможной неадекватной реакции на них) на «специалист по реабилитации», «специалист, обучающий владеть своими ощущениями», «специалист по аутотренингу» и т.п. При наличии адекватной реакции родственников на состояние пациента желательно их подключение к реабилитации больного и создание благоприятного психологического климата.

Пациенты первой группы (с эргопатическим, анозогнозическим и смешанным эргопатически-анозогнозическим и эргопатически-сенситивным типами отношения к болезни) нуждаются в эмпатии и помощи (высокий уровень проявления копинг-стратегии «поиск социальной поддержки»), при этом характеризуются тенденциями «ухода в работу», отрицания болезни и её последствий, могут проявлять агрессивность, скрытность, высокий самоконтроль, сдерживание переживаний, подавление эмоций. Наличие таких характеристик уменьшают вероятность длительного соблюдения рекомендаций врача, что вкупе с превышением допустимых после перенесенного заболевания и высокотехнологического лечения нагрузок, в том числе, вследствие «ухода в работу», может привести к рецидиву заболевания. В данной ситуации врач должен, в первую очередь, объяснить пациенту последствия несоблюдения предписаний, после чего совместно с пациентом составить четкий план лечения и реабилитации (обусловлено высоким уровнем проявления пациентами копинг-стратегии «планирование решения проблемы»). Необходимо обратить внимание на то, что в данных случаях лучше отказаться от «родительской» позиции в отношении с пациентом, переводя их в плоскость общения «взрослый – взрослый». При назначении тех или иных рекомендаций (в том числе посещение «Школ для больных, перенесших острый коронарный синдром/острый инфаркт миокарда, и их родственников», психолога для работы с вытесненными эмоциями, вводу стратегии «положительная переоценка» и т.п.) важно оперировать статистическими данными и научными фактами. При этом необходимо сохранять эмпатию по отношению к пациенту, снижать уровень тревожности по поводу дальнейшей жизни пациента после перенесенного заболевания, стимулировать позитивное мышление, быть деликатным, терпеливым, осторожным при расспросе больного, помня о том, что проявления негативных реакций, раздражения и агрессивности со стороны пациента являются его своеобразными защитными механизмами. По возможности необходимо уделить особое внимание беседам с

родственниками с целью их активного вовлечения в процесс реабилитации больного (совместные посещения «Школ для больных, перенесших острый коронарный синдром/острый инфаркт миокарда, и их родственников», семейная психотерапия, усиление поддержки) и его социальной адаптации.

Кроме того, учитывая высокие риски появления «синдрома эмоционального выгорания» у врачей, в частности, работающих с тяжелыми больными, с целью сохранения собственного психологического здоровья и надлежащего отношения к пациентам, медицинскому персоналу рекомендуется проводить профилактические, лечебные и реабилитационные мероприятия, направленные на управление стрессом, снятие его действия экологичными способами, профессиональное и личностное развитие, поддержание хорошей физической формы. Данные мероприятия позволят оказывать качественную помощь не только себе, но и пациентам, нуждающимся в профессиональной медицинской и психологической помощи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе работы были выполнены поставленные задачи:

1) Определены объект и предмет исследования, поставлена цель, предложена гипотеза, выделена теоретико-методологическая база исследования.

2) Проведен теоретический анализ литературы по рассматриваемым вопросам: выделены основные факторы, влияющие на возникновение сердечно-сосудистых заболеваний, приведена информация о психосоматической природе сердечно-сосудистых заболеваний, выявлены имеющиеся в научных исследованиях данные о личностных особенностях пациентов кардиологического профиля, их влиянии на внутреннюю картину болезни пациента и его приверженность к терапии.

3) Выбраны методики для проведения эмпирического исследования и определены основные характеристики выборки исследования.

4) На базе Медицинского объединения «Новая больница» (Городская клиническая больница №33), г.Екатеринбург проведено эмпирическое исследование, отвечающее поставленной цели.

5) Проведена интерпретация полученных данных, их сопоставление с результатами других исследований, сделаны выводы, в том числе о подтверждении гипотезы.

6) Опираясь на полученные результаты, предложены рекомендации по медико-психологическому сопровождению пациентов кардиологического профиля, в общем, и с различными типами отношения к болезни, в частности, что обуславливает практическую значимость проведенной работы.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Информационный бюллетень ВОЗ [Электронный ресурс]. – Январь 2015. – № 317. – Режим доступа:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/ru/>.
2. Чазова, И.Е. Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями: проблемы и пути их решения на современном этапе [Текст] / И.Е. Чазова, Е.В. Ощепкова // Вестник Росздравнадзора. – 2015. – № 5. – С. 7-10
3. Гринберг, Дж.С. Управление стрессом [Текст] / Дж.С. Гринберг. – 7-ое изд. – СПб.: Питер, 2002. – 496 с.
4. Киселева, М.Г. Психологические факторы и течение сердечно-сосудистых заболеваний [Текст] / М.Г. Киселева // Национальный Психологический журнал. – 2012. – № 1 (7). – С. 124-130.
5. Рогачева, Т.В. Инфаркт миокарда как манифестация дефицита любви [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2012. – № 3 (14). – Режим доступа: <http://medpsy.ru>.
6. Zohreh Khayyam-Nekouei. Psychological factors and coronary heart disease [Text] / Zohreh Khayyam-Nekouei, Hamidtaher Neshatdoost, Alireza Yousefy, Masoumeh Sadeghi, and Gholamreza Manshaee // ARYA Atheroscler. – 2013 Jan. – 9(1). – P. 102-111.
7. Dr. Roy Ziegelstein. Depression and Heart Disease [Electronic resource]. – Access mode:
http://www.hopkinsmedicine.org/heart_vascular_institute/clinical_services/centers_excellence/womens_cardiovascular_health_center/patient_information/health_topics/depression_heart_disease.html.
8. Лазарева, Е.Ю. Клинико-психологические особенности адаптационного потенциала личности у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями [Текст]: дис. на соиск. уч. степ. канд. психол. наук / Е.Ю. Лазарева. – Чебоксары, 2016. – 189 с.

9. Нуралиева, Н.Ф. Депрессия и сердечно-сосудистые заболевания [Текст] / Н.Ф. Нуралиева, Д.А. Напалков // Вестник РАМН . – 2014. – № 9-10. – С. 21-26.

10. Пахомова, С.А. Расстройства тревожно-депрессивного спектра у больных с сердечно-сосудистой патологией. ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России [Текст] / С.А. Пахомова, А.П. Деренок, И.А. Кузьмина // Бюллетень медицинских Интернет-конференций (ISSN 2224-6150). – 2015. – Том 5. – № 2. – С. 65-67.

11. Мухтаренко, С.Ю. Тревожно-депрессивные расстройства и особенности субъективного контроля личности в отношении здоровья у больных коронарной болезнью сердца [Текст] / С.Ю. Мухтаренко, Т.М. Мураталиев // Вестник КРСУ. – 2013. – Том 13. – № 4. – С. 139-142.

12. Patrizia Steca. A Type A and Type D Combined Personality Typology in Essential Hypertension and Acute Coronary Syndrome Patients: Associations with Demographic, Psychological, Clinical, and Lifestyle Indicators [Text] / Patrizia Steca, Marco D'Addario, Maria Elena Magrin, Massimo Miglioretti, Dario Monzani, Luca Pancani, Marcello Sarini, Marta Scignaro, Luca Vecchio, Francesco Fattirolli, Cristina Giannattasio, Francesca Cesana, Salvatore Pio Riccobono, and Andrea Greco // PLoS One. – 2016. – 11 (9). – 28 p.

13. Зубарева, О.А. Взаимосвязь совладающего поведения с типами отношения к болезни у пациентов с острыми формами ишемической болезни сердца [Текст] / О.А. Зубарева // Ученые записки СПбГМУ Им. Акад. И.П. Павлова. – 2014. – Том XXI. – № 4. – С. 32-35.

14. Одинцова, В.В. Особенности эмоциональной сферы у пациентов разных нозологических групп [Текст] / В.В. Одинцова, Н.М. Горчакова, Е.В. Курилова // Медицинская психология, психиатрия, психотерапия. – 2013. – № 3 (48). – С. 85-90.

15. Строкова, Е.В. Влияние внутренней картины болезни, копинг-стратегий и самооотношения пациенток, перенесших инфаркт миокарда, на регулярность и приверженность к длительной терапии ишемической болезни

сердца [Электронный ресурс] / Е.В. Строкова // Современные исследования социальных проблем: электронный научный журнал. – 2012. – № 1 (09). – Режим доступа: www.sisp.nkras.ru.

16. Вассерман, Л.И. Психологическая диагностика отношения к болезни [Текст]: Пособие для врачей / Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова, А.Я. Вукс. – Санкт-Петербург: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева, 2005. – 33 с.

17. Энциклопедия психодиагностики Psylab. Методика «Тип отношения к болезни» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://psylab.info/>.

18. Энциклопедия психодиагностики Psylab. Опросник «Уровень субъективного контроля» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://psylab.info/>.

19. Энциклопедия психодиагностики Psylab. Опросник «Способы совладающего поведения» Лазаруса [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://psylab.info/>.

20. Энциклопедия психодиагностики Psylab. Индивидуально-типологический опросник [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://psylab.info/>.

21. Некрасов, С.Д. Математические методы в психологии (MS Excel) [Текст]: учеб. пособие / С.Д. Некрасов. – 3-е изд., испр. и доп. – Краснодар: Кубанский гос. ун-т, 2014. – 148 с.

22. Реабилитация и вторичная профилактика у больных, перенесших острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST. Российские клинические рекомендации [Текст]. Председатель рабочей группы проф. Д.М. Аронов. – Москва: Общероссийская общественная организация Российское общество кардиосоматической реабилитации и вторичной профилактики Российское кардиологическое общество, 2014. – 95 с.

23. Фофанова, Т.В. Приверженность к терапии и методы ее повышения у больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца [Текст]: дис. на соиск. уч. степ. док. мед. наук / Т.В. Фофанова. – Москва, 2015. – 273 с.

24. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC) [Electronic resource]. – 2017. – Access mode: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393>.

25. Студенческая библиотека онлайн. Особенности состояния человека после перенесенного инфаркта миокарда [Электронный ресурс]. – Режим доступа:
http://studbooks.net/800553/psihologiya/osobennosti_sostoyaniya_cheloveka_pere_nesennogo_infarkta_miokarda.

26. Николаева, Н.Р. Медицинская психология [Текст]: пособие для студентов медицинских колледжей / Н.Р. Николаева. – Томск: ОГОУ «Томский базовый медицинский колледж», 2010. – 24 с.

27. Яковлева, М.В. Отношение к болезни и лечению больных ишемической болезнью сердца после коронарного шунтирования [Текст] / М.В. Яковлева, О.Ю. Щелкова // Научные исследования выпускников факультета психологии СПбГУ. – 2014. – Том 2. – С. 349-355.

28. Погосова, Г.В. Депрессия у больных ишемической болезнью сердца и новые возможности ее лечения [Текст] / Г.В. Погосова // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2002. – Том 04. – № 5. – С. 195-199.

29. Гартфельдер, Д.В. Клинико-психологические характеристики личности больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в связи с задачами профилактики [Текст] / Д.В. Гартфельдер, Е.Л. Николаев, Е.Ю. Лазарева // Вестник КРСУ. – 2014. – Том 14. – № 4. – С. 60-62.

30. Калинина, Н.В. Индивидуальные паттерны психологической защиты (на примере проективного исследования личности и мышления)

[Текст]: автореф. дис. на соиск. уч. степ. канд. психол. наук / Н.В. Калинина. – М.: 2012. – 24 с.

31. Лазарева, Е.Ю. Психосоматические соотношения при кардиальной патологии: современные направления исследований [Текст] / Е.Ю. Лазарева, Е.Л. Николаев // Вестник Чувашского университета. – 2012. – № 3. – С. 429-435.

32. Зубарева, О.А. Типы отношения к болезни у пациентов с разными формами ишемической болезни сердца в остром периоде [Текст] / О.А. Зубарева // Научный журнал: В мире научных открытий ISSN: 2072-0831. – 2015. – С. 396-404.

33. Николаев, Е.Л. Психотерапия и психологическая помощь больным сердечно-сосудистыми заболеваниями [Текст] / Е.Л. Николаев, Е.Ю. Лазарева // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2015. – Т.11. – № 1. – С. 57-76.

34. Николаев, Е.Л. Адаптация личности и сердечно-сосудистые заболевания [Текст] / Е.Л. Николаев, Е.Ю. Лазарева // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2015. – Т. 11. – № 2. – С. 82-105.

35. Лазарева, Е.Ю. Некоторые характеристики пациентов с кардиологической патологией. ГБОУ ВПО ЧГУ имени И.Н. Ульянова, кафедра социальной и клинической психологии [Электронный ресурс] / Е.Ю. Лазарева, Е.Л. Николаев // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2014. – Том 17. – № 1 (I полугодие 2014). – Режим доступа: http://naukavsm.com/ru_RU/patologia-serdca-i-emocii/.

36. Алехин, А.Н. Отношение к болезни у пациентов, перенесших неотложные кардиологические состояния [Текст] / А.Н. Алёхин, Е.А. Трифонова, А.В. Чернорай // Артериальная гипертензия. – 2012. – Т.18. – № 4. – С. 317-324.

37. Александровский, Ю.А. Пограничные психические расстройства при соматических заболеваниях [Текст] / Ю.А. Александровский // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2002. – Том 4. – № 1. – С. 4-7.

38. Смулевич, А.Б. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи) [Текст] / А.Б. Смулевич // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2000. – Том 2. – № 2. – С. 36-40.

39. Смулевич А.Б. Психокardiология и основные аспекты психосоматической медицины [Текст] / А.Б. Смулевич // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2005. – Том 7. – № 3. – С. 120-122.

40. Тополянский, В.Д. Психосоматические расстройства [Текст] / В.Д. Тополянский, М.В. Струковская. – М.: Медицина, 1986. – 384 с.

41. Неретин, В.Я. Реабилитация больных с церебро-кардиальными нарушениями [Текст] / В.Я. Неретин, М.К. Николаев. – М.: Медицина, 1986. – 208 с.

42. Тхостов, А.Ш. Психология телесности [Текст] / А.Ш. Тхостов. – М.: Смысл, 2002. – 287 с.

43. Перре, М. Клиническая психология [Текст] / под ред. М. Перре, У. Бауманна. – 2-ое изд. – СПб.: Питер, 2002. – 1312 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Бланк опросника для исследуемых

ДОБРЫЙ ДЕНЬ, УВАЖАЕМЫЙ ПАЦИЕНТ!

В ходе многих исследований выявлено, что на развитие и течение сердечнососудистых заболеваний в значительной степени оказывают влияние психоэмоциональные факторы.

В целях выявления дополнительных ресурсов при оказании медицинской помощи Вам (и другим людям с аналогичными заболеваниями) просим Вас принять участие в исследовании и заполнить несколько анкет. Результаты исследования помогут специалистам понять, каким образом можно повысить результативность лечения, что будет способствовать улучшению качества жизни пациента после перенесенного заболевания.

Исследование анонимное! Данные будут использованы только в части выявления общих закономерностей, сходств и различий в зависимости от тех или иных особенностей личности.

Просим указывать информацию наиболее полно и точно.

1. ОБЩИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

Пол
(мужской/женский) _____

Возраст (в годах) _____

Образование (среднее/специальное/неоконченное высшее/высшее) _____

Состоите ли Вы в браке (да/нет/разведены/вдовствуете) _____

Есть ли у Вас дети? _____

Кем Вы работаете (служащий/руководитель среднего звена/топ-менеджер/индивидуальный предприниматель/собственник бизнеса/другое (укажите что))? _____

2. ПЕРВАЯ АНКЕТА

В каждой из тем, обозначенных римскими цифрами (I, II, III, IV, V и т.д.) обведите кружком те номера утверждений, которые наиболее Вам подходят. На каждую тему разрешается сделать **два** выбора.

I. Самочувствие

1. С тех пор как я заболел, у меня почти всегда плохое самочувствие
2. Я почти всегда чувствую себя бодрым и полным сил
3. Дурное самочувствие я стараюсь перебороть
4. Плохое самочувствие я стараюсь не показывать другим
5. У меня почти всегда что-нибудь болит
6. Плохое самочувствие у меня возникает после огорчений
7. Плохое самочувствие появляется у меня от ожидания неприятностей
8. Я стараюсь терпеливо переносить боль и физические страдания
9. Мое самочувствие вполне удовлетворительно
10. С тех пор как я заболел, у меня бывает плохое самочувствие с приступами раздражительности и чувством тоски
11. Мое самочувствие очень зависит от того, как ко мне относятся окружающие
12. Ни одно из определений мне не подходит

II. Настроение

1. Как правило, настроение у меня очень хорошее
2. Из-за болезни я часто бываю нетерпеливым и раздражительным
3. У меня настроение портится от ожидания возможных неприятностей, беспокойства за близких, неуверенности в будущем
4. Я не позволяю себе из-за болезни предаваться унынию и грусти
5. Из-за болезни у меня почти всегда плохое настроение
6. Мое плохое настроение зависит от плохого самочувствия
7. У меня стало совершенно безразличное настроение
8. У меня бывают приступы мрачной раздражительности, во время которых достается окружающим
9. У меня не бывает уныния и грусти, но может быть ожесточенность и гнев
10. Малейшие неприятности сильно огорчают меня
11. Из-за болезни у меня все время тревожное настроение
12. Ни одно из определений мне не подходит

III. Сон и пробуждение ото сна

1. Проснувшись, я сразу заставляю себя встать
2. Утро для меня — самое тяжелое время суток
3. Если меня что-то расстроит, я долго не могу уснуть
4. Я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днем
5. Я сплю мало, но встаю бодрым. Сны вижу редко
6. С утра я более активен и мне легче работать, чем вечером
7. У меня плохой и беспокойный сон и часто бывают мучительно-тоскливые сновидения
8. Утром я встаю бодрым и энергичным
9. Я просыпаюсь с мыслью о том, что сегодня надо будет сделать
10. По ночам у меня бывают приступы страха
11. С утра я чувствую полное безразличие ко всему
12. По ночам меня особенно преследуют мысли о своей болезни
13. Во сне мне видятся всякие болезни
14. Ни одно из определений мне не подходит

IV. Аппетит и отношение к еде

1. Нередко я стесняюсь есть при посторонних людях
2. У меня хороший аппетит
3. У меня плохой аппетит
4. Я люблю сытно поесть
5. Я ем с удовольствием и не люблю ограничивать себя в еде
6. Мне легко можно испортить аппетит
7. Я боюсь испорченной пищи и всегда тщательно проверяю ее доброкачественность
8. Еда меня интересует, прежде всего, как средство поддержать здоровье
9. Я стараюсь придерживаться диеты, которую сам разработал
10. Еда не доставляет мне никакого удовольствия
11. Ни одно из определений мне не подходит

V. Отношение к болезни

1. Моя болезнь меня пугает
2. Я так устал от болезни, что мне безразлично, что со мной будет
3. Стараюсь не думать о своей болезни и жить беззаботной жизнью
4. Моя болезнь больше всего угнетает меня тем, что люди стали сторониться меня
5. Без конца думаю обо всех возможных осложнениях, связанных с болезнью

6. Я думаю, что моя болезнь неизлечима и ничего хорошего меня не ждет
7. Считаю, что моя болезнь запущена из-за невнимания и неумения врачей
8. Считаю, что опасность моей болезни врачи преувеличивают
9. Стараюсь перебороть болезнь, работать как прежде и даже еще больше
10. Я чувствую, что моя болезнь гораздо тяжелее, чем это могут определить врачи
11. Я здоров и болезни меня не беспокоят
12. Моя болезнь протекает совершенно необычно, не так, как у других, и поэтому требует особого внимания
13. Моя болезнь меня раздражает, делает нетерпеливым, вспыльчивым
14. Я знаю, по чьей вине я заболел, и не прощу этого никогда
15. Я всеми силами стараюсь не поддаваться болезни
16. Ни одно из определений мне не подходит

VI. Отношение к лечению

1. Избегаю всякого лечения, надеюсь, что организм сам переборет болезнь, если о ней поменьше думать
2. Меня пугают трудности и опасности, связанные с предстоящим лечением
3. Я был бы готов на самое мучительное и даже опасное лечение, только бы избавиться от болезни
4. Я не верю в успех лечения и считаю его напрасным
5. Я ищу новые способы лечения, но, к сожалению, во всех них постоянно разочаровываюсь
6. Считаю, что мне назначают много ненужных лекарств и процедур, уговаривают меня на никчемную операцию
7. Всякие новые лекарства, процедуры и операции вызывают у меня бесконечные мысли об осложнениях и опасностях, с ними связанных
8. Лекарства и процедуры нередко оказывают на меня такое необычное действие, что это изумляет врачей
9. Считаю, что среди применяющихся способов лечения есть настолько вредные, что их следовало бы запретить
10. Считаю, что меня лечат неправильно
11. Я ни в каком лечении не нуждаюсь
12. Мне надоело бесконечное лечение, хочу, чтобы меня только оставили в покое
13. Я избегаю говорить о лечении с другими людьми
14. Меня раздражает и озлобляет, когда лечение не дает улучшения
15. Ни одно из определений мне не подходит

VII. Отношение к врачам и медперсоналу

1. Главным во всяком медицинском работнике я считаю внимание к больному
2. Я хотел бы лечиться у такого врача, у которого большая известность
3. Считаю, что я заболел, прежде всего, по вине врачей
4. Мне кажется, что врачи мало что понимают в моей болезни и только делают вид, что лечат
5. Мне все равно, кто и как меня лечит
6. Я часто беспокоюсь о том, что не сказал врачу нечто важное, способное повлиять на успех лечения
7. Врачи и медперсонал нередко вызывают у меня неприязнь
8. Я обращаюсь то к одному, то к другому врачу, так как не уверен в успехе лечения
9. С большим уважением я отношусь к медицинской профессии
10. Я не раз убеждался, что врачи и персонал невнимательны и недобросовестно исполняют свои обязанности
11. Я бываю нетерпеливым и раздражительным с врачами и медперсоналом и потом сожалею об этом
12. Я здоров и в помощи врачей не нуждаюсь
13. Считаю, что врачи и медперсонал попусту тратят на меня время
14. Ни одно из определений мне не подходит

VIII. Отношение к родным и близким

1. Я настолько поглощен мыслями о моей болезни, что дела близких перестали волновать меня
2. Я стараюсь родным и близким не показывать виду, что я болен, чтобы не омрачать им настроения
3. Близкие напрасно хотят сделать из меня тяжелобольного
4. Меня одолевают мысли, что из-за моей болезни моих близких ждут трудности и невзгоды
5. Мои родные не хотят понять тяжесть моей болезни и не сочувствуют моим страданиям
6. Близкие не считаются с моей болезнью и хотят жить в свое удовольствие
7. Я стесняюсь своей болезни даже перед близкими
8. Из-за болезни я утратил всякий интерес к делам и волнениям близких и родных
9. Из-за болезни я стал в тягость близким
10. Здоровый вид и беззаботная жизнь близких вызывает у меня неприязнь

11. Я считаю, что заболел из-за моих родных
12. Я стараюсь поменьше доставлять тягот и забот моим близким из-за своей болезни
13. Ни одно из определений мне не подходит

IX. Отношение к работе (учебе)

1. Болезнь делает меня никуда негодным работником (неспособным учиться)
2. Я боюсь, что из-за болезни я лишусь хорошей работы (придется уйти из хорошего учебного заведения)
3. Моя работа (учеба) стала для меня совершенно безразличной
4. Из-за болезни мне теперь стало не до работы (не до учебы)
5. Все время беспокоюсь, что из-за болезни могу допустить оплошность на работе (не справиться с учебой)
6. Считаю, что заболел из-за того, что работа (учеба) причинила вред моему здоровью
7. На работе (по месту учебы) совершенно не считаются с моей болезнью и даже придираются ко мне
8. Не считаю, что болезнь может помешать моей работе (учебе)
9. Я стараюсь, чтобы на работе (по месту учебы) поменьше знали и говорили о моей болезни
10. Я считаю, что, несмотря на болезнь, надо продолжать работу (учебу)
11. Болезнь сделала меня неусидчивым и нетерпеливым на работе (в учебе)
12. На работе (за учебой) я стараюсь забыть о своей болезни
13. Все удивляются и восхищаются тем, как я, несмотря на болезнь, успешно работаю (учусь)
14. Мое здоровье не мешает мне работать (учиться) там, где я хочу
15. Ни одно из определений мне не подходит

X. Отношение к окружающим

1. Мне теперь все равно, кто меня окружает и кто около меня
2. Мне хочется, чтобы окружающие только оставили меня в покое
3. Здоровый вид и жизнерадостность окружающих вызывают у меня раздражение
4. Я стараюсь, чтобы окружающие не замечали моей болезни
5. Мое здоровье не мешает мне общаться с окружающими, сколько мне хочется
6. Мне бы хотелось, чтобы окружающие на себе испытали, как тяжело болеть

7. Мне кажется, что окружающие сторонятся меня из-за моей болезни
8. Окружающие не понимают моей болезни и моих страданий
9. Моя болезнь и то, как я ее переношу, удивляет и поражает окружающих
10. С окружающими я стараюсь не говорить о своей болезни
11. Мое окружение довело меня до болезни, и я этого не прошу
12. Общение с людьми теперь стало мне быстро надоедать и даже раздражать меня
13. Моя болезнь не мешает мне иметь друзей
14. Ни одно из определений мне не подходит

XI. Отношение к одиночеству

1. Предпочитаю одиночество, потому что одному мне становится лучше
2. Я чувствую, что болезнь обрекает меня на полное одиночество
3. В одиночестве я стремлюсь найти какую-нибудь интересную или нужную работу
4. В одиночестве меня начинают особенно преследовать нерадостные мысли о болезни, осложнениях, предстоящих страданиях
5. Часто, оставшись наедине, я скорее успокаиваюсь: люди стали меня сильно раздражать
6. Стесняясь болезни, я стараюсь отдалиться от людей, а в одиночестве скучаю по людям
7. Избегаю одиночества, чтобы не думать о своей болезни
8. Мне стало все равно — быть среди людей или оставаться в одиночестве
9. Мое желание побыть одному зависит от обстоятельств и настроения
10. Я боюсь оставаться в одиночестве из-за опасений, связанных с болезнью
11. Ни одно из определений мне не подходит

XII. Отношение к будущему

1. Болезнь делает мое будущее печальным и унылым
2. Мое здоровье пока не дает никаких оснований беспокоиться за будущее
3. Я всегда надеюсь на счастливое будущее, даже в самых отчаянных положениях
4. Аккуратным лечением и соблюдением режима я надеюсь добиться улучшения здоровья в будущем
5. Не считаю, что болезнь может существенно отразиться на моем будущем
6. Свое будущее я целиком связываю с успехом в моей работе (учебе)
7. Мне стало безразлично, что станет со мной в будущем

8. Из-за моей болезни я в постоянной тревоге за свое будущее
9. Я уверен, что в будущем вскроются ошибки и халатность тех, из-за кого я заболел
10. Когда я думаю о своем будущем, меня охватывают тоска и раздражение на других людей
11. Из-за болезни я очень тревожусь за свое будущее
12. Ни одно из определений мне не подходит

3. ВТОРАЯ АНКЕТА

Вам предлагается 44 утверждения, которые описывают различные способы интерпретации наиболее часто встречающихся социальных ситуаций. Внимательно прочитайте каждое из утверждений, и отметьте на бланке ответов степень своего согласия или несогласия, поставив любой отличительный знак в соответствующем столбце:

- 3 — полностью не согласен
- 2 — не согласен
- 1 — скорее не согласен, чем согласен
- +1 — скорее согласен, чем не согласен
- +2 — согласен
- +3 — полностью согласен

№ п/п	Утверждения	-3	-2	-1	+1	+2	+3
1	Продвижение по службе больше зависит от удачного стечения обстоятельств, чем от способностей и усилий человека.						
2	Большинство разводов происходит от того, что люди не захотели приспособиться друг к другу.						
3	Болезнь – дело случая; если уж суждено заболеть, то ничего не поделаешь.						
4	Люди оказываются одинокими из-за того, что сами не проявляют интереса и дружелюбия к окружающим.						
5	Осуществление моих желаний часто зависит от везения.						
6	Бесполезно предпринимать усилия для того, чтобы завоевать симпатию других людей.						
7	Внешние обстоятельства – родители и благосостояние – влияют на семейное счастье не меньше, чем отношения супругов.						
8	Я часто чувствую, что мало влияю на то, что происходит со мной.						

9	Как правило, руководство оказывается более эффективным, когда полностью контролирует действия подчинённых, а не полагается на их самостоятельность.						
10	Мои отметки в школе часто зависели от случайных обстоятельств (например, настроение учителя), чем от моих собственных усилий.						
11	Когда я строю планы, то я, в общем, верю, что смогу осуществить их.						
12	То, что многим людям кажется удачей или везением, на самом деле является результатом долгих целенаправленных усилий.						
13	Думаю, что правильный образ жизни может больше помочь здоровью, чем врачи и лекарства.						
14	Если люди не подходят друг к другу, то, как бы они ни старались наладить семейную жизнь, они всё равно не смогут.						
15	То хорошее, что я делаю, обычно бывает по достоинству оценено другими.						
16	Дети вырастают такими, какими их воспитывают родители.						
17	Думаю, что случай или судьба не играют важной роли в моей жизни.						
18	Я стараюсь не планировать далеко вперёд, потому что многое зависит от того, как сложатся обстоятельства.						
19	Мои отметки в школе больше всего зависели от моих усилий и степени подготовленности.						
20	В семейных конфликтах я чаще чувствую вину за собой, чем за противоположной стороной.						
21	Жизнь большинства людей зависит от						

	стечения обстоятельств.						
22	Я предпочитаю такое руководство, при котором можно самостоятельно определять, что и как делать.						
23	Думаю, что мой образ жизни ни в коей мере не является причиной моих болезней.						
24	Как правило, именно неудачное стечение обстоятельств мешает людям добиваться успеха в своём деле.						
25	В конце концов, за плохое управление организацией ответственны сами люди, которые в ней работают.						
26	Я часто чувствую, что ничего не могу изменить в сложившихся отношениях в семье.						
27	Если я очень захочу, то смогу расположить к себе почти любого.						
28	На подрастающее поколение влияет так много разных обстоятельств, что усилия родителей по их воспитанию часто оказываются бесполезными.						
29	То, что со мной случается, это дело моих собственных рук.						
30	Трудно бывает понять, почему руководители поступают именно так, а не иначе.						
31	Человек, который не смог добиться успеха в своей работе, скорее всего не проявлял достаточно усилий.						
32	Чаще всего я могу добиться от членов моей семьи того, что я хочу.						
33	В неприятностях и неудачах, которые были в моей жизни, чаще всего были виноваты другие люди, чем я сам.						
34	Ребёнка всегда можно уберечь от простуды,						

	если за ним следить и правильно его одевать.						
35	В сложных обстоятельствах я предпочитаю подождать, пока проблемы разрешатся сами собой.						
36	Успех является результатом упорной работы и мало зависит от случая и везения.						
37	Я чувствую, что от меня больше, чем от кого бы то ни было, зависит счастье моей семьи.						
38	Мне всегда было трудно понять, почему я нравлюсь одним людям и не нравлюсь другим.						
39	Я всегда предпочитаю принять решение и действовать самостоятельно, а не надеяться на помощь других людей или на судьбу.						
40	К сожалению, заслуги человека часто остаются непризнанными, несмотря на все его старания.						
41	В семейной жизни бывают такие ситуации, которые невозможно разрешить даже при самом сильном желании.						
42	Способные люди, не сумевшие реализовать свои возможности, должны винить в этом только самих себя.						
43	Многие мои успехи были возможны только благодаря помощи других людей.						
44	Большинство неудач в моей жизни произошло от неумения, незнания или лени и мало зависело от везения или невезения.						

4. ТРЕТЬЯ АНКЕТА

Вам предлагаются 50 утверждений, описывающих ваше поведение в трудной жизненной ситуации. Оцените, как часто данные варианты поведения проявляются у вас, поставив любой отличительный знак в соответствующем столбце.

№ п/п	Оказавшись в трудной ситуации, я ...	никогда	редко	иногда	часто
1	... сосредотачивался на том, что мне нужно было делать дальше – на следующем шаге				
2	... начинал что-то делать, зная, что это все равно не будет работать, главное – делать хоть что-нибудь				
3	... пытался склонить вышестоящих к тому, чтобы они изменили свое мнение				
4	... говорил с другими, чтобы больше узнать о ситуации				
5	... критиковал и укорял себя				
6	... пытался не сжигать за собой мосты, оставляя все, как оно есть				
7	... надеялся на чудо				
8	... смирялся с судьбой: бывает, что мне не везет				
9	... вел себя, как будто ничего не произошло				
10	... старался не показывать своих чувств				
11	... пытался увидеть в ситуации что-то положительное				
12	... спал больше обычного				
13	... срывал свою досаду на тех, кто навлек на меня проблемы				
14	... искал сочувствия и понимания у кого-нибудь				
15	... во мне возникла потребность выразить себя творчески				
16	... пытался забыть все это				
17	... обращался за помощью к специалистам				
18	... менялся или рос как личность в положительную сторону				
19	... извинялся или старался все загладить				
20	... составлял план действий				
21	... старался дать какой-то выход своим чувствам				
22	... понимал, что сам вызвал эту проблему				
23	... набирался опыта в этой ситуации				
24	... говорил с кем-либо, кто мог конкретно помочь в этой ситуации				
25	... пытался улучшить свое самочувствие едой, выпивкой, курением или лекарствами				
26	... рисковал напропалую				
27	... старался действовать не слишком поспешно,				

	доверяясь первому порыву				
28	... находил новую веру во что-то				
29	... вновь открывал для себя что-то важное				
30	... что-то менял так, что все улаживалось				
31	... в целом избегал общения с людьми				
32	... не допускал это до себя, стараясь об этом особенно не задумываться				
33	... спрашивал совета у родственника или друга, которых уважал				
34	... старался, чтобы другие не узнали, как плохо обстоят дела				
35	... отказывался воспринимать это слишком серьезно				
36	... говорил о том, что я чувствую				
37	... стоял на своем и боролся за то, чего хотел				
38	... вымещал это на других людях				
39	... пользовался прошлым опытом - мне приходилось уже попадать в такие ситуации				
40	... знал, что надо делать и удваивал свои усилия, чтобы все наладить				
41	... отказывался верить, что это действительно произошло				
42	... я давал обещание, что в следующий раз все будет по-другому				
43	... находил пару других способов решения проблемы				
44	... старался, чтобы мои эмоции не слишком мешали мне в других делах				
45	... что-то менял в себе				
46	... хотел, чтобы все это скорее как-то образовалось или кончилось				
47	... представлял себе, фантазировал, как все это могло бы обернуться				
48	... молился				
49	.. прокручивал в уме, что мне сказать или сделать				
50	... думал о том, как бы в данной ситуации действовал человек, которым я восхищаюсь и старался подражать ему				

5. ЧЕТВЕРТАЯ АНКЕТА

Прочитав каждое утверждение решите, верно ли оно по отношению к Вам, согласны ли Вы с ним. Если верно, то поставьте рядом с утверждением «+», если неверно, то поставьте «-».

Утверждения.

1. Я постараюсь отнестись к исследованию ответственно и быть максимально искренним (искренней).
2. У меня очень сложный и трудный для окружающих характер.
3. Я лучше справляюсь с работой в тиши и одиночестве, чем в присутствии многих людей или в шумном месте.
4. Решая серьезные проблемы, я, как правило, обхожусь без посторонней помощи.
5. Я очень редко заговариваю первым (первой) с незнакомыми людьми.
6. Для меня важно, что подумают другие о моих высказываниях и поступках.
7. Если будет нужно, я разрушу все преграды на пути к достижению цели.
8. Я часто тревожусь по пустякам.
9. В моих неудачах виноваты определенные люди.
10. Для меня важно иметь общее мнение с теми людьми, с которыми я обычно общаюсь.
11. Меня мало касается все, что случается с другими.
12. Мне интересны яркие, артистичные личности.
13. Мне нет дела до чужих страданий: хватает своих.
14. В шумной компании я чаще всего в роли только наблюдателя.
15. Для меня невыносимо наблюдать страдания других людей.
16. Я - человек абсолютно правдивый и искренний.
17. Все мои беды связаны с собственным неумением ладить с людьми.
18. Меня часто тянет к шумным компаниям.
19. Принимая важное решение, я всегда действую самостоятельно.
20. Мне всегда приятно заводить новых знакомых.
21. Берясь за какое-либо дело, я не стану долго раздумывать, прежде чем начать действовать.
22. Меня раздражают люди, пытающиеся изменить мое мнение, когда я уверен(а) в своей правоте.
23. Я часто волнуюсь за близких мне людей даже без серьезного повода.
24. Я не могу терпеть, когда кто-нибудь меняет заведенный мной порядок.
25. Я умею привлекать к себе внимание окружающих меня людей.
26. В жизни я твердо придерживаюсь определенных принципов.
27. Люблю посещать компании, где можно танцевать или петь.
28. Я чрезвычайно чувствителен (чувствительна) к изменениям в настроении окружающих меня людей.
29. Я могу, не смущаясь, дурачиться в веселой компании.

30. Я спокойно отношусь к тому, что кто-то рядом переживает по поводу своих неприятностей.
31. Я никогда не поступаю как эгоист (эгоистка).
32. Часто бывает так, что из-за меня у окружающих портится настроение.
33. Интересные идеи приходят мне в голову чаще, когда я один (одна), не в присутствии многих людей.
34. Я могу взять на себя ответственность за целую группу людей для пользы дела.
35. Мне трудно преодолеть застенчивость, когда нужно говорить перед группой людей.
36. Мнение старших по возрасту или положению большого значения для меня не имеет.
37. Мне не трудно заставить других людей действовать так, как я считаю нужным.
38. Я так сильно переживаю неудачи, что у меня ухудшается самочувствие.
39. Я всегда бываю упрям(а) в тех случаях, когда уверен(а) в своей правоте.
40. Если в компании я не нахожусь в центре внимания, мне становится скучно и неинтересно.
41. Никто не может навязать мне свое мнение.
42. Мне нравится путешествовать с разными, каждый раз новыми попутчиками.
43. Я могу изменить свое мнение под давлением окружающих.
44. В поезде я с удовольствием провожу время в беседе с соседями по купе.
45. Я никогда не вру.
46. Я никогда не откладываю на завтра то, что следует сделать сегодня.
47. Я вечно ничем недоволен (недовольна).
48. Я люблю одиночество, позволяющее мне сосредоточиться на своих мыслях.
49. Я умею заинтересовать людей и повести их за собой.
50. Мне нравится командовать другими.
51. Я умею дать отпор тем, кто вмешивается в мои дела.
52. Мне бывает неловко за высказывания и поступки моих близких.
53. Мне нередко приходилось в драке защищать свои права.
54. Я испытываю чувство вины (или даже стыда), если меня преследуют неудачи.
55. Мое настроение находится в сильной зависимости от настроения тех, кто меня окружает.
56. Я добиваюсь своего упорством и настойчивостью.
57. Мне часто бывает скучно, когда вокруг все веселятся.
58. Мое грустное настроение легко исправляется, если я смотрю в кино или по телевизору комедийное представление.

59. Ради сохранения добрых отношений я могу отказаться от своих намерений.
60. Я всегда придерживаюсь общепринятых правил поведения.
61. Меня любят все мои друзья.
62. У меня трагичная судьба.
63. У меня много близких друзей.
64. Я – самый несчастный человек на свете.
65. Мне проще надеяться на других, чем брать на себя ответственность, даже если речь идет о моих проблемах.
66. Я стараюсь быть таким (такой) «как все», не выделяться среди других.
67. Я - человек спокойный, уравновешенный.
68. Я могу долго не реагировать на чьи-то шутки, но потом «взорваться» гневной реакцией.
69. Я очень чувствителен (чувствительна) к изменениям погоды.
70. Я не люблю присутствовать на шумных застольях.
71. Я могу проявить безалаберность в делах, а потом понемногу приводить их в порядок.
72. Я люблю ходить в гости.
73. Мне все равно, что обо мне думают окружающие.
74. Я волнуюсь только по поводу очень больших неприятностей.
75. Я никогда не испытываю желания выругаться.
76. Я никого никогда не обманывал(а).
77. Мне никто не нужен, и я не нужен (не нужна) никому.
78. Я - человек застенчивый.
79. Мне ужасно не везет в жизни.
80. Я часто стараюсь следовать советам более авторитетной личности.
81. Я бы очень переживал(а), если бы кого-то задел(а) или обидел(а).
82. Меня ничем не испугать.
83. Я часто пользуюсь чужими советами при решении своих проблем.
84. В своих неудачах я в первую очередь виню самого (саму) себя.
85. Я совершенно не обращаю внимания на свой стиль одежды.
86. Я не стараюсь планировать свое ближайшее будущее и работу.
87. Когда меня зовут в гости, я чаще всего думаю: «Лучше бы мне остаться дома».
88. Я ничего не знаю о личных проблемах окружающих меня людей.
89. Малейшая неудача резко снижает мое настроение.
90. Я никогда не сержусь.
91. Я отвечал(а) на все вопросы очень правдиво.

БЛАГОДАРИМ ВАС ЗА УДЕЛЕННОЕ ВРЕМЯ!!!