

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАЩИТНЫХ МЕХАНИЗМОВ И КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО ПРОФИЛЯ

**Труфанова О. К.,
Мануйлова О. В.**

В статье обоснована необходимость исследования защитных механизмов и механизмов совладающего поведения у психосоматических больных сердечно-сосудистого профиля. Показана роль копинг-стратегий и личностного реагирования в формировании смыслов отношения к болезни. Рассмотрены отличия типов защитного и совладающего поведения в группах больных с ишемическим заболеванием сердца и церебральным атеросклерозом. Обоснован психолого-методический инструментарий диагностики психологических особенностей защитных механизмов и копинг-стратегий больных сердечно-сосудистого профиля и больных с церебральным атеросклерозом. Выявлены и статистически обоснованы возрастные зависимости доминирования тех или иных защитных механизмов и копинг-стратегий, взаимосвязь самочувствия, активности и настроения с отношением к болезни и удовлетворенностью способами совладания с ней.

Ключевые слова: копинг-стратегии, защитные механизмы, ишемическая болезнь, церебральный атеросклероз, отношение к болезни, соматическая болезнь, типы реакций, психосоматика, диагностика, возрастные особенности.

В настоящее время по-прежнему остаются недостаточно изученными механизмы развития соматических заболеваний при воздействии определенных личностных и поведенческих особенностей на функционирование регуляторных систем. Между тем, психологическая картина соматического страдания преломляется в каждом конкретном случае по-своему, приобретая индивидуально-личностную окраску [10]. Личностное реагирование на болезнь зависит от тех смыслов, которые вкладываются в отношение к собственным проявлениям на витально-биологическом, профессионально-трудовом, социально-психологическом и индивидуально-психологическом (этическом, эстетическом, интимном) уровнях каждого конкретного больного [10].

Исследователи отмечают, что «адаптивные механизмы человека, обеспечивающие гибкость и пластику его психики, располагаются в межуровневых зонах интегральной

индивидуальности, прежде всего со стороны высших, смысловых уровней, зон сознания, индивидуального Я. Так устанавливается равновесие человека с его собственным Я, как и с непростоим для вхождения в него социумом» [1, с. 2–3]. Данное высказывание справедливо для здорового человека, тогда как у человека страдающего обретение смысла становится наиболее сложным и значимым процессом. И этот процесс неразрывно связан с типами реакций больных на их заболевание. М. Боухал, Р. Конечный предлагают следующую классификацию типов реакций больных на заболевание: нормальная – соответствует объективному состоянию больного; пренебрежительная – недооценивают тяжесть болезни; отрицающая – игнорируют факт болезни; нозофобная – имеет место понимание того, что опасения преувеличены, но преодолеть своих опасений больной не может; ипохондрическая – погружение в болезнь; нозофильная – получение удовлет-

ворения от того, что болезнь освобождает от обязанностей; утилитарная – получение известной выгоды от болезни, моральной или материальной [4, 5, 6].

Целый ряд исследователей указывают на наличие типологии психосоциальных реакций на болезнь (Н. Я. Иванов, А. Е. Личко (1980); Ю. Г. Зубарев, А. Р. Квасенко (1980); З. Липовски (1983); Р. Розенман, М. Фридман, Ф. Фричевски (1980); О. К. Труфанова (1998)) [10]. Так, в качестве реакции на информацию о заболевании («значение болезни») рассматривается болезнь как угроза или вызов, при этом типами реакций могут быть противодействие, тревога, уход, борьба. Значению «Болезнь как утрата» при этом сопутствуют такие типы реакций, как депрессия, ипохондрия, растерянность, горе, попытки привлечь к себе внимание, нарушение режима. «Болезнь как выигрыш или избавление» – типы реакций: безразличие, жизнерадостность, нарушение режима, враждебность по отношению к врачу. «Болезнь как наказание» – типы реакций: угнетенность, стыд, гнев. Выделяют и эмоциональное отношение к болезни – тревогу, горе, депрессию, стыд, чувство вины. Реакции преодоления болезни дифференцируются по преобладанию в них когнитивного или поведенческого компонента [11, с. 15]. Такие типы реакций тесно взаимосвязаны с защитными механизмами личности, которые на начальных этапах заболевания и осознания проблемы помогают сохранности внутреннего субъективного мира, но с развитием отношения к болезни только усугубляют неконструктивное воздействие, поскольку при выраженной реакции защитного типа проблема не решается, сознание «защищается» от осмысливания и принятия – избегает, замещает, проецирует, вытесняет, компенсирует и т. д.

Другими механизмами совладания с проблемой являются копинг-механизмы – это конструктивные поведенческие реакции, которые не маскируют проблему, а нацеливают человека на истинное разрешение, поиск адекватного решения. К копинг-механизмам относятся самоконтроль, поиск поддержки, дистанцированность и многие другие. Выраженность и соотношение защитных механизмов и копинг-стратегий в поведении каждого конкретного

психосоматического больного во многом определяют смысловую центрацию отношения к болезни, и, в свою очередь, влияют на ее возникновение.

Несмотря на успехи современной медицины в превентивном направлении, не наблюдается снижения роста частоты случаев возникновения основных психосоматических болезней среди населения, что способствует концентрации научных исследований в области изучения основных механизмов возникновения и прогрессирования хронических заболеваний неинфекционного происхождения [11].

Несмотря на многочисленные исследования, пока не разработан единый подход к оценке роли психологических, поведенческих и соматических факторов в развитии сердечно-сосудистых заболеваний. На наш взгляд, особый интерес представляет проблема роли совладающего поведения как фактора, снижающего уровень эмоционального напряжения у больных [7, 8, 9].

Целью нашего эмпирического исследования стало изучение психологических особенностей защитных механизмов и копинг-стратегий у психосоматических больных сердечно-сосудистого профиля. Экспериментальная группа включала 30 больных с психосоматическим заболеванием ИБС (ишемическая болезнь сердца) и 30 больных сосудистым заболеванием с выраженным психосоматическим этиологическим фактором – церебральным атеросклерозом (церебрастения) в возрасте от 40 до 70 лет.

Задачами исследования явилось изучение стратегий совладающего поведения, особенностей защитных механизмов, степени удовлетворенности больных результатами совладающего поведения и действия защитных механизмов, а также взаимосвязи копинг-стратегий и типов отношений к болезни у психосоматических больных сердечно-сосудистого (ИБС) и сосудистого (ЦА) профиля.

Методики эмпирического исследования: копинг-тест Лазаруса, опросник Келлермана-Плутчика-Конте, тест САН (самочувствие, активность, настроение), личностный опросник Бехтеревского института «ЛОБИ» (А. Е. Личко, Н. Я. Иванов). Применялись методы статистической обработки эмпирических данных:

U-критерий Манна–Уитни и коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Анализ и статистическая обработка полученных результатов (ранговая корреляция Спирмена) выявили отрицательную зависимость между возрастом респондентов обеих групп и такими защитными механизмами, как отрицание реальности, регресс и рационализм (при $p < 0,05$, $t = -0,50$). Из чего следует, что чем выше возраст испытуемых, тем слабее выражены данные защитные механизмы, и, напротив, чем возраст моложе, тем защитные механизмы выражены сильнее. Таким образом, можно говорить об ослаблении психологической адаптации с увеличением возраста пациентов, что требует психологической помощи, более интенсивного психологического сопровождения пожилых больных.

Обнаружена взаимосвязь отрицательного характера между возрастом и такой копинг-стратегией, как «бегство» (при $p < 0,05$, $t = -0,25$): чем старше возраст, тем меньше присутствует в преодолении трудностей данная копинг-стратегия, при действии которой респонденты стараются уйти в какой-либо вид деятельности или состояние, чтобы избежать проблем.

Возраст отрицательно взаимосвязан с такими показателями, как самочувствие (при $p < 0,05$, $t = -0,54$), активность (при $p < 0,05$, $t = -0,40$) и настроение (при $p < 0,05$, $t = -0,55$). То есть чем старше возраст респондентов, тем ниже уровень удовлетворенности качеством жизни и адаптации.

Сравнительный анализ результатов исследования особенностей копинг-стратегий по методике Р. Лазаруса показал, что в группе больных с ишемическими заболеваниями преобладают средние, более адаптивные уровни копинг-механизмов, а также присутствуют низкие показатели напряженности. Высокие показатели напряженности копинг-механизмов характеризуют самоконтроль, поиск социальной поддержки и дистанцированность.

В группе респондентов сосудистого профиля (ЦА) в основном выражены высокие и средние уровни напряженности копинг-механизмов, а низкие (наиболее адаптивные) практически отсутствуют. Среди высоких показателей напряженности копинг-механизмов наиболее вы-

деляются «самоконтроль», «бегство–избегание», «положительная переоценка», причем все они имеют статус дезадаптивного уровня. На втором месте по уровню напряжения находятся такие копинг-механизмы, как «поиск социальной поддержки» и «планирование». Выявлены статистически достоверные различия между двумя группами по выраженности следующих защитных механизмов: «отрицание реальности» (при $p < 0,05$, $t = 0,01$), «регресс», «компенсация», «рационализм» (при $p < 0,05$, $t = 0,01$), «самоконтроль», «бегство» (при $p < 0,05$, $t = 0,02$), «положительная переоценка» (при $p < 0,05$, $t = 0,003$).

У второй группы респондентов с сосудистым заболеванием (ЦА) копинг-механизмы совладающего поведения имеют высокий и средний уровни напряженности, что говорит о том, что респонденты не справляются с трудными жизненными ситуациями. Все наиболее выраженные копинг-механизмы имеют высокий уровень напряженности, граничащий с дезадаптивностью, при этом все копинг-механизмы можно назвать конструктивными – «самоконтроль», «поиск социальной поддержки», «планирование» и «положительная переоценка обстоятельств». К неконструктивным можно отнести «бегство–избегание».

По данным опросника Келлермана–Плутчика–Конте, статистически достоверными являются различия между двумя группами по выраженности механизмов психологической защиты. Для группы респондентов с ишемическим заболеванием сердца свойственна проекция как защитный механизм, т. е. стремление приписывать свои недостатки другим людям. Для группы с церебральным атеросклерозом свойственен рационализм – склонность объяснять необходимостью любые свои недавние или неправильные поступки.

С целью исследования удовлетворенности больных результатами совладающего со стрессом поведения и защитных механизмов мы использовали тест САИ (самочувствие, активность, настроение). Сравнительный анализ респондентов в двух группах указывает на явное отличие уровня самочувствия, настроения и активности у психосоматических больных с сердечно-сосудистым и сосудистым профилем, что является статистически достоверным (при $p < 0,05$, $t = 0,001$).

Таблица 1

Различия выраженности защитных механизмов в двух группах испытуемых по U-критерию Манна–Уитни

Перем.	Манна-Уитни U критерий (Листъв Мануйлова)									
	По перем. Группа									
	Отмеченные критерии значимы на уровне $p < 0,05000$									
	Сум. ранг Серд	Сум. ранг Об	U	Z	p-уров.	Z скорр.	p-уров.	N набл. Серд	N набл. Об	2-х стор точный p
алексит.	1284,000	796,000	331,0000	2,40817	0,016033	2,41290	0,015827	34	30	0,015603
лоби	1019,000	1061,000	424,0000	-1,15700	0,247274	-1,18667	0,235359	34	30	0,251945
(Келт-Плут) реакт обр	695,500	900,500	344,5000	-0,74751	0,454756	-0,76000	0,447253	26	30	0,457773
Отр.реальн	667,500	1223,500	171,5000	-4,23410	0,000023	-4,29285	0,000018	31	30	0,000010
Замещен	604,000	671,000	236,0000	1,34644	0,178161	1,38937	0,164721	21	29	0,183050
Регрес	555,000	1098,000	177,0000	-3,64392	0,000269	-3,67872	0,000234	27	30	0,000176
Компенсация	450,000	928,000	174,0000	-2,93867	0,003296	-2,98720	0,002816	23	29	0,002853
Проекц	906,000	985,000	410,0000	-0,79344	0,427520	-0,80078	0,423258	31	30	0,434473
Вытеснен	972,000	919,000	444,0000	-0,28884	0,772707	-0,29439	0,768462	32	29	0,779809
Рационализм	535,500	1234,500	100,5000	-5,07168	0,000000	-5,11346	0,000000	29	30	0,000000
Коп.Лазарус(Конфр.хоп)	1067,500	1012,500	472,5000	-0,50450	0,613907	-0,50889	0,610828	34	30	0,616224
Дистанцир	1193,500	886,500	421,5000	1,19063	0,233799	1,19572	0,231807	34	30	0,235582
Самоконтр	937,000	1143,000	342,0000	-2,26018	0,023811	-2,27281	0,023038	34	30	0,023507
Поиск соу под	994,500	1085,500	399,5000	-1,48661	0,137120	-1,49379	0,135232	34	30	0,137872
Пр.ответ	1030,500	985,500	435,5000	-0,79292	0,427824	-0,79859	0,424531	34	29	0,430494
Бегство	936,500	1143,500	341,5000	-2,26691	0,023397	-2,27531	0,022888	34	30	0,022669
План.рещ пробл	963,500	1052,500	402,5000	-1,27299	0,203023	-1,27986	0,200596	33	30	0,204549
полож переоц	889,500	1190,500	294,5000	-2,89922	0,003741	-2,91218	0,003589	34	30	0,003288
САН(самоч)	751,000	1329,000	156,0000	-4,76252	0,000002	-4,76974	0,000002	34	30	0,000000
активн	802,000	1278,000	207,0000	-4,07640	0,000046	-4,08084	0,000045	34	30	0,000024
настр	804,500	1275,500	209,5000	-4,04276	0,000053	-4,04624	0,000052	34	30	0,000027

Психосоматическим больным с ишемической болезнью сердца свойственны такие типы реакций на болезнь, как «эргопатический», «гармонический», «неврастенический» и «эйфорический», а больным с сосудистым заболеванием (ЦА) – «гармоничный», «паранойальный» и «эргопатический» (рис. 1).

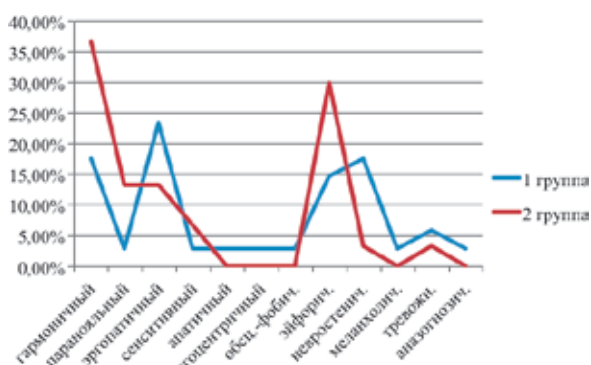


Рисунок 1. Показатели по методике ЛОБИ (Личностный Опросник Бехтеревского Института) в двух группах испытуемых

У респондентов с психосоматическим заболеванием (ИБС) в большей степени выражены типы отношения к болезни, представленные негармоничными особенностями переживания болезни, в то время как у респондентов с церебральным атеросклерозом «разброс» отношений к болезни сокращен на 40 % по сравнению с первой группой и выражены только три типа отношений, среди которых 36,7 % относится к гармоничному типу.

Статистический анализ показал достоверную отрицательную взаимосвязь между шкалами теста «ЛОБИ» и защитным механизмом «вытеснение» (при $p < 0,05$, $t = -0,29$). Чем выше показатели по самочувствию, настроению, другим витальным показателям по «ЛОБИ», тем ниже уровень такого механизма психологической защиты, как вытеснение, и наоборот, чем ниже показатели по «ЛОБИ», тем выше вытеснение. Таким образом, вытеснение как основной защитный механизм доминирует тогда, когда снижаются витальные проявления респондентов (сон, общение, самочувствие, удовлетворенность лечением и собственным самочувствием и т. д.).

В данном исследовании было показано, что психосоматические больные сердечно-сосудистого профиля (ИБС) и сосудистые больные (ЦА) отличаются по психологическим особенностям защитных механизмов и копинг-стратегий. У респондентов с ишемической болезнью сердца наблюдаются сформировавшиеся механизмы совладающего со стрессом поведения. Все наиболее выраженные копинг-механизмы имеют высокий уровень напряженности, граничащий с дезадаптивностью. Обычно копинг-механизмы не рассматривают как адаптивные и дезадаптивные, поскольку при разнообразии факторов и внешних обстоятельств одни и те же типы совладающего со стрессом поведения могут либо улучшить, либо ухудшить ситуацию. Однако, рассматривая сознательное поведение, направленное на активное изменение, преобразование ситуации, поддающейся контролю, или на приспособление к ней, если ситуация не поддается контролю, и уровнем затрачивания внутренних ресурсов, мы можем говорить о склонности лиц, страдающих ИБС, к дезадаптации.

Также все выраженные копинг-механизмы у респондентов сердечно-сосудистого профиля можно назвать конструктивными: «самоконтроль», «поиск социальной поддержки», «планирование» и «положительная переоценка обстоятельств». К неконструктивным можно отнести «бегство–избегание».

В группе респондентов с ишемической болезнью сердца преобладают низкие показатели по всем защитным механизмам, а в группе больных сосудистого профиля (ЦА) – средние, что можно рассматривать как тенденцию к развитию высоких показателей защитных механизмов.

Для группы респондентов с ишемической болезнью сердца свойственна проекция как защитный механизм, то есть стремление приписывать свои недостатки другим людям. Для группы больных сосудистого профиля (ЦА) свойственен рационализм – склонность объяснять необходимостью любые свои недальновидные или некрасивые поступки.

Выявлено явное отличие уровня самочувствия, настроения и активности у психосоматических больных с сердечно-сосудистым (ИБС) заболеванием и у больных с сосудистым заболеванием (ЦА). При 100 % выраженности высоких показателей самочувствия и активности у второй группы респондентов, в первой группе эти показатели имеют просто высокий уровень выраженности. Основное отличие приходится на настроение испытуемых. В группе с ИБС оно в равной степени представлено высоким и средним показателями, причем высокий показатель уступает среднему на 5 %. В этой группе отмечается также низкий показатель настроения. Настроение определяется как достаточно продолжительный эмоциональный процесс невысокой интенсивности, который образует эмоциональный фон для протекающих психических и соматических процессов, поэтому показатель настроения является достаточно важным в сравнительном анализе состояний испытуемых. Респонденты с сосудистым заболеванием (ЦА) оценили у себя высокий уровень самочувствия, активности и настроения.

Психосоматические больные с ишемической болезнью сердца отличаются такими типами реакций на болезнь как «эргопатический», «гар-

моничный», «неврастенический» и «эйфорический», а больным с сосудистым профилем (ЦА) свойственны «гармоничный», «паранойяльный» и «эргопатический» типы.

Была выявлена закономерность между возрастными особенностями респондентов, их заболеванием, механизмами психологической защиты и способами совладания с болезнью. Эта закономерность во многом объясняет смысловые центрации и жизненные принципы, когда речь идет о боли и страдании. Чем моложе респонденты, тем сильнее у них выражены такие защитные механизмы, как отрицание реальности, регресс, рационализм, и соответственно, чем старше респонденты, тем эти защитные механизмы выражены слабее. Чем старше возраст, тем меньше выражена такая копинг-стратегия, при которой респонденты стараются уйти в какой-либо вид деятельности или состояние, чтобы избежать проблем («бегство»). Чем старше возраст респондентов в группах, тем ниже уровень самочувствия, настроения и активности.

Была выявлена еще одна закономерность, относящаяся к порождению смысла в противостоянии болезни. Первая группа респондентов с ишемической болезнью сердца находится на постоянном учете у лечащего врача, имеет опыт диагностики и лечения, постоянно поддерживает свое здоровье, поэтому у данных респондентов в минимальной степени выражены неконструктивные защиты, стратегии совладающего со стрессом поведения доминируют. Респонденты второй группы не считают себя хроническими больными, обращаются к врачу редко, в их картине жизни и отношении к болезни нет выработанного алгоритма совладания с болезнью и защитные типы поведения доминируют, продолжая усиливать психосоматические проявления.

Нам представляется, что полученные эмпирические результаты могут быть полезны в психолого-профилактической работе с людьми, страдающими сердечно-сосудистыми заболеваниями, с целью не только облегчить страдания, выработать конструктивные методы совладания с болезнью, но и постигнуть смысл своего отношения к болезни, рефлексировать свое собственное поведение и жизненные смыслы.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абакумова И. В., Бидрат М. Д.* Психолого-смысловые аспекты интегративной организации учебного процесса. – Ростов н/Д: Изд-во РГУ, 2003. – 28 с.
2. *Абакумова И. В., Кагермазова Л. Ц.* Технологии направленной трансляции смыслов в обучении // Российский психологический журнал. – 2008. – № 4. – С. 12.
3. *Братусь Б. С.* Смысловая сфера личности. – М.: Проспект, 2004. – 256 с.
4. *Никитина Ю. М., Копылов Ф. Ю.* Психосоматические аспекты ишемической болезни сердца // Врач. – 2008. – № 4. – С. 2–5.
5. *Конечный Р., Боухал М.* Психология в медицине. – Прага, 1974. – 200 с.
6. *Копылов Ф. Ю., Сыркин А. Л., Дробижев М. Ю., Висуров С. А., Медведев В. Э.* Клинические и психосоматические особенности течения гипертонической болезни в условиях хронического стресса // Клиническая медицина. – 2008. – № 2. – С. 23–26.
7. *Лурия Р. А.* Внутренняя картина болезни. – М.: Медицина, 2002. – 305 с.
8. *Медведев В. Э., Копылов Ф. Ю.* Реакции на соматическое заболевание у пациентов с длительным течением ишемической болезни сердца // Материалы Российской конференции «Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии». – 2007. – С. 69.
9. *Труфанова О. К.* Особенности психологического времени личности при хронических соматических заболеваниях // Северо-Кавказский психологический вестник. – 2008. – № 3. – С. 23–35.
10. *Труфанова О. К.* Психологическая характеристика состояний «здоровье» и «болезнь» // Методическое пособие по изучению курса «Клиническая психология». – Ростов-на-Дону: Изд-во РГУ, 1998. – С. 26.
11. *Bresser P. J., Sexton D. L., Foell D. W.* Patients' responses to postponement of coronary artery bypass graft surgery // Image – J. Nurs. Sch. – 1993. – V. 25. – pp. 5–10.
12. *Glazer K. M., Emery C. F., Frind D. J. et al.* Psychological predictors of adherence and outcomes among patients in cardiac rehabilitation // J. Cardiopulm Rehabilitation. – 2002. – V. 22 (1). – pp. 40–46.
13. *Guinjoan S. M., de Guevara M. S., Correa C.* Cardiac parasympathetic dysfunction related to depression in older adults with acute coronary syndromes // J. Psychosom. Res. – 2004. – V. 56. – pp. 83–88.