

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ СОВЛАДАНИЯ С КРИЗИСНОЙ СИТУАЦИЕЙ МАНИФЕСТАЦИИ БОЛЕЗНИ У МУЖЧИН С РАЗНЫМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ

Горьковская И. А.¹, Сорокин Л. А.², Зубарева О. А.¹

¹ФГБОУ ВПО «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена», Санкт-Петербург, Россия (191186, Санкт-Петербург, Набережная реки Мойки, д. 48, корп. 11); e-mail: zyooyz@gmail.com

²ГБУЗ «Городская больница Святой преподобной ученицы Елизаветы», Санкт-Петербург, Россия (195257, Санкт-Петербург, ул. Вавиловых, 14)

Изучены факторы совладающего поведения с кризисной ситуацией манифестации острой формы ишемической болезни сердца у мужчин с инфарктом миокарда (n = 34) и нестабильной стенокардией (n = 36) в возрасте от 35 до 55 лет. В группе мужчин с инфарктом миокарда обнаружено пять факторов: «фактор неадаптивного реагирования на болезнь», «рациональное или эмоциональное реагирование на болезнь», «принятие или делегирование ответственности за здоровье», «отрицание или уход в болезнь», «неадаптивное совладание с кризисной ситуацией». В группе мужчин с нестабильной стенокардией обнаружено четыре фактора: «отрицание или уход в болезнь», «поиск помощи в окружении», «уход от болезни в другие сферы», «противоречивое поведение в совладании с кризисной ситуацией манифестации болезни». Мужчины с инфарктом миокарда в совладании с кризисной ситуацией стремятся контролировать эмоциональные и поведенческие реакции, в то время как мужчины с нестабильной стенокардией стремятся уйти от болезни в значимые сферы жизнедеятельности. Мужчины с нестабильной стенокардией испытывают более широкий спектр негативных эмоций в отношении к болезни и используют больше копинг-стратегий в совладании с кризисной ситуацией, однако имеют неустойчивую систему совладания. Мужчины с инфарктом миокарда либо делегируют на окружение ответственность за здоровье, либо исключают социальную поддержку, в то время как мужчины с нестабильной стенокардией используют социальную поддержку как ресурс совладающего поведения.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия, совладание с кризисной ситуацией.

PSYCHOLOGICAL FACTORS OF COPING WITH THE CRISIS OF MANIFESTATION OF THE DISEASE IN MEN WITH DIFFERENT FORMS OF ACUTE CORONARY HEART DISEASE

Gorkovaya I. A.¹, Sorokin L. A.², Zubareva O. A.¹

¹The Herzen State Pedagogical University of Russia, St. Petersburg (191186, St. Petersburg, 48, Moika Emb., bld.11); e-mail: zyooyz@gmail.com

²Hospital of the Saint Elizabeth, St. Petersburg, Russia (195257, Saint-Petersburg, st. Vavilovikh, 14)

The factors of coping with the crisis situation of acute manifestation of coronary heart disease were studied in men aged 35 to 55 years with myocardial infarction (n = 34) and unstable stenocardia (n = 36). Five factors were found in the group of men with myocardial infarction: "the factor of nonadaptive response to the disease", "rational or emotional response to the disease", "acceptance or delegation of responsibility for the health", "anosognosia or advantage by illness", "nonadaptive coping with the crisis situation". Four factors were found in the group of patients with unstable stenocardia: "anosognosia or advantage by illness", "search for help in an environment", "avoiding the disease to other areas", "contradictory behavior in coping with the crisis of manifestations of the disease". Men with myocardial infarction tend to control emotional and behavioral reactions in coping with the crisis, while men with unstable stenocardia tend to move away from the disease in the important spheres of life. Men with unstable stenocardia suffer a greater number of negative emotions in relation to the disease and use more coping strategies in coping with the crisis, but their system of coping is unstable. Men with myocardial infarction delegate the responsibility for the health to the environment or eliminate social support, while men with unstable stenocardia use social support as a resource of coping.

Keywords: myocardial infarction, unstable stenocardia, coping with a crisis situation.

Зачастую в психологической литературе в качестве кризисных ситуаций рассматривают тяжелые соматические заболевания, характеризующиеся

«неопределенностью положения, прогнозов на будущее, боязнью скорого смертельного исхода, наличием необходимости длительного лечения, оперативного вмешательства, а в связи с этим боязнью страданий, рецидива» [7, 128 с.]. Манифестация ишемической болезни сердца (ИБС) может стать причиной социальной и психологической дезадаптации у мужчин трудоспособного возраста. Риск частичной или полной нетрудоспособности, как следствие возникновения заболевания, может восприниматься как сильный стресс, ведущий к кризису [5]. Постоянный прием лекарственных препаратов, диетические ограничения, отказ от курения, снижение стресса – необходимые для предотвращения ухудшения соматического состояния и развития рецидива острой формы ИБС – ставят пациента перед необходимостью адаптироваться, перестраивая всю систему отношений с учетом возникшего заболевания. Для улучшения адаптации пациента в ситуации манифестации заболевания необходимо предотвращение вторичных по отношению к болезни нарушений в системе отношений и психогенно обусловленных рецидивов заболевания. Все это предполагает учет в психокоррекционной работе психологических факторов как способствующих адаптации человека в условиях хронического заболевания, так и препятствующих ей [1]. Все вышеуказанное, а также недостаточная изученность совладающего поведения у пациентов с нестабильной стенокардией в сравнении с пациентами с инфарктом миокарда, обуславливает актуальность изучения психологических факторов совладания с кризисной ситуацией манифестации болезни у пациентов с острыми формами ИБС.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 34 мужчины с инфарктом миокарда, чей средний возраст составил $46,2 \pm 5,2$ лет, и 36 мужчин с нестабильной стенокардией, чей средний возраст составил $45,2 \pm 5,8$ лет. В выборку включались пациенты с впервые выявленной ИБС в острой форме, без неврологических и психиатрических заболеваний, а также без сопутствующих хронических заболеваний в стадии декомпенсации.

При проведении исследования использованы следующие психодиагностические методики: «Методика диагностики уровня субъективного контроля» Дж. Роттера в адаптации Е.Ф. Бажина [4]; «Методика диагностики типов отношения к болезни» (ТОБОЛ), разработанная в Научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.И. Бехтерева [2]. «Опросник способов копинга Р. Лазаруса» в стандартизации и адаптации в лаборатории клинической психологии института им. В.М. Бехтерева [3]; Опросник социальной поддержки (F-SOZU-22) в адаптации А.Б. Холмогоровой [8]. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью программного пакета IBM SPSS statistics 20, выполнен факторный анализ.

Исследование проводилось на инфарктном отделении Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городской больницы Святой преподобномученицы Елизаветы».

Результаты и обсуждение

В результате проведения факторного анализа в группе мужчин с инфарктом миокарда обнаружено пять факторов совладания с кризисной ситуацией манифестации болезни: «неадаптивное реагирование на болезнь», «рациональное или эмоциональное реагирование на болезнь», «принятие или делегирование ответственности за здоровье», «отрицание или уход в болезнь», «неадаптивное совладание с кризисной ситуацией».

Первый фактор включает копинг-стратегию «конфронтация», а также следующие типы отношения к болезни: неврастенический, эгоцентрический, паранойяльный, дисфорический. Все переменные имеют положительную факторную нагрузку, фактор является униполярным. В данном факторе представлены негармоничные типы отношения к болезни, характеризующиеся интерпсихической реакцией, негативными эмоциями, связанными с болезнью, а также внешне обвинительными реакциями. Данный фактор отражает связь негармоничных типов отношения к болезни и неадаптивного совладания с кризисной ситуацией и был условно назван «неадаптивное реагирование на болезнь».

Второй фактор в группе мужчин с инфарктом миокарда биполярный. Положительный полюс данного фактора представлен копинг-стратегиями «самоконтроль» и «планирование решения проблемы», а также эргопатическим и сенситивным типами отношения к болезни. Отрицательный полюс представлен меланхолическим и апатическим типами отношения к болезни. Использование копинг-стратегий «самоконтроль» и «планирование решения проблемы» характеризуется преодолением стрессовой ситуации при помощи конструктивного анализа, а также целенаправленного разрешения ситуации. Пациенты склонны контролировать поведение, эмоциональные проявления. Наличие в факторе эргопатического и сенситивного типов отношения к болезни свидетельствует о том, что пациенты с инфарктом миокарда, ориентированные на мнение окружающих людей, стремятся сохранить свой социальный статус и вовлеченность в трудовую деятельность в том же качестве, что и до болезни. Представленные на отрицательном полюсе меланхолический и апатический типы отношения к болезни, напротив, характеризуются уходом в болезнь, пассивным принятием болезни, подавленным, угнетенным состоянием. Таким образом, фактор отражает способ реагирования на болезнь: часть пациентов более рационально реагируют на болезнь, а часть уходит в меланхолию и апатию. Фактор условно назван «рациональное или эмоциональное реагирование на болезнь».

Третий фактор представлен интернальностью здоровья, эмоциональной поддержкой, инструментальной поддержкой, социальной интеграцией. Положительный полюс данного фактора представлен внутренним локусом контроля в области здоровья. Отрицательный полюс представлен показателями социальной поддержки: чувством доверительной близости, практической и материальной поддержкой, вовлеченностью в социум. Данный фактор отражает то, что в отношении здоровья пациенты с инфарктом миокарда либо принимают ответственность за здоровье на себя, исключая социальную поддержку, либо полностью перекалывают ответственность за свое здоровье на окружающих. Фактор был условно назван «принятие или делегирование ответственности за здоровье».

Четвертый фактор является биполярным. Положительный полюс представлен тревожным и ипохондрическим типами отношения к болезни, на отрицательный полюс – анозогностическим типом отношения к болезни и удовлетворенность социальной поддержкой. Негармоничное отношение к болезни, проявляющееся в интрапсихической направленности реагирования, связано с ощущением незащищенности и небезопасности, в то время как отрицание болезни связано, напротив, с удовлетворенностью социальной поддержкой. Таким образом, мужчины либо отрицают свою болезнь и не хотят по этому поводу взаимодействовать с окружением, вероятно, в силу того, что это окружение напоминает им о существовании болезни, либо, напротив, уходят в болезнь, позволяя себе оказаться в зависимости от окружающих. Фактор был условно назван «отрицание или уход в болезнь».

Пятый фактор включает в себя копинг-стратегии «дистанцирование», «принятие ответственности», «бегство-избегание». Фактор является униполярным, все переменные имеют положительную факторную нагрузку. Фактор отражает совладание с кризисной ситуацией болезни по типу уклонения, путем снижения ее эмоциональной значимости, в результате чего возможно обесценивание собственных переживаний. Но в то же время использование стратегии «принятие ответственности» характеризуется проявлением самокритичности и самообвинением, признанием собственной роли и ответственности в возникновении ситуации. Фактор условно назван «неадаптивное совладание с кризисной ситуацией».

В результате проведения факторного анализа в группе пациентов с нестабильной стенокардией выявлено четыре фактора совладания с кризисной ситуацией болезни: «отрицание или уход в болезнь», «поиск помощи в окружении», «уход от болезни в другие сферы», «противоречивое поведение в совладании с кризисной ситуацией манифестации болезни».

Первый фактор представлен на положительном полюсе тревожным, ипохондрическим, неврастеническим, меланхолическим, апатическим типами отношения к болезни, на отрицательном полюсе – анозогнозическим типом отношения к болезни, фактор биполярный. Переменные, представленные на положительном полюсе, характеризуются интрапсихической направленностью реагирования на болезнь, повышенным беспокойством по поводу своего состояния здоровья. Анозогнозический тип отношения к болезни, напротив, характеризуется отрицанием болезни, а также возможных последствий. Фактор был условно назван «отрицание или уход в болезнь».

Второй фактор представлен копинг-стратегиями: «положительная переоценка», «конфронтация», «принятие ответственности», «бегство-избегание», также в фактор вошли эгоцентрический и паранойяльный типы отношения к болезни. Все переменные имеют положительную факторную нагрузку, фактор является униполярным. В факторе присутствуют как адаптивные, так и неадаптивные копинг-стратегии. Адаптивная копинг-стратегия «положительная переоценка» предполагает переосмысление кризисной ситуации в качестве стимула для личностного роста, неадаптивные копинг-стратегии «конфронтация», «принятие ответственности», «бегство-избегание», проявляются в агрессивных усилиях по преодолению кризисной ситуации, признанию своей ответственности за решение ситуации, реагировании по типу уклонения. Вошедший в данный фактор эгоцентрический тип отношения к болезни характеризуется поиском выгод из болезни и стремлением привлечь к себе внимание окружающих. Паранойяльный тип отношения к болезни характеризуется внешне обвинительными реакциями. Негармоничные типы отношения к болезни у мужчин с нестабильной стенокардией связаны одновременно и с адаптивными копинг-стратегиями, и с неадаптивными, то есть пациенты не могут решить, как им действовать. Фактор отражает неустойчивость системы совладания с негативными переживаниями в отношении к болезни и был назван «противоречивое поведение в совладании с кризисной ситуацией манифестации болезни».

Третий фактор включает копинг-стратегии «поиск социальной поддержки» и «планирование решения проблемы», эмоциональная поддержка, инструментальная поддержка, социальная интеграция. Все переменные имеют положительную факторную нагрузку, фактор является униполярным. Полученные данные свидетельствуют о том, что использование пациентами с нестабильной стенокардией адаптивных копинг-стратегий, заключающихся в поиске социальных ресурсов, анализе ситуации и планировании действий с учетом прошлого опыта и имеющихся возможностей, связано с высоким уровнем социальной поддержки и ее компонентов. Фактор был условно назван «поиск помощи в окружении».

Четвертый фактор представлен интернальностью межличностных отношений, копинг-стратегией «самоконтроль» и эргопатическим типом отношения к болезни. Все переменные имеют положительную факторную нагрузку, фактор является униполярным. Данный фактор отражает стремление контролировать свое поведение, эмоциональные проявления, значимые отношения с другими людьми, самостоятельно формировать свой круг общения, а также ответственное отношение к работе. Фактор был условно назван «фактор ухода от болезни в другие сферы».

Заключение

В результате проведенного исследования выявлено, что психологические факторы совладающего поведения с кризисной ситуацией манифестации болезни имеют специфические особенности у мужчин с инфарктом миокарда и у мужчин с нестабильной стенокардией.

Выявленные в группе мужчин с инфарктом миокарда факторы совладания с кризисной ситуацией манифестации болезни: «неадаптивное реагирование на болезнь», «рациональное или эмоциональное реагирование на болезнь» отражают значимость эмоциональных переживаний в возникшей кризисной ситуации. Для успешного совладания с кризисной ситуацией манифестацией болезни пациенты с инфарктом миокарда прибегают главным образом к контролю своих эмоциональных и поведенческих проявлений, что отражено в факторе «рациональное или эмоциональное реагирование на болезнь», на что указывают присутствующие в факторе копинг-стратегии «самоконтроль» и «планирование решения проблемы».

Выявленные у мужчин с нестабильной стенокардией факторы совладания с кризисной ситуацией манифестации болезни отражают стремление справиться с возникшей кризисной ситуацией, что проявляется в отрицании болезни, поиске помощи в окружении, уходе от болезни в другие сферы жизнедеятельности. Однако мужчины с нестабильной стенокардией находятся в растерянности и не знают, какой стратегией лучше воспользоваться, что наиболее наглядно отражено в факторе «противоречивое поведение в совладании с кризисной ситуацией болезни», где представлены адаптивные и неадаптивные способы совладания. Фактор «противоречивое поведение в совладании с кризисной ситуацией болезни» демонстрирует неустойчивость системы совладающего поведения с кризисной ситуацией манифестации болезни.

Фактор «отрицания или ухода в болезнь» обнаружен в обеих исследуемых группах, однако данный фактор несколько специфичен в каждой группе. У пациентов с инфарктом миокарда он представлен тревожным и ипохондрическим типами отношения к болезни, в то время как у мужчин с нестабильной стенокардией, кроме указанных типов, представлены

также неврастенический, меланхолический, апатический типы отношения к болезни. Таким образом, у мужчин с нестабильной стенокардией спектр негативных переживаний в отношении к болезни более широкий, чем у мужчин с инфарктом миокарда, и включает как беспокойство и мнительность, так и раздражительность по отношению к болезни, и безразличие.

Роль социальной поддержки в совладании с кризисной ситуацией манифестации болезни у мужчин с инфарктом миокарда отражена в факторе «принятие или делегирование ответственности за здоровье», у мужчин с нестабильной стенокардией – в факторе «поиск помощи в окружении». Мужчины с инфарктом миокарда в вопросах, связанных со здоровьем, либо полностью делегируют на окружение ответственность за здоровье, либо исключают социальную поддержку. Мужчины с нестабильной стенокардией, напротив, используют социальную поддержку как внешний ресурс совладающего поведения и обращаются за помощью в преодолении кризисной ситуации к окружению.

Список литературы

1. Бурлачук Л.Ф., Коржова Е.Ю. Психология жизненных ситуаций: учебное пособие. – М.: Российское педагогическое агентство, 1998. – 263 с.
2. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей. – СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. – 32 с.
3. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р., Трифонова Е.А. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями: пособие для врачей и медицинских психологов. – СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2009. – 37 с.
4. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / под ред. Д.Я. Райгородского. – Самара: Издательский Дом «БАХРАХ-М», 2001. – 672 с.
5. Ромек В.Г., Контрович В.А., Крукович Е.И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / В.Г. Ромек. – СПб.: Речь, 2004. – 256 с.
6. Сыркин А.Л. Инфаркт миокарда. – М.: МИА, 2003. – 466 с.
7. Тхостов А.Ш., Степанович Д.А. Влияние кризисной жизненной ситуации на структуру самооценки // Вопросы психологии. – 1987. – № 2. – С.128–134.
8. Холмогорова А.Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра. – М.: Изд. «МЕДПРАКТИКАМ», 2011. – 480 с.

Рецензенты:

Коржова Е.Ю., д.псих.н., профессор, заведующая кафедрой психологии человека ФГБОУ ВПО «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена», г. Санкт-Петербург;

Манеров В.Х., д.псих.н., профессор, профессор кафедры психологии профессиональной деятельности ФГБОУ ВПО «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена», г. Санкт-Петербург.