© Н.Н.Петрова, И.А.Васильева, 1998
УДК 616.61-085.38-082.5+159.9

Н.Н.Петрова, И.А.Васильева

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ МЕТОДОМ ПЕРМАНЕНТНОГО ГЕМОДИАЛИЗА

N.N.Petrova, I.A.Vasilieva

PSYCHOLOGICAL PORTRAIT OF PATIENTS UNDER CHRONIC HAEMODIALYSIS

Научно-исследовательский институт нефрологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова, Россия

РЕФЕРАТ

Перманентный гемодиализ, как специфическая искусственно созданная форма жизни, сопряженная с постоянной витальной угрозой, обусловливает особенности психической адаптации пациентов, что отражается в характере психологической защиты, личностных изменений, системе отношений больных.

Ключевые слова: психология, адаптация, гемодиализ.

ABSTRACT

Chronic haemodialysis as a specific artificial form of life associated with permanent vital threat causes the peculiarity of psychic adaptation of patients which is responsible for the character of psychological defence, personal features, system of relations.

Key words: psychology, adaptation, haemodialysis.

ВВЕДЕНИЕ

Лечение перманентным гемодиализом (ГД) сопряжено с постоянной витальной угрозой, приводит к выраженным физическим, психологическим и социальным нарушениям, формированию новой искусственной формы жизни. Это обусловливает необходимость адаптации индивидуума к изменившимся условиям жизнедеятельности, установлению нового устойчивого, пусть даже патологического, равновесия, ведущего к сохранению гомеостаза. Психическая адаптация является результатом включения психологических механизмов, направленных на приспособление личности к хронической ситуации фрустрации — психологической защиты как глубинной, устойчивой системы. Процессы адаптации больных и здоровых людей также связаны со способностью и умением личности справляться с социальными сложностями и условиями окружающей среды, получившими название механизмов совладания (копинг-поведения). Копинг-механизмы существенно влияют на функционирование личности и в последнее время им уделяется большое внимание отечественных и зарубежных исследователей [3 — 6].

«Платой» за адаптацию служит трансформация личности, которую можно, с одной стороны, рассматривать как патологическое развитие на фоне болезни, а с другой стороны, как совокупность черт, приобретенных в процессе психической адаптации и направленных на приспособление к хронической психотравмирующей ситуации витальной угрозы.

На основании обобщения результатов исследования особенностей адаптационного процесса в специфической ситуации витальной угрозы, складывающейся в условиях лечения ГД, были определены основные черты «психологического портрета» пациента на ГД.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 150 больных, получающих лечение централизованным ГД (длительность лечения — 45,2±17,6 мес). 31,8% пациентов находились на этапе адаптации к ГД, большинство — на этапе стабильного ГД. Программный ГД осуществляли на полностью компьютеризированных индивидуальных мониторах. Проводили низкоточный диализ (с кровотоком примерно 300 мл/мин), продолжительностью сеанса 5—6 ч и частотой сеансов 3 раза в неделю. Лечение

осуществляли на аппаратах «искусственная почка» фирмы «Althin», «Gambro-AK10» с применением капиллярных диализаторов, бикарбонатного диализующего раствора и системы очистки воды.

В исследовании использовали клинико-психопатологический метод в сочетании с экспериментально-психологическими методиками для изучения механизмов психологической защиты (МПЗ) — «Индекс жизненного стиля» Келлермана—Плутчека и копинг-поведения — опросник Э.Хейма. Особенности личности диагностировали с применением 16-факторного личностного опросника Кеттелла. Психическое состояние пациента, основные зоны конфликта, нарушение системы отношений оценивали с помощью проективной методики цветовых предпочтений Люшера и незаконченных предложений. Для изучения ятрогенных механизмов психических расстройств у больных при лечении ГД использовали экспериментально-психологическую методику «оценочного конструирования». Систему отношений больных исследовали с помощью методики «Тип отношения к болезни», предназначенной для хронических соматических заболеваний. Ее теоретической основой послужила концепция «психологии отношений» В.Н.Мясищева. Метод позволяет диагностировать сложившийся под влиянием болезни паттерн отношений к заболеванию и лечению, врачам и медперсоналу, родным и близким, окружающим, работе (учебе), одиночеству, прошлому и будущему, а также к своим витальным функциям (самочувствие, настроение, сон, аппетит). Э.Б. Карпова [1] считает, что диагностика типов отношения к болезни предоставляет информацию, необходимую для оптимального построения реабилитационных программ. Характер реагирования в сложных фрустрирующих ситуациях оценивали на основе теста «Рисуночной ассоциации» Розенцвейга. Под фрустрацией понимается «состояние человека, выражающееся в характерных особенностях переживаний и поведения и вызываемое объективно непреодолимыми (или субъективно так понимаемыми) трудностями, возникающими на пути к достижению цели или решению задачи». С.Розенцвейг ввел также понятие фрустрационной толерантности. Под фрустрационной толерантностью подразумевается выносливость человека по отношению к фрустрирующим ситуациям. Она характеризует возможности индивида справляться со сложными ситуациями. В основе ее лежит способность адекватно оценить трудную ситуацию и найти рациональный выход из конфликта. Препятствия, дезорганизующие деятельность, имеют, как правило, социальную природу и связаны с ломкой социального статуса, изменением социальных ролей, нравственными утратами.

Полученные данные обработаны статистически с использованием критерия Стьюдента, линейного корреляционного, множественного регрессионного и факторного анализа.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Наличие психологических конфликтных ситуаций в различных сферах жизнедеятельности в условиях лечения ГД демонстрирует «роза качества жизни» (рис. 1). Наиболее неблагополучными сферами являются «жизненные цели», «страхи и опасения» и «чувство вины». Наименее конфликтны отношения с друзьями, знакомыми, сотрудниками и подчиненными, что может свидетельствовать о смещении интересов в другие сферы. 76% больных дают положительную оценку таких жизненных сфер, как досуг, семья, секс. В целом, общение является источником конфликта лишь для 14% диализных больных.

С переходом к лечению ГД здоровье становится главной жизненной ценностью для больных (84% случаев). Сравнительный анализ показал, что совпадение понятий счастья и здоровья встречается у больных с ХПН на консервативном этапе лечения лишь в 22% случаев. Таким образом, направленность на сохранение здоровья доминирует в структуре мотивации больных. При лечении ГД в большей степени, чем у пациентов консервативного этапа, фрустрирована потребность социального достижения. Типична высокая конфликтность в об-

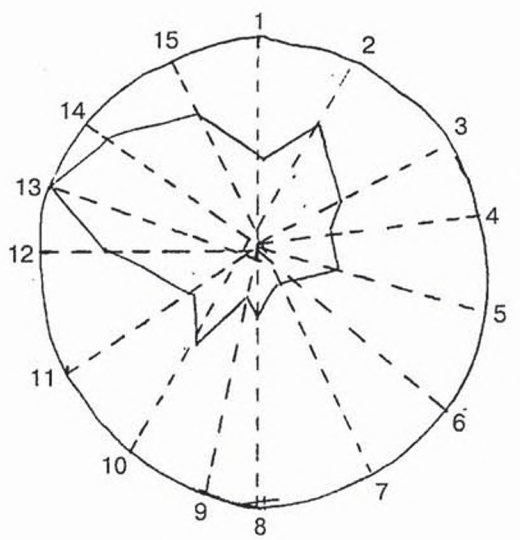

Рис. 1. Сферы отношений гемодиализных пациентов.

1 — отношение к матери; 2 — к отцу; 3 — к семье; 4 — к противоположному полу; 5 — к сексу; 6 — к друзьям; 7 — к коллегам; 8 — к вышестоящим; 9 — к подчиненным; 10 — к себе; 11 — к прошлому; 12 — к будущему; 13 — жизненные цели; 14 — страхи и опасения; 15 — чувство вины.

ласти жизненных целей, прямо коррелирующая с частотой депрессивных расстройств.

Трансформация системы жизненных ценностей, актуальность поиска смысла жизни, необходимость приспособления к новым условиям жизни, искусственно созданным при лечении ГД, воздействие на психику больных специфических психотравмирующих факторов, связанных с ГД, ведет к активизации психологической защиты.

Повышенная интенсивность большинства МПЗ по сравнению с общей популяцией указывает на наличие фрустрации и актуальность процесса адаптации. Интенсивность напряжения вытеснения (устранения из сознания субъективно значимых переживаний) свидетельствует о подверженности этих пациентов психосоматическим расстройствам.

Демонстрируют действие психологической защиты следующие клинические примеры. На вопрос о будущем пациенты на ГД часто отвечали: «буду бабушкой» (бездетные пациентки), «буду старая, буду копаться в огороде» — проявление вытеснения. Таким образом, больные «защищаются» от сознания неизбежной скорой смерти и отсутствия перспектив. Высказывания: «наступит день, когда не будет ГД», «когда я снова буду здоров» также иллюстрируют вытеснение мыслей о неизлечимости болезни. Примером рационализации может служить отношение женщин, получающих лечение ГД и не имеющих возможности иметь детей, к рождению ребенка: «Зачем рожать ребенка-урода», «Рождение ребенка может повредить моему здоровью». МПЗ по типу переключения проявляется в актуализации интереса к семье, работе, воспитанию детей, прочим жизненным сферам, не привлекавшим ранее. Уход от проблем находит выражение в ответах, оторванных от реальности, в погруженности в вымышленные, «книжные» переживания, «детские увлечения», например, различные формы коллекционирования.

При регрессии (возврат к инфантильным формам реагирования) отмечаются повышенная частота развития психических расстройств (68%) и закономерное возникновение ряда депрессивных симптомов, что свидетельствует о неэффективности этого МПЗ для больных, находящихся на ГД. Благоприятно для этого контингента больных наличие МПЗ по типу вытеснения: «Всячески стараюсь не думать о своих неприятностях» (частота психических расстройств — 17%).

Такая личностная характеристика как тревожность сочетается с напряжением всех МПЗ, за исключением вытеснения и отрицания, которые являются наиболее эффективными в отношении профилактики психогенных расстройств в специфических условиях лечения методом ГД. Женщины, получающие ГД, отличаются превалированием регрессии, гиперкомпенсации и проекции (перенос на окружающих собственных негативных чувств и представлений), являющихся, по нашим данным, неэффективными защитными механизмами. Таким образом, больные женского пола с повышенной тревожностью особенно предрасположены к психотравмирующим воздействиям и представляют собой группу риска в плане развития эмоциональных расстройств.

Нарастание с возрастом гиперкомпенсации, связанной с чрезмерной активизацией больных в доступных сферах деятельности, специфично для ГД и также, по-видимому, отражает процесс адаптации к лечению, способствует успешной реабилитации пациентов.

Личностные особенности больных и психологическая защита определенным образом взаимодействуют между собой, и результатом этого взаимодействия является адекватность или неадекватность процесса адаптации.

Установлено превалирование определенных МПЗ у больных с разными типами личности, что позволяет оценить вероятность развития психических расстройств.

В целом, синтонным, эпилептоидным и гипертимным личностям не свойствен МПЗ по типу ухода (регрессии), что создает предпосылки для их устойчивости в условиях фрустрирующей ситуации. У эпилептоидных и сенситивных больных преобладает рационализация, у истероидных — вытеснение, у инфантильных — вытеснение и уход. Значимых различий по частоте встречаемости типов психологической защиты у тревожно-мнительных больных не обнаружено.

По частоте психических расстройств в зависимости от типа личности обследованные пациенты подразделились на три группы (рис. 2).

В первую группу вошли лица с синтонными и эпилептоидными особенностями личности, у которых наблюдается наименьшая частота психогенных нарушений. Во вторую группу были включены пациенты с тревожно-мнительными и сенситивными чертами. У них зарегистрирована максимальная частота расстройств. Различия между этими группами — на высоком уровне статистической значимости ($p<0,001$). Промежуточное положение занимают инфантильные, гипертимные и истероидные личности.

Изучение комплексного влияния МПЗ и типа личности на возникновение психических расстройств показало, что для эффективности

психологической защиты имеет значение соответствие ее типу личности.

Прогностически благоприятным в плане адаптации к ситуации лечения ГД является использование конструктивных копинг-механизмов. Конструктивные копинг-механизмы встречаются у 54% пациентов, конструктивные механизмы в сумме с относительно конструктивными — у 77% пациентов ГД.

В поведенческой сфере преобладает альтруизм, относящийся к конструктивным механизмам (25% больных), характерны сотрудничество и обращение (за помощью) (соответственно 25 и 17% больных), которые относятся к конструктивным механизмам, объединенным стремлением к кооперации. Эти психологические механизмы могут лежать в основе активного вовлечения пациентов в организационный процесс лечения, соблюдения режима ГД и терапевтических рекомендаций.

Из неконструктивных поведенческих механизмов для больных, находящихся на ГД, типично активное избегание (17% больных), что клинически может проявляться в психологической изоляции больного, сепарации от проблем болезни и лечения ГД и негативно отражаться на соблюдении лечебного режима.

В когнитивной сфере из конструктивных механизмов нередко встречается «сохранение апломба», что выражается в самообладании, стремлении не показывать своего состояния — 17% случаев. Это может быть расценено как гиперкомпенсация специфического чувства вины и неполноценности, свойственного гемодиализным больным (40% случаев).

Из неконструктивных механизмов в когнитивной сфере наиболее наиболее распространенным является «смирение» (8% больных), что соответствует личностным изменениям, свойственным больным, получающим ГД.

Эмоциональная сфера копинга пациентов на ГД характеризуется преобладанием конструктивного механизма «оптимизм» (42%), редко встречаются неконструктивные механизмы (8%).

Наиболее распространенными среди больных на ГД были сенситивный и эргопатический типы отношения к болезни. Сенситивный тип отношения к болезни, характеризующийся повышенной чувствительностью, встретился у 40% больных, а эргопатический, связанный с «уходом от болезни в работу», — у 39% больных. Редко наблюдались апатический, паранояльный и эгоцентрический типы.

Сравнительный анализ трех групп нефрологических больных свидетельствует, что больные с терминальной ХПН на консервативном лечении отличаются наибольшей выраженностью

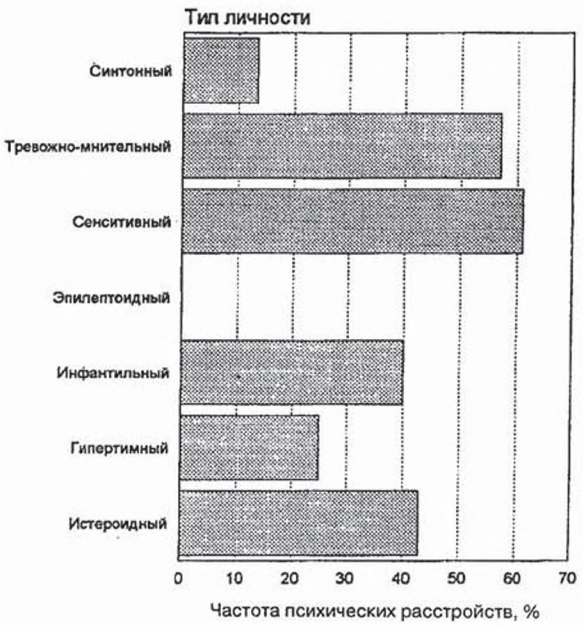

Рис. 2. Частота психических расстройств в условиях лечения гемодиализом при различных типах личности.

личностного реагирования на болезнь. Наименьшая степень личностного реагирования отмечается в группе больных с сохранной функцией почек. Больные на ГД занимают по отношению к этим двум группам промежуточное положение по выраженности личностного реагирования на болезнь.

Большая выраженность личностной дезадаптации больных, получающих консервативную терапию ХПН на терминальной стадии, по сравнению с пациентами ГД связана, по-видимому, со спецификой психотравмирующей ситуации: угроза жизни в связи с нарастанием ХПН, необходимость принятия решения о начале ГД. Лечение ГД в какой — то степени снимает эту неопределенность, улучшает их соматическое состояние, позволяет избежать смерти, что может способствовать более высокому уровню адаптированности на этом этапе.

Тип отношения к болезни в значительной степени определяет развитие психических расстройств психогенной и смешанной этиологии в условиях лечения ГД (табл. 1).

Наличие у больных неврастенического (характеризуется раздражительной слабостью), меланхолического (пессимистического), апатического (безразличие в отношении лечения), ипохондрического (фиксированность на болезни, уход в болезнь) и сенситивного (повышенная чувствительность, ранимость в отношении болезни) типов повышает риск развития психических расстройств. Адекватная оценка заболевания при гармоничном типе, дезактуализация проблем, связанных с болезнью и лечением, за

счет «ухода в работу» при эргопатическом типе и недооценка тяжести своего состояния больными с анозогнозией препятствуют развитию психических расстройств у больных при лечении ГД. Напротив, чрезмерная чувствительность, озабоченность своим состоянием, неверие в успех лечения при сенситивном, неврастеническом и меланхолическом вариантах отношения служат почвой для формирования психических расстройств.

Наиболее адекватное отношение к лечению формируется у больных с преморбидными синтонными особенностями личности (устойчивые, активные, оптимистичные). У тревожно-мнительных больных наблюдается наиболее выраженная личностная дезадаптация в связи с болезнью. У этих пациентов достоверно выше процент ипохондрического, меланхолического, неврастенического и сенситивного типов отношения к болезни. Больные с сенситивным типом личности занимают промежуточное положение по степени выраженности дезадаптивных проявлений.

Прослежена динамика частоты встречаемости различных типов отношения к болезни в ходе лечения ГД (табл. 2).

Чем меньше промежуток времени с момента установления диагноза заболевания почек до начала лечения ГД, т. е. чем тяжелее течение болезни, чем быстрее произошел переход индивида из роли здорового в роль больного, тем выше вероятность формирования тревожного типа отношения.

На этапе подготовки к ГД доминирут сенситивный тип. Часто встречаются также тревожный и ипохондрический типы. В период адаптации к ГД ведущим является гармоничный тип, что объясняется, видимо, тем, что начало лечения вселяет в больных надежду на благополучный исход. Доля сенситивного типа отношения достоверно снижается. На этапе стабильного ГД на первое место выходит эргопатический тип отношения к болезни, вновь возрастает частота сенситивного типа. Длительность ГД обнаруживает положительные корреляции с наличием эргопатического типа ($p<0,01$).

Однако связь продолжительности лечения ГД с особенностями отношения к болезни неоднозначна. По мере увеличения длительности терапии ГД есть риск возрастания и частоты апатического типа, характеризующегося безразличием, утратой интересов к результатам лечения, что обусловливает актуальность психологической коррекции как составной части успешной психофизической реабилитации больных.

Получены данные, что чем ниже показатели адекватности ГД, т. е. чем выше уровень мочевины и креатинина после ГД, чем хуже очищение больных в процессе сеанса ГД, тем в меньшей степени свойственны больным апатический и меланхолический типы отношения к болезни. Это указывает на возможность трансформации внутренней картины болезни в зависимости от качества лечения ГД в виде нивелирования типов отноше-

Таблица 1

Распределение больных по типам отношения к болезни в зависимости от наличия психических расстройств

Тип отношения к болезни (по данным методики ТОБОЛ)	Количество больных, %		p
	Психические расстройства		
	есть	нет	
Гармоничный	16,7	26,2	
Эргопатический	33,3	42,9	
Анозогнозический	0	16,7	<0,01
Тревожный	20,0	14,3	
Ипохондрический	26,7	21,4	
Неврастенический	23,3	2,4	<0,05
Меланхолический	16,7	2,4	<0,05
Апатический	6,7	0	
Сенситивный	60,0	26,2	<0,01
Эгоцентрический	3,3	7,1	
Паранояльный	3,3	4,8	
Дисфорический	6,7	2,4	

Таблица 2

Распределение больных на различных этапах лечения ГД в зависимости от типа отношения к болезни

Тип отношения к болезни	Количество больных, %			p
	1	2	3	
Гармоничный	22,2	40,0	18,2	
Эргопатический	16,7	20,0	52,3	1—3; <0,01 2—3;<0,05
Анозогнозический	11,1	20,0	6,8	
Тревожный	16,7	20,0	15,9	
Ипохондрический	16,7	20,0	27,3	
Неврастенический	11,1	20,0	9,1	
Меланхолический	5,6	10,0	9,1	
Апатический	0	0	4,5	
Сенситивный	55,6	20,0	38,6	1—2; <0,05
Эгоцентрический	0	0	9,1	1—3; <0,05; 2—3; <0,05
Паранояльный	0	10,0	4,5	
Дисфорический	5,6	0	4,5	

Примечание. 1 — больные на этапе подготовки к лечению ГД; 2 — больные на этапе адаптации к ГД; 3 — больные на этапе стабильного ГД.

ния к болезни, сопряженных с пассивностью и безразличием в вопросах лечения. Аналогично выраженность этих типов отношения снижается при наличии гиперкалиемии, т. е. при наличии реальной витальной угрозы.

Динамика типов отношения к болезни в ходе ГД отражает постепенную психическую адаптацию больных к лечению.

Всех больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН) характеризует наличие эмоциональной неустойчивости, чувствительности, инфантильности, потребности в сопереживании и одобрении, нежелание брать на себя ответственность. Чем в более раннем возрасте началось заболевание почек, тем в большей степени выражена неудовлетворенная потребность во внимании со стороны окружающих и самоутверждении.

Хроническая психотравмирующая ситуация ГД ведет к изменениям личности больных, отражающим специфику лечения. В основу анализа личностных особенностей была положена концепция В.Н.Мясищева о том, что личность представляет собой складывающуюся в течение жизни человека психологическую систему, которая определяет стереотипы отношения к действительности, основные направления и цели активного поведения в среде, а также формирует характер поведения.

У пациентов на ГД обнаружена большая выраженность, по сравнению со здоровыми, таких личностных черт, как зависимость (78% случаев), подчиняемость (78% пациентов) и практичность (75% больных). У 58% обследованных лиц имеется сочетание этих особенностей. Поскольку больные различались по своим преморбидным личностным характеристикам, описанный симптомокомплекс представляется возможным расценить как совокупность черт, приобретенных в результате адаптационного процесса, направленного на приспособление к лечению ГД.

Адаптивный характер этих изменений подтверждается преобладанием у больных с описанными личностными характеристиками более адекватных типов отношения к болезни.

Однако, наряду с позитивным эффектом, эти характерологические черты предрасполагают к снижению мотивации к социальной и трудовой активности. Этому же способствует встречающийся у 17% больных тревожный тип отношения к болезни и лечению ГД, трансформация системы жизненных ценностей с превалирующим значением здоровья и фаталистическая оценка перспектив.

Своеобразие фрустрирующей ситуации особой, искусственной формы жизни обусловливает особенности реагирования больных в сложных конфликтных ситуациях. Реакции на различного рода препятствия, блокирующие деятельность, т. е. фрустрационные реакции, рассматривались с точки зрения их типа и направленности. Они относятся к устойчивым личностным характеристикам и позволяют дополнить психологический портрет гемодиализных больных (табл. 3). По направленности реагирования у больных с ХПН, в том числе при лечении ГД, доминируют экстрапунитивные реакции. Показатель интрапунитивного направления реагирования несколько снижен по сравнению с нормой. Чаще, чем в норме, встречается тип реакций «с фиксацией на удовлетворении потребностей». Показатели препятственно-доминантого и самозащитного типов реакций несколько ниже нормативных, т. е. для исследованных больных не характерны фиксация на препятствии. Напротив, для них типично стремление к рациональному разрешению конфликтной ситуации. По показателю импунитивного направления реагирования отличий от нормативных данных не обнаружено.

Таблица 3

Характеристика фрустрационных реакций больных с ХПН ($\bar{X}$±m)

Показатели методики фрустрационной толерантности Розенцвейга	Группы сравнения			p
	1	2	3	
E — экстрапунитивная направленность реакций	46,6±1,1	51,0±2,0	52,1±2,1	1—2; <0,05 1—3; <0,05
I — интрапунитивная направленность реакций	27,8±7,4	24,4±1,0	24,1±1,3	1-2; <0,05 1-3; <0,05
M — импунитивная направленность реакций	25,5±0,8	24,2±1,5	23,9±1,5	
ОД — тип реакций «с фиксацией на препятствии»	32,9±0,8	29,7±1,6	31,6±1,9	
ЕД — тип реакций «с фиксацией на самозащите»	37,4±1,0	36,7±1,9	36,3±1,9	
NP — тип реакций «с фиксацией на удовлетворении потребностей»	29,7±1,0	33,3±1,6	31,9±2,0	1-2;<0,05
GCR — «степень социальной адаптации»	64,3	63,6±1,7	57,3±2,2	1-3; <0,05

Примечание. 1 – здоровые; 2 – больные с ХПН, получающие лечение ГД; 3 – больные с ХПН на додиализном этапе лечения.

По нашим данным, наиболее предпочтительным для пациентов на ГД является «сопереживающий» тип медика, эмоциональная насыщенность контакта. Наибольшей конфликтностью отличаются взаимоотношения медицинских работников и больных с истероидными особенностями. Психологическая защита по типу вытеснения и замещения способствует установлению оптимальных отношений между больными и медперсоналом. Эгоцентрический, неврастенический и дисфорический типы отношения к болезни отличаются наибольшей конфликтностью.

ОБСУЖДЕНИЕ

Пациентам, получающим лечение перманентным ГД, свойственны агрессивный тип поведения, склонность к обвинению окружающих в конфликтных ситуациях, поиск источника конфликта вне особенностей собственного поведения и повышенная требовательность к другим людям. В сложных конфликтных ситуациях больные не склонны принимать вину на себя или самим браться за разрешение проблемы, т. е. повышенная требовательность к окружающим сочетается у больных с недостаточной критичностью к себе.

В то же время, свойственная пациентам на ГД повышенная агрессивность сочетается со стремлением к рациональному разрешению проблем, способствует дезактуализации чувства неполноценности и не препятствует адекватному поведению во фрустрирующих ситуациях.

Положение об адаптивном характере выявленной совокупности личностных черт подтверждается сочетанием ее с адекватными типами отношения к болезни, меньшей фрустрированностью и частотой психических расстройств у больных, у которых имеются описанные личностные черты. Суммарный показатель социальной адаптации больных, получающих ГД, близок к норме (63,6 при норме 64,3 балла).

Наряду с этим, необходимость подавления агрессивности диктуется требованиями соблюдения лечебного режима, диеты, привязанностью к аппарату, что приводит к формированию таких качеств, как конформность и подчиняемость. Подавление агрессивности, как известно, обусловливает повышенную психическую напряженность, тревогу и ведет к развитию психосоматических расстройств. Такой механизм может способствовать поддержанию артериальной гипертензии у больных, получающих ГД, на что указывают результаты исследования о наличии взаимосвязи между тревожностью этих больных и выраженностью гипертензионного синдрома.

Для больных, находящихся в условиях лечения ГД, типично существование широкого спектра конфликтов, обусловленных нарушением нескольких компонентов системы отношений. Среди них отношение к себе выступает в качестве наиболее патогенного, порождающего множество субъективно неразрешенных противоречий. По своему содержанию эти конфликты близки таковым при неврозах — это конфликты между стремлением к независимости, с одной стороны, и потребностью в зависимости, в помощи и опеке, с другой, конфликты между нормами и тенденцией к агрессивному поведению, между уровнем притязаний и возможностями, конфликты между потребностями и требованиями окружающей среды.

Определенная динамика МПЗ в процессе болезни и лечения ГД показывает, что, хотя типы психологической защиты принято считать генетически детерминированными, они, по-видимому, не являются статической характеристикой и могут меняться в зависимости от социально-психологических и клинических обстоятельств. Динамика МПЗ, вероятно, является отражением процесса адаптации.

Значительная частота конструктивных вариантов копинга подтверждает полученные нами данные о возможности достижения психической адаптации больных в процессе лечения к ГД, формировании достаточного уровня качества жизни, несмотря на тяжесть соматического состояния и угрозу жизни.

При сопоставлении полученных нами данных о типах отношения к болезни, свойственных пациентам на ГД, с характеристиками больных с другими соматическими заболеваниями, описанными в литературе, отмечены следующие тенденции: высокая частота встречаемости адекватных типов отношения у больных с ишемической болезнью сердца, инфарктом миокарда, язвенной болезнью, сахарным диабетом. При раке молочной железы доминирующим является эргопатический тип отношения. В то же время структура отношения к болезни при злокачественных новообразованиях молочной железы и желудочно-кишечного тракта отличается большей выраженностью дезадаптивных проявлений (в том числе неврастенического и тревожного типов отношения) по сравнению с пациентами на ГД.

Таким образом, хотя по тяжести соматического состояния, степени психотравмирующего влияния болезни на психику больные на ГД близки к пациентам со злокачественными новообразованиями, выраженность и характер их личностного реагирования на заболевание соответствуют скорее реациям больных с ишемической болезнью сердца, инфарктом миокарда,

язвенной болезнью, бронхиальной астмой. Несоответствие выраженности и характера реагирования на болезнь тяжести соматического состояния больных (в частности, высокий процент эргопатического типа), вероятно, связано с действием МПЗ по типу вытеснения.

Оптимальность отношений медицинского персонала и пациента на ГД определяется мерой соответствия (гармонизации) эмоционально-ролевого поведения медиков особенностям личности больного, МПЗ и типу отношения к болезни.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ХПН и лечение ГД представляют собой специфическую психотравмирующую ситуацию, связанную с витальной угрозой, с возникновением ряда фрустраций, когда блокируется реализация значимых потребностей больных.

Типы психологической защиты могут служить «мишенями» для психотерапевтической работы с пациентами, получающими лечение ГД. Психологическая защита по типу вытеснения наиболее благоприятна, а регрессия, напротив, не эффективна для психической адаптации пациентов ГД. На этапе стабильного ГД значительна частота конструктивных копинг-механизмов, объединенных стремлением к сотрудничеству с медперсоналом, и эргопатического типа отношения к болезни, что создает психологические предпосылки для успешной психо-социальной реабилитации больных. Особенности психологической защиты зависят от пола, возраста, длительности и адекватности лечения, соматического состояния. Эффективность психологической защиты определяется соответствием МПЗ типу личности. Имеется параллелизм между типами копинг-поведения, МПЗ и особенностями личностных изменений пациентов на ГД. Динамика психологических механизмов в ходе ГД отражает процесс адаптации больных к ситуации неизлечимой болезни.

Понимание психологических особенностей пациентов на ГД может способствовать улучшению их психической адаптации к ситуации витальной угрозы путем адекватной психологической коррекции и психотерапевтической поддержки, а также формирования соответствующего этим особенностям подхода со стороны медицинского персонала отделения ГД.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карпова Э.Б. Разработка и клинико-психологическая апробация методики исследования системы отношений у больных хроническими соматическими заболеваниями: Автореф. дис. ... канд. психол. наук.—Л., 1985.—22 с.

2. Назыров Р.К. Отношение к болезни и лечению, интра- и интер-персональная конфликтность и копинг-поведение у больных неврозами: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.—1993.—20 с.

3. Ташлыков В.А. Личностные механизмы совладания (копинг-поведение) и защиты у больных неврозами в процессе психотерапии // Медико-психологические аспекты охраны психического здоровья.—Томск, 1990.—С. 60—61.

4. Heim E. Coping und Adaptivitat: gibt es geelgnetes oder un geelgnetes coping // Psychotherapie — Psychosomatik. Medizinische Psychologie.—1988.—H. 1.—S. 8—17.

5. Lazarus R.S., Folkman S. Stress appraisal and coping.—N. Y., Springer Pub. Co., 1984.—445 p.

6. Perrez M. Belastungsverarbeiting bel neuritisch und endogen Depressiven // Psychother. Med.—1988.—№ 38.—S. 59—66.

Поступила в редакцию 19.06.98 г.