

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ MEDICAL PSYCHOLOGY, PSYCHIATRY, PSYCHOTHERAPY

УДК 616.89:618.3

© Е.А. Бибикова, И.В. Добряков, 2012

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА ГЕСТАЦИОННОЙ ДОМИНАНТЫ У ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ СБАЛАНСИРОВАННОСТИ СЕМЕЙНОЙ СИСТЕМЫ

SPECIAL FEATURES OF PSYCHOLOGICAL COMPONENT OF GESTATIONAL DOMINANT AT WOMEN WITH DIFFERENT TYPES OF FAMILY SYSTE

Е.А. Бибикова¹, И.В. Добряков²E.A. Bibikova¹, I.V. Dobriakov²¹Центр планирования семьи и репродукции Архангельского родильного дома им. К.Н. Самойловой, Архангельск²Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург¹Center of family planning and reproduction of the Arkhangelsk maternity hospital named after K.N. Samoylova, Arkhangelsk²North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint-Petersburg

Контакт: Е.А. Бибикова, e-mail: bibikova_elena@list.ru

Изучены особенности психологического компонента гестационной доминанты у 67 женщин, находящихся на третьем триместре беременности в возрасте от 18 до 39 лет, имеющих семьи с разными типами сбалансированности семейной системы (сбалансированный, среднесбалансированный и несбалансированный). Обнаружены различия в вариантах психологического компонента гестационной доминанты и в протекании родов у женщин с несбалансированным типом семейной системы и у беременных со среднесбалансированным и сбалансированным типом. Выявленные в исследовании данные могут быть полезными в работе перинатальных психологов, поскольку коррекцию семейных отношений при выявлении супружеской дисгармонии можно эффективно проводить во время беременности женщины, что к тому же является профилактикой осложнений течения гестационного периода и родоразрешения, формирования неблагоприятных форм привязанности матери и младенца.

Ключевые слова: беременность, тип семейной системы, роды, система отношений.

Features of psychological component of gestational dominant were investigated. The research was held among 67 women at the third trimester of pregnancy at the age from 18 till 39 years, having families with different types of equation of family system (balanced, semibalanced and unbalanced). It was discovered that there are distinctions between variants of psychological component of gestational dominant and in course of childbirth among women with unbalanced type of family system and pregnant women with the semibalanced and balanced type. The data revealed in research can be useful for perinatal psychologists as far as correction of family relations (if matrimonial disharmony was detected) can be carried out effectively during pregnancy of a woman that also is prevention of complications during gestational period and delivery, formation of adverse forms of attachment between a mother and her baby.

Key words: pregnancy, delivery, type of family system, system of attitude.

Введение

В 2011 г. в Российской Федерации был принят Закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ». Большое внимание в нём уделяется вопросам акушерско-гинекологической помощи населению, вопросам охраны здоровья матери и младенца [1, 10]. Принятие этого закона способствует претворению в жизнь Концепции демографического развития РФ на период до 2025 г., согласно которой к 2015 г. должна быть стабилизирована, а к 2025 г. улучшена

демографическая ситуация в стране [9]. Свою роль в выполнении этих планов может сыграть улучшение и повышение доступности психологической помощи семьям, в том числе и семьям в ситуации репродуктивного выбора, семьям, ожидающим рождения ребенка. Это необходимо, так как в настоящее время для России, как и для большинства современных индустриально развитых стран, характерна тенденция к снижению психологической и экономической составляющих потребности у женщин и мужчин иметь

ребенка. Дети теряют свое значение источника психологического удовлетворения для родителей в связи с девальвацией ценности материнства и отцовства, с превалированием ценностей благосостояния, социального статуса. В России распадается каждый четвертый брак, а в Москве каждый второй, более чем в половине случаев это происходит после рождения первого ребенка. Количество детей напрямую связано с крепостью семейных уз...

Беременность — серьезное испытание для семейных отношений. Беременность знаменует появление в семье нового члена, а значит — изменений отношений в семейной системе. Семья, ожидающая ребенка, становится уязвимой и нестабильно функционирующей. Многие семьи при этом нуждаются в психологической помощи. Поэтому при постановке на учет в женской консультации следует обращать внимание не только на соматический, акушерско-гинекологический статус беременной женщины, но и на её психологические и социальные проблемы, оказывающие большое влияние на состояние будущей матери и, соответственно, на развитие плода.

Описаны и систематизированы психологические факторы, приводящие (в числе прочих) к осложнениям течения беременности и родов [7], влияющие на формирование психологического компонента гестационной доминанты [2], на сложные диадические отношения в системе «мать — дитя», на становление материнства [11], на возникновение неврозов у детей после рождения [8]. Доказана связь отношения супруга к предстоящему рождению ребенка и уровня тревоги беременной женщины ($p < 0,01$) [5]. Осложнения в течение беременности и родов, патология новорожденного, как правило, приводят к ещё большему напряжению семейных отношений. Таким образом, супружеская дисгармония является как одной из основных причин осложнений, так и следствием их.

Цель исследования

В работе перинатальных психологов очень важно учитывать семейную ситуацию, в которой оказались женщины в связи с беременностью, дифференцированно подходить к ним. В связи с этим важными и актуальными представляются исследования изменений как личностной системы отношений женщины, так и семейной системы, возникающих при беременности. Данной проблеме и посвящена эта работа.

Материалы и методы

Исследование проводилось в условиях индивидуального доверительного контакта с каждой из участниц, состоящих на учете в женской консультации при Архангельском родильном доме

им. К.Н. Самойловой. Всего в исследовании приняли участие 67 женщин, находящихся на третьем триместре беременности. Возраст испытуемых от 18 до 39 лет. Семейное положение в анкете, предложенной опрошенным, обозначалось как «замужем», «не замужем», «гражданский брак» (табл. 1). Некорректная формулировка «гражданский брак» применялась в связи с широко распространенным в обществе её использованием для обозначения официально незарегистрированного брака.

22 обследованные женщины (32,8%) имели среднее или среднее специальное образование, 45 (67,2%) — неоконченное высшее или высшее. Исследование проводилось с помощью следующих психодиагностических методик: тест отношений беременной женщины ТОБ-6 [4], Шкала семейной адаптации и сплоченности (FACES-3) [12], статистический метод.

Шкала семейной адаптации и сплоченности (FACES-3) является третьим вариантом серий шкал FACES, разработанным группой исследователей под руководством D. Olson в 1985 г. и адаптированным в 1986 г. М. Пере [12]. Опросник FACES-3 позволяет оценить три важнейших параметра семейного гомеостаза: сплоченность, адаптацию и коммуникацию, интегрированные в циркулярную модель (circumplex mode), сформулированную D. Olson [13]. Семейная адаптация позволяет судить, насколько гибко семейная система способна приспосабливаться, изменяться в стрессовых ситуациях. Семейная сплоченность отражает степень близости, эмоциональной связи между членами семьи. Применение методики позволяет выделить умеренные (сбалансированные) и крайние (экстремальные) уровни семейной сплоченности и адаптации. Считается, что именно сбалансированность является показателем успешности функционирования системы. Крайние (экстремальные) уровни семейной сплоченности и адаптации рассматриваются как проблематичные, ведущие к нарушениям функционирования семьи.

Разработанный в 2001 г. скрининговый тест отношений беременной (ТОБ-6) [2] создан на основе теории психологии отношений В.Н. Мясищева, содержит три блока утверждений, отражающих: отношение женщины к себе беременной; отношения женщины в формирующейся системе «мать — дитя»; отношения беременной женщины к отношениям к ней окружающих. В каждом блоке есть три раздела, в которых шкалируются различные понятия, представленные пятью утверждениями. Испытуемой предлагается выбрать одно из них, наиболее соответствующее ее состоянию и отражающее наличие одного из пяти вариантов психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД): оптимальный, гипогестогнозический, эйфорический, тревожный и депрессивный.

Таблица 1

Семейное положение обследованных

Семейное положение	Зарегистрированный брак	Незарегистрированный брак	Не замужем
Количество человек (n)	46	16	5
Удельный вес в общей численности (%)	69%	24%	7%

ПКГД отражает прежде всего личностные изменения и реакции женщины, то есть изменения в системе ее отношений. Если в результате тестирования набрано 7–9 баллов, соответствующих одному из вариантов ПКГД, он может считаться определяющим. Если показатели какого-либо одного варианта ПКГД составляют 5–7 баллов, то его считают преобладающим. По результатам тестирования можно произвести качественный анализ и выявить те отношения, которые нуждаются в коррекции [3].

Результаты и обсуждение

Анализ результатов, полученных при проведении исследования с помощью методики FACES-3, позволил разделить испытуемых женщин на 4 группы: 1 — женщины со сбалансированным типом семейной системы, 2 — женщины с несбалансированным типом семейной системы, 3 — женщины со

среднесбалансированным типом семейной системы; 4 — женщины, не состоящие в браке. Было выявлено, что сбалансированный тип семейной системы характерен для 33% женщин (22 чел.), среднесбалансированный — для 40% (27 чел.), несбалансированный — для 19% (13 чел.); 7% (5 чел.) — не замужем.

Исследования по методике ТОБ-6 выявили оптимальный вариант ПКГД у 39% испытуемых (26 человек). Отклоняющиеся варианты ПКГД обнаружены у 61% (41 чел.).

В таблице 2 представлены варианты ПКГД у беременных женщин из семей, имеющих различные степени сбалансированности.

Для изучения достоверности различий между показателями ПКГД — оптимальным (О) и отклоняющимся от нормального (не О) — у представителей исследуемых групп был применен критерий Фишера — ϕ (табл. 3).

Таблица 2

Варианты ПКГД у беременных женщин с различными типами семейной системы

Варианты ПКГД	НТСС (n = 13)	СТСС (n = 22)	СрТСС (n = 27)	Не замужем (n = 5)
Оптимальный	1 (7,7%)	12 (54,5%)	12 (44,4%)	1 (20%)
Неоптимальные	12 (92,3%)	10 (45,5%)	15 (55,6)	4 (80%)

ПКГД — психологический компонент гестационной доминанты; НТСС — несбалансированный тип семейной системы; СТСС — сбалансированный тип семейной системы; СрТСС — средне сбалансированный тип семейной системы.

Таблица 3

Оценка достоверности различий между показателями ПКГД в группах беременных женщин с различной степенью сбалансированности семейной системы

Вариант ПКГД	Достоверность различий					
	между НТСС и СТСС	между НТСС и СрТСС	между НТСС и н\з	между СТСС и СрТСС	между СТСС и н\з	между СрТСС и н\з
Оптимальный	ϕ эм. = 3,144 $p < 0,01$	ϕ эм. = 2,658 $p < 0,01$	ϕ эм. = 0,694 $p > 0,05$	ϕ эм. = 0,705 $p > 0,05$	ϕ эм. = 1,483 $p > 0,05$	ϕ эм. = 1,093 $p > 0,05$
Неоптимальные	ϕ эм. = 3,144 $p < 0,01$	ϕ эм. = 2,658 $p < 0,01$	ϕ эм. = 0,694 $p > 0,05$	ϕ эм. = 0,705 $p > 0,05$	ϕ эм. = 1,483 $p > 0,05$	ϕ эм. = 1,093 $p > 0,05$

Обозначения те же, что и в таблице 2. $p < 0,01$ — различия достоверны; $p > 0,05$ — различия недостоверны.

Данные, приведенные в таблице 3, наглядно показывают, что значимыми можно считать различия типов ПКГД между группами женщин с несбалансированным (НТСС) и со сбалансированным (СТСС) типами семейной системы. Также значимые различия выявлены между представителями несбалансированного (НТСС) и среднесбалансированного (СрТСС) типов семейной системы. Причем беременные женщины с несбалансированным типом семейной системы по сравнению с представительницами со среднесбалансированным и со сбалансированным типами гораздо чаще имеют отклоняющиеся от оптимального варианты ПКГД. Беременные женщины со сбалансированным и со среднесбалансированным типами семейной системы по сравнению с испытуемыми, имеющими несбалансированный тип, достоверно чаще обнаруживают оптимальный вариант ПКГД. Достоверно значимых различий вариантов ПКГД у беременных женщин со среднесбалансированным и беременных со сбалансированным типами семейной системы нет.

Интересным представлялось посмотреть, по-разному ли оценивают женщины с различными типами семейной системы отношение к ним мужа (блок В, раздел 1 методики ТОБ). Формулировка «отношение ко мне беременной мужа» при опросе женщин, не состоящих в браке, заменялась формулировкой «отношение ко мне беременной отца ребенка». Данные представлены в таблице 4.

Для изучения достоверности различий между представлениями женщин исследуемых групп об «отношении ко мне беременной мужа» был также применен критерий Фишера — ϕ (табл. 5).

Данные, приведенные в таблице 5, демонстрируют, что в показателях эйфорического варианта достоверно значимых различий отношения к «отношению ко мне беременной мужа» между группами выборки нет. Оптимальный вариант отношения достоверно значимо чаще наблюдается у беременных со среднесбалансированным и сбалансированным типами семейной системы и достоверно значимо реже — у женщин с несбалансированным

типом семейной системы. В показателях гипогестогностического варианта отношения к отношению мужа \ отца ребенка к беременности достоверно значимые различия обнаружены между беременными со сбалансированным типом семейной системы и незамужними. У последних он наблюдается значительно чаще. Тревожный вариант

отношения значительно чаще встречается у беременных женщин с несбалансированным типом семейной системы.

При изучении катамнеза были получены сведения о течении родов у женщин с различными типами семейной системы. Данные об этом приведены в таблицах 6 и 7.

Таблица 4

Представления беременных женщин с различными типами семейной системы об отношении к ним мужа

Варианты ПКГД	НТСС n = 13	СТСС n = 22	СрТСС n = 27	Не замужем n = 5
Оптимальный	7,7%	68,2%	40,7%	0
Гипогестогностический	15,4%	4,5%	29,6%	60%
Эйфорический	15,4%	27,3%	29,6%	20%
Тревожный	61,5%	0	0	20%
Депрессивный	0	0	0	0

Обозначения те же, что и в таблицах 2, 3.

Таблица 5

Оценка достоверности различий между представлениями об «отношении ко мне беременной мужа» у женщин из групп с различными типами семейной системы

	Достоверность различий					
	между НТСС и СТСС	между НТСС и СрТСС	между НТСС и н\з	между СТСС и СрСТСС	между СТСС и н\з	между СрСТСС и н\з
Оптимальный	ф эмп.=3,947 p < 0,01	ф эмп.=2,436 p < 0,01	ф эмп.=1,068 p > 0,05	ф эмп.=1,944 0,01 < p < 0,05	ф эмп.=3,922 p < 0,01	ф эмп.=2,844 p < 0,01
Гипогестогностический	ф эмп.=1,076 p > 0,05	ф эмп.=1,022 p > 0,05	ф эмп.=1,836 0,01 < p < 0,05	ф эмп.=2,512 p < 0,01	ф эмп.=2,710 p < 0,01	ф эмп.=1,275 p > 0,05
Эйфорический	ф эмп.=0,873 p > 0,05	ф эмп.=1,022 p > 0,05	ф эмп.=0,230 p > 0,05	ф эмп.=1,182 p > 0,05	ф эмп.=0,346 p > 0,05	ф эмп.=0,460 p > 0,05
Тревожный	ф эмп.=5,156 p < 0,01	ф эмп.=5,343 p < 0,01	ф эмп.=1,665 0,01 < p < 0,05	ф эмп.=0,0 p > 0,05	ф эмп.=1,872 0,01 < p < 0,05	ф эмп.=1,905 0,01 < p < 0,05
Депрессивный	—	—	—	—	—	—

Обозначения те же, что и в таблицах 2—4. p < 0,01 — различия достоверны; p > 0,05 — различия недостоверны; 0,01 < p < 0,05 — зона неопределенности.

Таблица 6

Сведения о родах у женщин с различными типами семейной системы

Роды	НТСС (n = 13)	СТСС (n = 22)	СрСТСС (n = 27)	Не замужем (n = 5)
Нормальные	7,7%	50%	37%	20%
Патологические	92,3%	50%	63%	80%

Таблица 7

Сведения о родах и оценка достоверности различий в группах женщин с различными типами семейной системы

Роды	Достоверность различий					
	Между НТСС и СТСС	Между НТСС и СрТСС	Между НТСС и н\з	Между СТСС и СрСТСС	Между СТСС и н\з	Между СрСТСС и н\з
Нормальные	ф эмп. = 2,884 p < 0,01	ф эмп.=2,211 0,01 < p < 0,05	ф эмп.=0,694 p > 0,05	ф эмп.=0,913 p > 0,05	ф эмп.=1,299 p > 0,05	ф эмп.=0,783 p > 0,05
Патологические	ф эмп.=2,884 p < 0,01	ф эмп.=2,210 0,01 < p < 0,05	ф эмп.=0,694 p > 0,05	ф эмп.=0,913 p > 0,05	ф эмп.=1,299 p > 0,05	ф эмп.=0,783 p > 0,05 ⁵

Обозначения те же, что и в таблицах 2—5. p < 0,01 — различия достоверны; p > 0,05 — различия недостоверны; 0,01 < p < 0,05 — зона неопределенности.

Согласно данным, приведенным в таблицах 6 и 7, следует, что значимыми можно считать различия течения родов у женщин со сбалансированным и с несбалансированным типами семейной системы. У женщин с несбалансированным типом семейной системы значительно чаще отмечались патологические роды (преждевременные, запоздалые, путем кесарева сечения и пр.), тогда как у женщин со сбалансированным типом семейной системы значительно чаще роды протекали нормально.

Выводы

1. Беременные женщины с несбалансированным типом семейной системы гораздо чаще имеют отклоняющийся от оптимального вариант психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД), тогда как у беременных со среднесбалансированным и сбалансированным типом семейной системы оптимальный тип ПКГД встречается чаще.

2. Представление женщин с различными типами семейной системы об отношении к ним мужа (отца ребенка) отличается. При сбалансированном и среднесбалансированном типах женщины чаще считают, что беременность улучшила отношение к ним мужа, при несбалансированном типе семейной системы женщины чаще испытывают тревогу по поводу того, что муж при возникновении беременности стал относиться к ним хуже.

3. Роды у женщин со сбалансированным типом семейной системы чаще, чем у женщин с несбалансированным, протекают нормально, а у женщин с несбалансированным типом — чаще расцениваются как патологические.

4. Выявление семейных дисфункций является важной частью работы перинатального психолога. Наш опыт показывает, что коррекцию семейных отношений при выявлении супружеской дисгармонии можно эффективно проводить во время беременности женщины, что к тому же является профилактикой осложнений течения гестационного периода и родоразрешения, формирования неблагоприятных форм привязанности матери и младенца. Грамотный перинатальный психолог должен уметь создать доверительные отношения с такими супругами, мотивировать их на психокоррекционную работу или (в сложных случаях) на семейную психотерапию. Нередко такая работа принимается супругами за не вызывающую тревоги и возражений дородовую подготовку.

Литература

1. Гончаренко О.Т. От образования на всю жизнь — к образованию через всю жизнь / О.Т. Гончаренко // Вестник СЗГМУ им. И.И. Мечникова. — 2012. — № 9 (12). — С. 1–4.
2. Добряков И.В. Клинико-психологические методы определения типа психологического компонента гестационной доминанты / И.В. Добряков // Перинатальная психология и нервно-психическое развитие детей: сборник матер. конф. — СПб.: НИИ ак. и гинеколог. им. Д.О. Отта, 2001. — С. 39–48.
3. Добряков И.В. Организация работы психотерапевтического кабинета в женской консультации: методические рекомендации Минздравсоцразвития РФ / И.В. Добряков, Е.М. Костерина, Е.В. Макушкин. — М.: Минздравсоцразвития РФ, 2009. — 28 с.
4. Добряков И.В. Перинатальная психология / И.В. Добряков. — СПб.: Питер, 2010. — 234 с.
5. Добряков И.В. Семейные факторы, влияющие на формирование различных типов психологического компонента гестационной доминанты / И.В. Добряков // Российский психиатрический журнал. — 2011. — № 2. — С. 35–40.
6. Добряков И.В. Разработка и валидизация методики определения варианта психологического компонента гестационной доминанты / И.В. Добряков // Психическое здоровье : ежемесячный научно-практический журнал. — 2011. — № 9. — С. 75–80.
7. Захаров А.И. Ребенок до рождения и психотерапия последствий психических травм / А.И. Захаров. — СПб.: СОЮЗ, 1998. — 144 с.
8. Захаров А.И. Происхождение детских неврозов и психотерапия / А.И. Захаров. — СПб.: ЭКСМО-Пресс, 2000. — 448 с.
9. Комаров Ю.М. Современная демографическая ситуация: мифы и реальность / Ю.М. Комаров // Вопросы врачеб. практики. — 2011. — № IX. — С. 10–17.
10. МЗ РФ — официальный сайт www.minzdravsoc.ru, доступ 23.03.2012.
11. Филиппова Г.Г. Психология материнства / Г.Г. Филиппова. — М.: Изд. Ин-та ПТ, 2002. — 240 с.
12. Эйдемиллер Э.Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия : учебное пособие для врачей и психологов / Э.Г. Эйдемиллер, И.В. Добряков, И.М. Никольская. — Изд. 2-е, испр. и доп. — СПб.: Речь, 2006. — 352 с.
13. Olson D.H. Circumplex Model VII: Validation Studies and FACES III / D.H. Olson // J. Family Process. — 1986. — V. 25. — P. 337–351.

УДК 614.253.89:613.83

© В.В.Бочаров, А.М. Шишкова, И.Ф. Карловская, 2012

ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИЧНОСТНОГО И СЕМЕЙНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БЛИЗКИХ РОДСТВЕННИКОВ ПАЦИЕНТОВ С ГЕРОИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

CHARACTERISTICS OF PERSONAL AND FAMILY FUNCTIONING OF CLOSE RELATIVES OF HEROIN ADDICTED PATIENTS

В.В. Бочаров, А.М. Шишкова, И.Ф. Карловская
V.V. Bocharov, A.M. Shishkova, I.F. Karlovskaya

*Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева
Saint-Petersburg Science Research Psychoneurological Institute named after V.M. Bekhterev, Saint-Petersburg*

Контакт: В.В. Бочаров, e-mail: WBoch@hotmail.ru

Объективированы особенности личностного и семейного функционирования родственников (отцов, матерей, сиблингов и жен) пациентов с героиновой наркоманией. Обнаружено, что матери и жены пациентов с героиновой зависимостью демонстрируют наиболее тяжелые картины психической дисфункциональности, что отражает степень переносимой ими стрессовой нагрузки. Показано, что стрессовая нагрузка является травматичной для всех членов семьи наркозависимого и при этом опосредуется семейной структурой и семейной динамикой. Данные исследования могут быть использованы при построении психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий, предназначенных как для членов семьи, так и для самих наркозависимых.

Ключевые слова: родственники больного наркоманией, личностная дисфункциональность, семейная динамика, хронический стресс.

Characteristics of personal and family functioning of relatives (fathers, mothers, siblings and wives) of patients with heroin addiction are presented. It is revealed that mothers and wives of patients with heroin dependence show the most severe personality dysfunction, that reflects degree of stress transferred by them. It is shown that stress, existing in the family, is traumatic for all of the family members of addict and that its influence is mediated by family structure and family dynamics. The results can be used in the process of preparation of psychotherapeutic interventions intended both for members of the family, and for the addicts.

Key words: relatives of the addicts, personal dysfunctionality, family dynamics, chronic stress.

Введение

Проблема исследования феноменологии хронического стресса становится все более и более актуальной в связи с тенденцией к постоянному увеличению стрессовой нагрузки на человека в современных условиях жизни.

В настоящее время в теории и практике изучения влияния различных стресс-факторов на характер протекания и выраженность стресса недостаточно изученным остается вопрос о стрессогенном воздействии деструктивных межличностных отношений на психику человека.

Литературные данные и проведенное нами клинико-психологическое исследование показывают, что взаимоотношения с болеющим наркоманией членом семьи часто оказываются чрезвычайно травматичными для его родственников [3, 5], как правило, неспособных уйти из сложившейся ситуации как в силу объективной связанности (фактор совместного проживания с больным, дефицит денежных ресурсов и т.п.), так и в связи с высокой значимостью семейных отношений. Такое психотравмирующее

влияние семейных взаимоотношений во многом связано с высокой интенсивностью негативных переживаний, обусловленных поведением и состоянием больного. Воздействие стресса, вызванного болезнью близкого, значительно усиливается под влиянием общественной стигматизации [4]. Опасаясь осуждения, родственники наркозависимого часто стараются скрыть существующие в семье проблемы. Это приводит к постепенной изоляции семьи, дальнейшему увеличению стрессогенности внутрисемейной ситуации, значительным нарушениям в различных сферах функционирования ее членов.

Таким образом, для членов семьи наркозависимого межличностные (внутрисемейные и социальные) отношения выступают в качестве фактора, детерминирующего возникновение и поддержание у них хронического стрессового состояния.

Исследование непосредственного воздействия хронического стресса на семейную динамику представляется затруднительным в силу целостности (множественно взаимной обусловленности) и высокой степени интимности семейных отношений.

В этой связи первым этапом изучения влияния хронического стресса на семейную систему, имеющего научно-практическое значение, может стать выявление членов семьи больного, наиболее страдающих от стрессовой нагрузки, то есть в максимальной степени затронутых его болезнью.

Цель исследования — изучение особенностей психического состояния и семейного функционирования родственников пациентов с героиновой наркоманией для выявления членов семьи, несущих наибольшую стрессовую нагрузку в ситуации хронической стрессовой травматизации.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие родственники больных героиновой зависимостью, находящихся на этапе реабилитации в различных наркологических учреждениях города Санкт-Петербурга. Постановка диагноза наркозависимым — «Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов» (F11) осуществлялась экспертами — врачами психиатрами-наркологами (по МКБ-10). Было обследовано 4 группы испытуемых.

В *первую группу* вошли 18 отцов пациентов с героиновой наркоманией, при этом участвовать в исследовании было предложено 27 отцам. Отказ от исследования аргументировался такими фразами: «Я ничего не заполняю», «Вопросы не по адресу», «У меня лично все в порядке». Средний возраст отцов составил $58 \pm 2,2$ года. Среди обследованных отцов 56% имели высшее и 44% среднее специальное образование. На момент обследования 92% отцов состояли в браке, постоянную работу имели 84%, совместно с наркозависимым проживали 56% отцов.

Во *вторую группу* вошли 32 матери пациентов с героиновой наркоманией (средний возраст составил $54 \pm 3,2$ года). Среди обследованных матерей 68% имели высшее и 32% среднее специальное образование. На момент обследования 57% принявших участие в исследовании матерей состояли в браке, постоянную работу имели 82%, совместно с наркозависимым проживали 84% матерей пациентов с героиновой зависимостью.

Третью группу составили 11 сиблингов (5 братьев и 6 сестер) наркозависимых. Средний возраст обследованных сиблингов составил $32 \pm 2,8$ года. Среди обследованных сиблингов 26% имели высшее, 4% незаконченное высшее и 70% среднее специальное образование. В браке состояло 46% обследованных сиблингов, на момент обследования 20% из них проживали совместно с наркозависимым.

Четвертую группу составили 30 жен пациентов с героиновой наркоманией (средний возраст — $33 \pm 2,2$ года). Все испытуемые имели высшее образование и постоянную работу. На момент обследования 64% обследованных жен проживали совместно с наркозависимым.

Всего в обследовании приняли участие 91 человек.

Следует подчеркнуть, что в дальнейшем планируется продолжить исследование родственников наркозависимых. Дело в том, что на данном этапе исследования практически не удалось привлечь к участию мужей (обследовано 2 человека), жены которых страдают наркотической зависимостью, в связи

с тем, что мужья объективно оказываются значительно менее вовлеченными в процесс реабилитации своих супругов.

Исследование проводилось при помощи клинико- и экспериментально-психологических методов. В качестве тестовых методик применялись: «Методика оценки психического здоровья» (МОПЗ), разработанная Ю.Я. Тупицыным, В.В. Бочаровым, Б.В. Иовлевым, С.П. Жук [1] и «Шкала семейного окружения — ШСО» (Family environmental scale), адаптированная С.Ю. Куприяновым [2].

Также в исследовании использовалась специально разработанная клиническая карта, позволяющая оценить наиболее значимые социально-психологические и клинические характеристики обследуемых.

Математическая обработка полученных данных проводилась с использованием компьютерной программы статистической обработки данных SPSS. Сравнительный анализ результатов тестовых методов в группах отцов, матерей, сиблингов и жен пациентов с героиновой наркоманией был проведен при помощи критерия Краскала — Уоллиса для независимых выборок, а также U-критерия Манна — Уитни.

Результаты и обсуждение

Проведенное нами клинико-психологическое исследование позволило выявить, что родственники наркозависимых оказываются в различной степени вовлеченными в жизнь больного, в зависимости от той роли, которую они играют в семье. Так, уже на стадии мотивации родственников на участие в исследовании обнаружилось, что родственниками, наиболее активно участвующими в реабилитационном процессе, являются матери и жены больных, в то время как отцы значительно реже присутствуют на психотерапевтических занятиях и реже идут на контакт с врачами. Сиблинги больных, как правило, занимают отстраненную позицию и подключаются к процессу реабилитации лишь по настоянию родителей. При этом для всех обследованных родственников были характерны сходные характеристики личностного функционирования, проявляющиеся в повышенной тревожности; трудностях дифференциации собственных ощущений и переживаний; регуляции межличностной дистанции; снижении самооценки и стремлении избегать доверительных контактов. Важно отметить, что степень выраженности описанных проявлений варьировалась в зависимости от того, насколько тесно обследуемый родственник был вовлечен во взаимодействие с больным наркозависимым. Чем более тесно родственник взаимодействовал с больным, тем в большей степени происходило сужение его актуального личного кругозора до проблем, связанных с болезнью близкого, приводя в некоторых случаях к практически полной социальной изоляции.

Объективация психического состояния родственников больного героиновой наркоманией в настоящем исследовании проводилась с помощью «Методики оценки психического здоровья» (МОПЗ).

Под психическим здоровьем понимается не отсутствие того или иного нервно-психического заболевания или расстройства, а достаточная для оптимального функционирования личности адап-

тация к среде, позволяющая в максимальной степени реализовывать имеющийся психический потенциал.

Данные МОПЗ родственников пациентов с героиновой наркоманией представлены на рисунке 1.

Статистически достоверные различия показателей в исследуемых группах обнаружены только по шкале «Дефицитарность».

У матерей и жен наркозависимых выявляются более высокие показатели по данной шкале по сравнению с отцами и сиблингами таких больных ($p < 0,05$). Это говорит о том, что у матерей и жен пациентов с героиновой наркоманией отмечается выраженное снижение уровня психической активности личности по сравнению с отцами и сиблингами наркозависимых.

Кроме того, необходимо отметить, что показатели по шкале «Конструктивность» у всех обследованных членов семьи не достигают нормативного значения (54 балла), а показатели шкалы «Деструктивность» превышают нормативное значение (21 балл). Показатели по шкале «Дефицитарность» соответствуют нормативному значению (20 баллов) только у сиблингов наркозависимых, превышая при этом его в различной степени у других обследованных родственников. При сопоставлении использовались данные по стандартизации индексов и шкал МОПЗ [1].

Несмотря на то, что по «Индексу компенсации психопатологической симптоматики» и «Индексу реализации психического потенциала личности» достоверных различий среднестатистических показателей в исследуемых группах не выявлено, следует отметить, что у некоторых родственников среднестатистические показатели индексов выходят за пределы нормативного диапазона, который составляет от -10 до +10 баллов.

Так, по «Индексу компенсации психопатологической симптоматики» показатели, выходящие за пределы нормативного диапазона, выявляются у отцов, матерей и жен наркозависимых. «Индекс компенсации психопатологической симптоматики» соотно-

сит величину имеющихся адаптационных ресурсов и выраженность психопатологических проявлений. Соответственно, полученные результаты отражают наличие значительного снижения конструктивно-адаптационных ресурсов личности этих родственников.

Показатели по «Индексу реализации психического потенциала личности» отражают соотношение величины адаптационного потенциала и уровня психической активности личности и оказываются более нарушенными у матерей и жен наркозависимых.

Таким образом, данные по МОПЗ отражают, что наиболее выраженные нарушения конструктивно-адаптационных ресурсов и уровня психического здоровья личности выявляются у матерей и жен пациентов с героиновой наркоманией и проявляются в первую очередь в значительном снижении уровня психической активности личности. При этом у отцов наркозависимых снижение уровня психического здоровья оказывается менее выраженным по сравнению с матерями и женами таких больных и связано со снижением адаптационного потенциала личности. Важно отметить, что сиблинги наркозависимых демонстрируют относительную сохранность конструктивно-адаптационных ресурсов и уровня психического здоровья личности.

Изучение особенностей семейного функционирования родственников пациентов с героиновой наркоманией в настоящем исследовании проводилось при помощи «Шкалы семейного окружения — ШСО».

На рисунке 2 представлены показатели шкал ШСО, по которым были получены значимые различия групп отцов, матерей, сиблингов и жен наркозависимых.

Статистически достоверные различия получены по 7 из 10 шкал теста. Так, показатели по шкалам «Интеллектуально-культурная ориентация», «Ориентация на активный отдых» и «Морально-нравственные аспекты» не имеют статистически значимых различий в исследуемых группах.

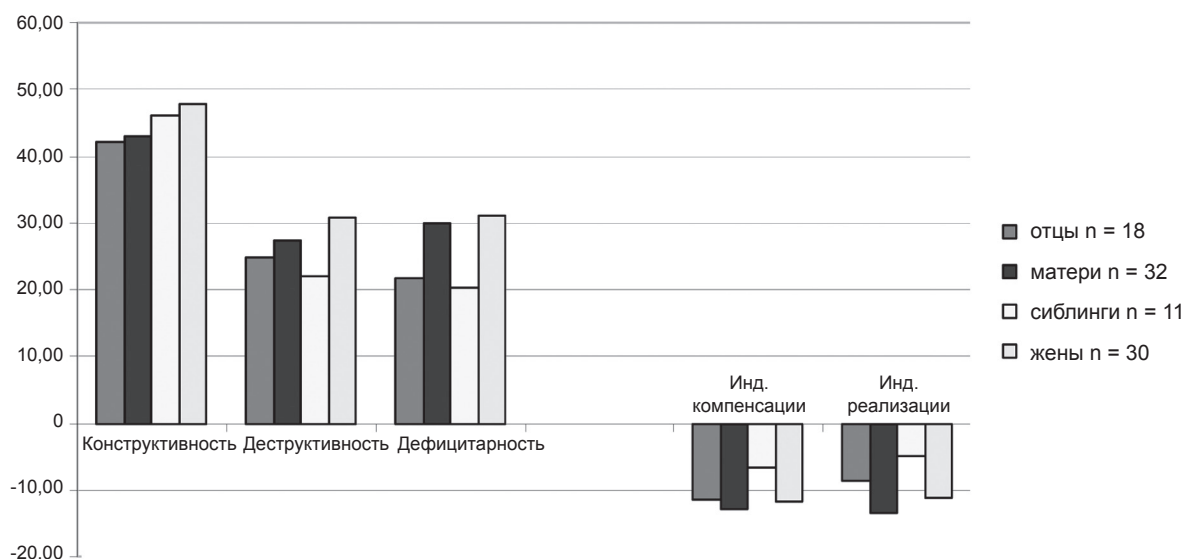


Рис. 1. Соотношение средних значений показателей по тесту МОПЗ у отцов, матерей, сиблингов и жен пациентов с героиновой наркоманией

При сравнении групп отцов и матерей наркозависимых статистически достоверные различия выявлены по шкалам: «Экспрессивность» ($p < 0,05$), «Независимость» ($p < 0,01$), «Ориентация на достижения» ($p < 0,05$) и «Контроль». Полученные данные говорят о том, что отцы воспринимают обстановку в семье как более открытую, позволяющую свободно выражать собственные эмоции и переживания, в то время как матери, по сравнению с отцами, в большей степени ощущают, что члены семьи поощряют друг друга к независимости, стремятся к достижениям в различных сферах деятельности и контролируют друг друга.

При сравнении группы отцов и сиблингов статистически значимые различия обнаружены по шкалам: «Сплоченность» ($p < 0,01$), «Экспрессивность» ($p < 0,05$), «Независимость» ($p < 0,001$), «Организация» ($p < 0,05$). Эти результаты показывают, что сиблинги, по сравнению с отцами наркозависимых ощущают меньшую сплоченность и принадлежность к семье, не стремятся к открытому выражению чувств и участию в организации семейной жизни и в то же время в значительно большей степени стремятся к независимости.

При сравнении группы отцов и жен наркозависимых значимые различия получены по шкалам: «Сплоченность» ($p < 0,01$), «Конфликт» ($p < 0,01$), «Независимость» ($p < 0,05$), что отражает менее выраженное чувство принадлежности к семье, а также более выраженное стремление к независимости и ощущение внутрисемейного конфликта у жен пациентов с героиновой зависимостью.

При сравнении группы матерей и сиблингов были выявлены статистически достоверные различия по показателям «Организация» ($p < 0,001$) и «Контроль» ($p < 0,001$). Эти результаты отражают, что сиблинги, в отличие от матерей, не принимают активного участия в организации семейной жизни и не стремятся контролировать других членов семьи.

При сравнении группы сиблингов и жен статистически достоверные различия выявляются по шкалам: «Экспрессивность» ($p < 0,01$), «Независимость» ($p < 0,05$) и «Контроль» ($p < 0,01$). Это отражает более выраженное стремление к независимости, сочетающееся с нежеланием контролировать окружающих и открыто выражать свое мнение, характерное для сиблингов наркозависимых.

Не менее значимым, чем сравнение по группам, представляется анализ тенденций, характерных для внутрисемейного взаимодействия родственников наркозависимого в целом (см. рис. 2).

Полученные данные говорят о том, что матери и отцы наркозависимых ощущают наибольшую принадлежность к семье, в то время как сиблинги ощущают ее в наименьшей степени.

Жены и сиблинги наиболее остро ощущают проявления конфликтных отношений в семье, при этом братья и сестры в наименьшей степени стремятся к открытому выражению собственных мыслей, чувств и переживаний.

Особое внимание следует обратить на шкалу «Независимость», которая отражает стремление сиблингов к самостоятельности и независимости от семьи, они также не ориентированы на достижения, не принимают участие в организации семейной жизни и не стремятся контролировать других членов семьи.

В то же время матери наркозависимых наиболее ориентированы на поощрение членов семьи к достижениям в различных сферах деятельности, вовлечены в организацию семейной жизнедеятельности и, как и жены больных наркоманией, стремятся контролировать других членов семьи.

Представленные результаты подтверждают данные, полученные при клинико-психологическом обследовании, и отражают специфику динамики, развивающейся в семье наркозависимого.

Экспериментальные данные подтвердили высокую степень психологической травматизации родственников пациентов с героиновой зависимостью в связи с переживаемой ими хронической стрессовой нагрузкой, обусловленной болезнью близкого. Так, у всех родственников наркозависимого выявляются нарушения личностного функционирования, проявляющиеся в преобладании деструктивно-дефицитарных форм активности над конструктивными.

Представленные данные отражают разную степень выраженности психического неблагополучия членов семьи наркозависимого. Так, матери и жены пациентов с героиновой зависимостью демонстрируют наиболее тяжелые картины психической дисфункциональности. Это, вероятно, связано со степенью переносимой ими стрессовой нагрузки,

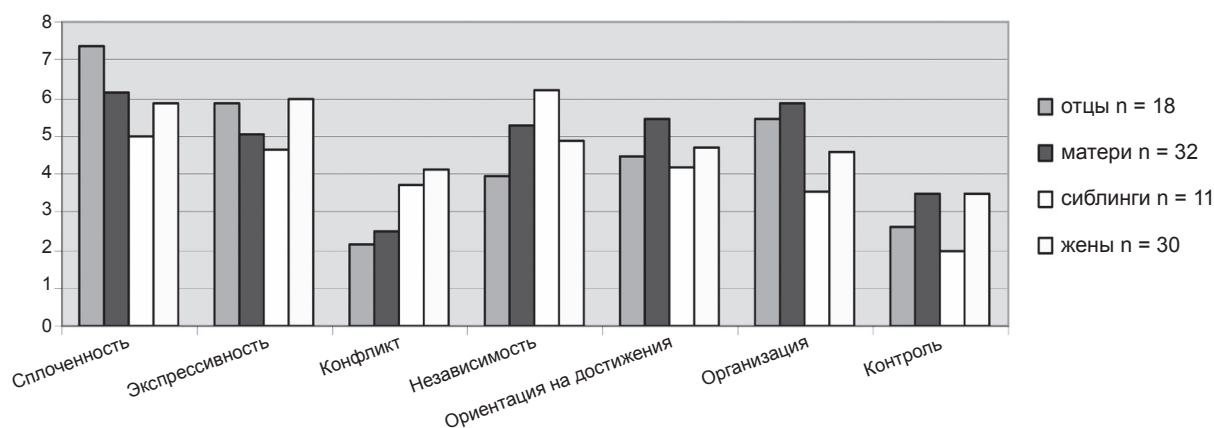


Рис. 2. Соотношение средних значений показателей по тесту ШСО у отцов, матерей, сиблингов и жен пациентов с героиновой наркоманией

которая, в свою очередь, оказывается более выраженной в силу наибольшей вовлеченности матерей и жен во взаимодействие с больным наркозависимостью по сравнению с отцами и сиблингами таких больных.

Как показало проведенное исследование, в случае болезни близкого стресс-нагрузку несет вся семейная система, а следовательно, воздействие стрессора опосредуется семейной структурой и семейной динамикой, которые могут как усиливать, так и ослаблять его. Иначе говоря, одни члены семьи оказываются под относительно большим давлением стресс-факторов, в то время как другие могут уклоняться от их воздействия. Такое перераспределение, в свою очередь, опосредует дальнейшую семейную динамику. Важно отметить, что в ряде случаев трансформированная в результате хронического стресса деструктивная семейная динамика сама становится стресс-фактором для членов семьи, в результате чего формируется порочная спираль, препятствующая поиску конструктивных путей совладания со стрессом.

Заключение

Таким образом, стрессовая нагрузка, связанная с болезнью одного из членов семьи, оказывает психотравмирующее влияние на всех его близких и, в свою очередь, в значительной степени опосредуется семейной динамикой. В этой связи при построении психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий для пациентов с героиновой наркоманией и их близких важно учитывать необходимость гармонизации отношений в таких семьях.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ в рамках проекта проведения научных исследований («Психологические детерминанты психической дисфункциональности членов семьи пациентов с героиновой наркоманией»), проект №12-36-01011.

Литература

1. *Исследование и оценка нервно-психического здоровья населения : пособие для врачей / авторы-сост. Ю.Я. Тупицын, В.В. Бочаров, Б.В. Иовлев, С.П. Жук — СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2000. — 24 с.*
2. *Куприянов С.Ю.* Роль семейных факторов в формировании вариантов нервно-психического механизма патогенеза бронхиальной астмы и их коррекция методом семейной психотерапии : дисс... канд. психол. наук / С.Ю. Куприянов. — Л.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1985. — 180 с.
3. *Менделевич В.Д.* Психология зависимой личности, или Подросток в окружении соблазнов / В.Д. Менделевич, Р.Г. Садыкова. — Казань: РЦПНН при КМРТ. И.: Марево, 2002. — 240 с.
4. *Шишкова А.М.* Влияние стигматизации на семейные отношения больных опиатной наркоманией / А.М.Шишкова // Психоневрология в современном мире : материалы юбилейной научной сессии, Санкт-Петербург, 15–18 мая 2007 г. — СПб: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2007. — С. 233.
5. *Barnard M.* Drug Addiction and Families / M. Barnard. — London & Philadelphia: Jessica Kingsley, 2007. — 175 p.

УДК 616.12-036.82:616.89

© Коллектив авторов, 2012

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ДИНАМИКА
КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА,
ПЕРЕНЕСШИХ ПЛАНОВОЕ КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ, В ЗАВИСИМОСТИ
ОТ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

**PSYCHOLOGICAL PECULIARITIES OF ISCHEMIC HEART DISEASE PATIENTS, WHO UNDERWENT
ELECTIVE CORONARY ARTERY BYPASS SURGERY, AND QUALITY OF LIFE DYNAMICS,
DEPENDING ON PARTICIPATION IN PROGRAM OF CARDIAC REHABILITATION**

Е.И. Лубинская, О.Б. Николаева, И.А. Зеленская, А.А. Великанов, Ю.Л. Левашкевич, Е.А. Демченко
E.I. Lubinskaya, O.B. Nikolaeva, I.A. Zelenskaya, A.A. Velikanov, Yu.L. Levashkevich, E.A. Demchenko

*Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова, Санкт-Петербург
Saint-Petersburg Science Research Psychoneurological Institute named after V.M. Bekhterev, Saint-Petersburg*

Контакт: Е.И. Лубинская, e-mail: Lubinskaya1@bk.ru

В статье представлено исследование психологических особенностей и динамики качества жизни больных ИБС, перенесших плановое коронарное шунтирование, в зависимости от участия в программе кардиологической реабилитации. Оценено влияние программы многопрофильной кардиологической реабилитации (КР) с психодиагностикой и психокоррекцией на качество жизни больных ИБС в течение 2 лет после коронарного шунтирования (КШ); проанализированы психологические особенности пациентов, влияющих на приверженность к участию в программе. Использованы клинико-психологические и экспериментально-психологические методики для диагностики психологических особенностей и качества жизни. Несмотря на высокую клиническую эффективность многопрофильной КР больных ИБС после КШ, отклик на участие в программе невысок (46%). Показана значимость типов отношения к болезни как одного из факторов, определяющих приверженность больных к участию в программе КР.

Ключевые слова: кардиологическая реабилитация, коронарное шунтирование, ишемическая болезнь сердца, тревожность, депрессия, личностные особенности, качество жизни.

The article presents the research of psychological peculiarities of ischemic heart disease patients, who underwent elective coronary artery bypass surgery (CABG), and quality of life dynamics, depending on participation in cardiac rehabilitation (CR) program. The impact of the multidisciplinary CR program with the psychological diagnostics and psycho-correction on the patients quality of life during 2 years after CABG; analysis of patients psychological properties, influencing the adherence to program participation were assessed. Clinical, psychological and experimental psychological methodologies for diagnostics of psychological properties and life qualities were used. The research revealed high effectiveness of CR program, but the feedback for the patients participation is quite low (46%). Study found the significance of the relation to the disease types as one of the factors that determine patients adherence to CR participation.

Key words: cardiac rehabilitation, coronary bypass surgery, ischemic heart disease, anxiety, depression, personal characteristics, quality of life.

Введение

Основной причиной заболеваемости и смертности в мире являются болезни системы кровообращения; в частности, первое место в структуре сердечно-сосудистой смертности занимает ишемическая болезнь сердца (ИБС) — 53,1%. Следует отметить, что за последние 10 лет число операций коронарного шунтирования (КШ) увеличилось в 5,2 раза [1, 2].

Однако, несмотря на рост числа выполненных операций КШ и объективное улучшение состояния большинства прооперированных больных, качество жизни, показатели физической работоспособности у

части из них не только не повышаются, но и снижаются [6].

С неуклонным ростом числа кардиохирургических вмешательств у больных с ИБС во всем мире ежегодно увеличивается количество ассоциированных с ними психических расстройств [5]. Психологическое консультирование и психотерапия больных после КШ позитивно сказываются на эффективности реабилитации [7]. В связи с этим очевидна роль следующего за операцией периода реабилитации.

В современном понимании медицинская реабилитация — это комплекс взаимосвязанных медицин-

ских, психологических и социальных мероприятий, направленных не только на восстановление и сохранение здоровья, но и на возможно более полное восстановление (сохранение) личности и социального статуса больного [3]. Таким образом, включение психологических методов в программу реабилитации для больных ИБС после КШ методик является обязательным.

Цель исследования — оценка влияния программы многопрофильной кардиологической реабилитации (КР) с психодиагностикой и психокоррекцией на качество жизни больных ИБС в течение 2 лет после коронарного шунтирования (КШ); анализ психологических особенностей пациентов, влияющих на приверженность к участию в программе.

Материалы и методы

В исследование включено 200 больных ИБС, из них 164 мужчин и 36 женщин в возрасте 36–69 лет (средний возраст $57,7 \pm 7,8$ лет), которым в Федеральном центре сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова (ФЦ) в период с января по декабрь 2009 г. было выполнено плановое коронарное шунтирование (КШ) с полной реваскуляризацией миокарда в условиях искусственного кровообращения. На 7–10-е сутки после операции всем пациентам было предложено участие в программе многопрофильной КР на позднем стационарном и амбулаторном этапах, включающей медикаментозное и немедикаментозное лечение.

Большинство больных, включенных в исследование, до КШ страдали стенокардией III–IV функционального класса (82%); перенесли инфаркт миокарда (ИМ) (64%); имели артериальную гипертензию (92%); повышенный уровень холестерина (74%); избыточную массу тела или ожирение (89%); отягощенную наследственность (65%).

Сравнительный анализ проводился в двух сформировавшихся в процессе 2-летнего наблюдения группах: I группа — 92 человека, активно участвующие в программе КР в течение всего периода наблюдения; остальные пациенты (108 человек) составили II группу. Проспективное наблюдение осуществлялось в течение 2 лет. В рамках кардиологической реабилитации на амбулаторном этапе запланировано проведение мероприятий: 5 очных консультаций кардиолога (через 1 месяц после операции, затем каждые 6 месяцев), 4 промежуточных телефонных контактов, регулярное лабораторно-инструментальное обследование, мероприятия физической и психологической реабилитации, образовательные программы для больных. Дополнительный объем лечебно-диагностических мероприятий проводился по индивидуальным показаниям.

Оценка самочувствия больного проводилась на каждом визите с помощью простого опроса: пациентам предлагалось оценить свое самочувствие по 5-бальной шкале, где 1 — крайне плохое; 2 — плохое; 3 — удовлетворительное; 4 — хорошее; 5 — отличное.

Первичное психодиагностическое обследование проводилось на визите через 1 месяц после операции, затем — ежегодно по следующим методикам: SF-36 (для оценки качества жизни), ТОБОЛ (оценка типа отношения к болезни), шкала депрессии Зунга,

ИТТ — интегративный тест тревожности, методика оценки копинг-стратегий Э. Хайма.

Все больные при включении в программу были консультированы психологом. В ходе наблюдения повторные консультации психолога, психокоррекция с использованием когнитивно-поведенческих и релаксационных методик, консультации психотерапевта, индивидуальная психотерапия проводились по показаниям.

Результаты и обсуждение

Активно приняли участие в программе КР 92 человека. Таким образом, отклик на участие в программе составил только 46%.

В ходе позднего стационарного этапа реабилитации на кардиологическом отделении с восстановительным лечением (8–17-е сутки после операции) все больные (92 пациента) I группы посетили групповые занятия ЛФК в зале, были консультированы психологом, посетили информационно-образовательные занятия в виде лекции и индивидуального консультирования. Пациенты I группы в 3,4 раза чаще, по сравнению со II, приглашали на информационную беседу ближайших родственников. 79 (73,1%) больных II группы отказались от консультаций психолога, 57 (52,8%) — от посещения лекций в школе для больных, 22 (20,4%) — от занятий ЛФК.

На амбулаторном этапе реабилитации консультированы медицинским психологом 95,7% и 52,2% больных I группы в течение 1-го и 2-го года наблюдения. Никто из больных II группы не откликнулся на приглашения в ФЦ для консультации врача ЛФК, психотерапевта, проведения психодиагностического обследования, при необходимости — психокоррекции. Все случаи консультаций психолога (24,1% и 21,1%), психотерапевта (20,4% и 5,3%), врача ЛФК (37% и 21,1% в течение 1-го и 2-го года наблюдения), посещения занятий в школе для больных ИБС после КШ пациентов II группы осуществлены в ходе стационарного лечения в ФЦ в связи с ухудшением самочувствия.

В ходе 2-летнего наблюдения больных после КШ выявлено, что у пациентов I группы показатели клинического статуса были значимо лучше, чем у больных II группы: реже наблюдались рецидив стенокардии (в течение 1-го года в 2,5 раза, в течение 2-го — ни у кого из больных I группы по сравнению с 15,8% — II), цереброваскулярные события (в течение 1-го года — в 2,5 раза, в течение 2-го — ни у кого из больных I группы по сравнению с 2,6% — II), клинические проявления СН (в 1,6 раза в течение 1-го года и в 2 раза — в течение 2-го), отсутствовали больные с клиникой СН III ф.к. (во II группе их было более 20%); они реже обращались за неотложной помощью (в 4,2 раза — в течение 1-го года и 38,3 раза — в течение 2-го). Отмечена и более редкая частота госпитализаций. Никто из больных I группы за 2 года наблюдения не перенес ИМ, никому не потребовалось проведение повторной реваскуляризации миокарда (чрескожного коронарного вмешательства — ЧКВ), тогда как во II группе средняя частота развития ИМ и ЧКВ, по данным 2-летнего наблюдения, составила 3,2% и 4,1% соответственно. Сумма сердечно-сосудистых событий (ИМ, рецидив стенокар-

дии, ЧКВ, инсульт) в 5,4 раза чаще наблюдалась во II группе по сравнению с I ($p < 0,001$).

По результатам психодиагностического обследования больных в динамике получены следующие данные. При анализе данных первичного опроса выявлено, что в I группе, по сравнению со II, средняя оценка больными своего самочувствия была выше (0,5 балла). Большинство больных I группы оценили свое самочувствие как отличное и хорошее — 60,9% (во II их было 33,3%, $p < 0,01$); во II группе, наоборот, преобладали пациенты с удовлетворительным или плохим самочувствием — 66,7% (в I их было только 39,1%, $p < 0,01$). К концу 2-го года количество больных с хорошим и отличным самочувствием увеличилось в обеих группах: в I группе они составили абсолютное большинство — 95,6% ($p = 0,001$), тогда как во II — менее половины — 47,3% ($p = 0,04$).

Первичное психодиагностическое обследование выполнено на визите 1 — через 1 месяц после КШ. Эмоциональный фон пациентов в обеих группах характеризовался отсутствием признаков клинически выраженной депрессии. Во II группе было в 1,4 раза больше больных со снижением настроения на уровне субдепрессии ($p > 0,05$).

При оценке качества жизни статистически значимые различия выявлены по следующим показателям: интенсивность боли, самооценка ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, самооценка психического здоровья. Больные I группы, по сравнению со II, ниже оценили интенсивность боли (обратная шкала) — в 2,5 раза ($67,7 \pm 9,9$ в I группе, $27,3 \pm 3,7$ — во II, $p < 0,05$), выше — ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием — в 5,9 раз ($67,0 \pm 13,0$ — в I группе, $11,3 \pm 9,6$ — во II, $p < 0,01$), психическое здоровье — в 1,6 раз ($70,7 \pm 4,6$ — в I группе, $44,0 \pm 6,0$ — во II, $p < 0,05$).

При оценке уровня тревоги через 1 месяц после операции значимого повышения реактивной тревожности у пациентов обеих групп не отмечалось, основные показатели свидетельствовали о низком или нормальном уровне тревоги. Однако в I группе, по сравнению со II, было в 4,4 раза меньше больных с повышенным уровнем ситуативной тревожности (4,5% — в I группе по сравнению с 20% — во II, $p = 0,006$) и в 1,8 раза — личностной тревожности (27,3% — в I группе по сравнению с 50% — во II, $p = 0,033$).

По данным тестирования, для определения типа отношения к болезни (по методике ТОБОЛ) в I группе, по сравнению со II, было в 1,6 раз больше больных с гармоничным, эргопатическим и анозогнозическим типами отношения к болезни, при которых не нарушена социальная и психическая адаптация ($p < 0,05$). Только $\frac{1}{4}$ больных I группы (22,7%) имели типы реагирования на болезнь, проявляющиеся дезадаптивным поведением: тревожный и меланхолический, тогда как во II они составили половину (52,5%): тревожный, ипохондрический, неврастенический, апатический, сенситивный и эгоцентрический типы ($p < 0,01$). В ходе повторного тестирования через 1 и 2 года после КШ динамики показателей опросника ТОБОЛ и доли больных с теми или иными типами отношения к болезни в обеих группах значимо не изменились.

В течение 2 лет наблюдения число больных со сниженным эмоциональным фоном уменьшилось в I группе в 3,3 раза (с 50% в 1-й год наблюдения до 15,3% — во 2-й), во II — в 2,3 раза (с 70% — в 1-й год до 30,6% — во 2-й). К концу 2-го года наблюдения в I группе, по сравнению со II, было в 1,5 раза больше больных с нормальным эмоциональным фоном (84,7% — в I группе, 55,6% — во II, $p < 0,05$) и в 2 раза меньше пациентов со сниженным (15,3% — в I группе, 30,6% — во II, $p < 0,05$). Клинические проявления депрессии выявлены у 11,1% пациентов II группы в течение 1-го года наблюдения и 13,9% — в течение 2-го, и ни у кого — в I группе за все время наблюдения.

В ходе 2-летнего наблюдения отмечена положительная динамика показателей качества жизни у больных обеих групп: в 1,3 раза увеличилась оценка больными жизненной активности; ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием — в 1,1 раза в I группе и в 4,6 раз — во II. Более выраженная динамика в I группе, по сравнению со II, наблюдалась по следующим показателям: отмечено повышение уровня физического функционирования в 3,1 раза у больных I группы, в 1,5 раза — во II; ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием, — в 2,3 раза в I группе и в 1,8 раз — во II.

Минимальная положительная динамика оценки больными своего общего состояния здоровья выявлена через 1 год после КШ в обеих группах, через 2 года она практически вернулась к исходному уровню и составила $63,0 \pm 9,2$ в I группе и $43,0 \pm 9,2$ во II.

К концу 2-го года наблюдения показатели качества жизни (физический и психологический компоненты здоровья) были выше у больных I группы. Статистически значимые различия выявлены по показателям: в I группе, по сравнению со II, был выше уровень ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием — в 1,6 раз, эмоциональным состоянием — в 1,5 раз, общей оценки своего здоровья — в 1,5 раз.

При оценке уровня тревоги выявлено, что к концу 1-го года после КШ в I группе, по сравнению со II, было в 3 раза меньше больных с повышенным уровнем ситуативной тревожности (11,1% пациентов I группы по сравнению с 33,3% — II-й, $p = 0,002$) и в 2,3 раза — личностной тревожности (29,6% больных I группы по сравнению с 66,7% — II, $p = 0,003$). Однако число лиц со сниженным уровнем ситуативной тревожности в I группе, по сравнению со II, было в 2,8 раза больше (63% пациентов в I группе и 22,2% — во II, $p = 0,002$). Сниженный уровень личностной тревожности имели 16,7% больных I группы и никто — во II.

У пациентов II группы выявлено повышение среднего по группе уровня ситуативной тревожности к концу 1-го года после КШ, он статистически значимо отличался от аналогичных показателей I группы ($5,2 \pm 0,7$ в I группе и $3,1 \pm 0,4$ — во II соответственно, $p < 0,01$). В структуре ситуативной тревожности преобладал астенический компонент (утомляемость, расстройство сна, пассивность), эмоциональный дискомфорт, неудовлетворенность жизненной ситуацией, общая обеспокоенность будущим на фоне эмоциональной чувствительности. К концу 2-го года

значения данных показателей несколько снизились и приблизились к первичным. У пациентов I группы на протяжении всего периода наблюдения не отмечалось значительного колебания эмоционального состояния на фоне повышения уровня тревоги.

Оценка тревожности как устойчивой личностно-типологической характеристики показала, что больные обеих групп на возникновение угрожающих здоровью ситуаций реагируют преимущественно повышением эмоциональной напряженности и проекцией своих страхов в будущее. В обеих группах при первичном тестировании через 1 месяц после КШ эти показатели соответствовали диапазону нормативных значений. К концу 1-го года наблюдения в I группе, по сравнению со II, в 1,7 раз был ниже уровень астенического ($3,6 \pm 0,4$ в I группе по сравнению с $6,7 \pm 1,4$ — во II, $p < 0,001$) и фобического ($2,4 \pm 0,8$ в I группе по сравнению с $4,1 \pm 0,8$ — во II, $p < 0,001$) компонентов личностной тревожности. Пациенты II группы имели склонность чаще испытывать ощущение непонятной угрозы, неуверенность в себе и собственных силах, усталость, вялость. В течение 1-го года после операции к этим характеристикам прибавился рост эмоционального дискомфорта, который к концу 2-го года достиг самых высоких показателей. К концу 2-го года значимой динамики показателей тревожности по сравнению с исходной в I группе не выявлено, во II отмечено нарастание выраженности фобического компонента личностной тревоги в 1,3 раза по сравнению с первичными данными ($p < 0,05$).

К концу 2-го года статистически значимых различий по общему показателю ситуативной и личностной тревоги не выявлено, однако в I группе, по сравнению со II, было в 1,5 раза меньше больных с повышенной личностной тревожностью.

При анализе используемых больными стратегий совладания со стрессом получены следующие данные. В обеих группах наиболее продуктивно использовались эмоциональные копинг-стратегии (оптимизм) и когнитивные копинг-стратегии (анализ ситуации, сохранение самообладания). В I группе указанные способы совладания встречались статистически значимо чаще ($p < 0,05$). Во II группе в 2 раза чаще, чем в I, отмечались непродуктивные способы эмоционального реагирования, преимущественно подавление эмоций.

В ходе опроса больных было выявлено, что уже через 1 месяц после КШ пациенты I группы оценивали выше свое самочувствие в среднем на 0,5 балла ($p < 0,05$). С течением времени выявленные различия усилились, в I группе абсолютное большинство составили пациенты с отличным и хорошим самочувствием (95,7%), во II группе преобладали пациенты с удовлетворительным и плохим самочувствием (52,7%, $p < 0,05$).

В отличие от данных современной литературы, в нашей работе при первичном психодиагностическом обследовании больных через 1 месяц после КШ признаки клинически выраженной депрессии и тревоги отсутствовали в обеих группах. В процессе 2-летнего наблюдения в I группе отмечено уменьшение в 3,3 раза числа больных со сниженным эмоциональным фоном; большинство (84,7%) составили пациен-

ты с нормальным эмоциональным фоном, тогда как во II — отмечена отрицательная динамика: клинические проявления депрессии выявлены у 11,1% больных II группы к концу 1-го года после КШ и у 13,9% — к концу 2-го. Выявлено повышение уровня ситуативной тревожности в течение 1-го года и тенденция к снижению до исходного уровня в течение 2-го.

При оценке качества жизни положительная динамика отмечена в течение 2 лет в обеих группах, однако более отчетливо у пациентов I группы: они выше оценивали свое ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным и физическим состоянием, психическое здоровье, физическое функционирование, общее состояние здоровья.

Выявлены статистически значимые различия в характеристике типов отношения к болезни. Данная характеристика практически не менялась с течением времени. В I группе, по сравнению со II, было в 1,6 раз больше больных с типами отношения к болезни с ненарушенной социальной и психической адаптацией (гармоничный, эргопатический и анозогнозический, $p < 0,05$), во II группе половину составили пациенты с дезадаптивным поведением (тревожный, ипохондрический, неврастенический, апатический, сенситивный и эгоцентрический типы отношения к болезни, $p < 0,01$).

В I группе, по сравнению со II, было больше пациентов, продуктивно использующих эмоциональные копинг-стратегии совладания со стрессом, в 2 раза меньше больных с непродуктивными способами реагирования.

Несмотря на то, что, по данным опросника SF-36 отмечено статистически значимое увеличение физического функционирования, уровень социального функционирования у больных II группы после КШ снизился, что на практике сопровождалось снижением числа трудящихся больных этой группы. Вероятная причина выявленной динамики — психологическая неготовность к возобновлению своей активной социальной роли в обществе, которая подтверждается низким ролевым функционированием, обусловленным эмоциональным состоянием.

Выводы

1. Кардиологическая реабилитация больных ИБС, перенесших плановое коронарное шунтирование, клинически — высокоэффективное вмешательство, которое приводит к улучшению прогноза и качества жизни прооперированных больных. Однако отклик на участие в программе КР составил только 46%.

2. Среди учитываемых психологических показателей факторами, влияющими на приверженность больных к участию в программе реабилитации, являлись типы отношения к болезни с ненарушенной социальной и психической адаптацией (гармоничный, эргопатический и анозогнозический), эти характеристики устойчивы и практически не меняются со временем.

3. Очевидна необходимость дальнейших исследований, в том числе посвященных изучению личностных характеристик больных, для выявления предикторов высокой приверженности больных к участию в программе реабилитации и лечению в целом, для

составления индивидуализированных программ реабилитации и мероприятий психокоррекции с целью повышения эффективности лечения.

Литература

1. Бокерия Л.А. Интервенционные методы лечения ишемической болезни сердца / Л.А. Бокерия, Б.Г. Алесян, А. Коломбо. — М.: Изд-во НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2002. — 417 с.
2. Ботнарь Ю.М. Клинико-экономические и организационные основы оказания кардиохирургической помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями в РФ : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Ю.М. Ботнарь. — М.: Изд-во НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2009. — 48 с.
3. Епифанов В.А. Лечебная физкультура в системе медицинской реабилитации больных и инвалидов / В.А. Епифанов // Медицинская реабилитация : руководство для врачей. — М.: МЕДпресс-информ, 2005. — С.7.
4. *Естественное движение населения Российской Федерации в 2012 году. Статистический бюллетень. Электронная версия* www.gks.ru/bgd/regl/b12_106/Main.htm
5. Замотаев Ю.Н. Опыт применения программы медицинской и психологической поддержки больных, перенесших кардиохирургические операции / Ю.Н. Замотаев, В.А. Косов, Ю.В. Мандрыкин // Терапевтический архив. — 2000. — № 1. — С. 25–28.
6. Филимонов А.И. Оценка особенностей первичной инвалидности у больных ИБС после аортокоронарного шунтирования для формирования оптимальной модели реабилитации / А.И. Филимонов [и др.] // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. — 2009. — № 1. — С. 22–24.
7. Freedland K.E. Treatment of depression after coronary artery bypass surgery: a randomized controlled trial / K.E. Freedland [et al.] // Arch. Gen. Psychiatry. — 2009. — V. 66. — P. 387–396.

УДК 159.96

© Е.Е. Малкова, 2012

**СФЕРЫ АКТУАЛИЗАЦИИ ТРЕВОЖНОСТИ
В ФОРМИРУЮЩЕЙСЯ СИСТЕМЕ ЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ
У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ В НОРМЕ И ПРИ ПСИХОГЕННО ОБУСЛОВЛЕННЫХ
АНОМАЛИЯХ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ**

**AREAS ACTUALIZATION ANXIETY IN THE EMERGING NETWORK OF PERSONAL RELATIONSHIPS
IN PRIMARY SCHOOL CHILDREN IN HEALTH AND PSYCHOGENIC CAUSED ANOMALIES
OF PERSONALITY**

Е.Е. Малкова

E.E. Malkova

*Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург
Russian State Pedagogical University named after A.I. Herzen, Saint-Petersburg*

Контакт: Е.Е. Малкова, e-mail: Helen_Malkova@herzen.spb.ru

Изучены сферы актуализации тревожности в формирующейся системе личностных отношений у младших школьников в норме (158 человек) и при аномалиях развития личности невротического (58 человек) и соматического (35 человек) уровня. Обнаружено отсутствие различий в сферах актуализации тревожности детей в возрасте 7–10 лет с аномалиями развития личности невротического и соматического уровня вне зависимости от пола, связанные с переживанием общей тревожности на фоне тревоги, возникающей в ситуациях самовыражения и общего снижения психической активности. При этом указанием на вероятность развития невротоподобной аномалии личности может служить наличие высоких показателей тревоги в связи с оценкой окружающих у мальчиков и нарастание признаков психастении на фоне снижения вегетативной реактивности у девочек. Выявленные в исследовании данные о половоспецифических различиях в сферах актуализации тревожности могут быть полезными при дифференциальной диагностике между невротическими симптомами тревоги, психосоматической манифестацией и нормативным развитием личности младшего школьника.

Ключевые слова: аномалии личности, тревожность, неврозы, соматические и соматоформные расстройства, младшие школьники.

Investigated scope actualization anxiety in the emerging network of personal relationships in primary school children in the norm (158 people), and anomalies of the neurotic personality (58 people) and somatic (35 people) level. revealed no differences in the areas of mainstreaming children's anxiety in the age of 7–10 years, with anomalies of neurotic and personality systemic level, regardless of the sex-related experience general anxiety amid anxiety that arises in situations of self-expression and the general decline in mental activity. However, an indication of the likelihood of the individual neurotic anomalies may indicate the presence of high levels of anxiety associated with the assessment of others in boys and signs of growth amid falling psychasthenia vegetative reactivity in girls. Revealed in the study data sex-specific differences in the actualization of anxiety may be useful in the differential diagnosis between neurotic symptoms of anxiety, psychosomatic manifestation and normative personal development younger pupils.

Key words: abnormalities of personality, anxiety, neurosis, somatic and somatoform disorders, primary school children.

Введение

В соответствующей литературе личность рассматривается в генетическом, психологическом (поведенческом), социальном и клиническом аспектах [4], что обуславливает сложность ее структуры в каждом отдельном случае. Соответственно, проблема развития тревожности как устойчивого личностного образования, анализ ее соотношения с характером формирующихся межличностных отношений в норме и при психогенно обусловленных аномалиях личности является одной из сложнейших. На сегодняшний

день доля клинически выраженных тревожных расстройств детского населения развитых стран, включая Россию, составляет около половины всей психической патологии в этой возрастной группе [5, 7].

Не секрет, что высокая тревожность, сопровождающаяся различного рода страхами у детей, зачастую становится показателем неблагополучия личностного развития и, в свою очередь, оказывает на него отрицательное влияние [8]. Однако такое же влияние на личность может оказывать и низкая тревожность. С возрастом содержание детских тревог и страхов

тяготеет к все более реалистичному отражению перемен в их восприятии окружающего [1, 6]. Исходя из этого, детскую тревожность можно рассматривать с разных позиций — и как предвестник патологических изменений личности, и как симптом, включенный в более серьезный патологический процесс, и как механизм развития в норме и при патологии. Поскольку именно в младшем школьном возрасте тревожность отчетливо начинает проявляться не столько как ситуативная реакция на фрустрирующий фактор, а в большей степени как личностная черта, представляется интересным акцентировать внимание на сферах актуализации тревожности в формирующейся системе личностных отношений этой возрастной группы в норме и при психогенно обусловленных аномалиях развития личности.

Цель исследования — изучение сферы актуализации тревожности в формирующейся системе личностных отношений у младших школьников в норме и при психогенно обусловленных аномалиях развития личности.

Материалы и методы

Всего в исследовании сфер актуализации тревожности в формирующейся системе личностных отношений у младших школьников в норме и при психогенно обусловленных аномалиях развития личности приняли участие 246 школьников в возрасте 7–10 лет (116 девочек и 130 мальчиков) (табл. 1).

Контрольную группу составили 153 социально-адаптированных учащихся начальных классов четырех средних общеобразовательных школ (№ 91, № 97, № 100 и № 271) трех районов Санкт-Петербурга (Петроградского, Выборгского и Красносельского) (62 девочки и 91 мальчик).

В качестве основной группы исследования были специально отобраны 93 ребенка с преобладанием тревожного компонента в структуре личностного реагирования при расстройствах соматического (24 девочки и 11 мальчиков) и невротического (30 девочек и 28 мальчиков) уровней, проходящих амбулаторное и стационарное обследование и лечение в различных лечебных, научных и консультативных учреждениях. Данные больные были исследованы всесторонне при непосредственном участии врачей-

клиницистов (психиатров, психоневрологов, психотерапевтов, педиатров, кардиологов, пульмонологов, гастроэнтерологов, дерматологов, ЛОР-врачей и т.п.) на базах Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева (детское и подростковое отделение), консультативно-диагностического центра Санкт-Петербургской педиатрической академии и кафедры педиатрии № 2 Санкт-Петербургской академии последилового образования, а также Санкт-Петербургского городского кризисного центра для детей и подростков. В структуре актуального психического состояния всех исследованных больных выделялись в качестве профилирующих тревожные расстройства. Отбор больных основной группы проводился на основе следующих диагностических критериев МКБ-10 и DSM-IV-R:

а) психогенная обусловленность болезненных состояний и их принципиальная обратимость;

б) непсихотический уровень симптоматики — астенические, истерические, фобические, обсессивно-компульсивные, аффективные соматические и соматоформные расстройства;

в) парциальность и эгодистоничность клинических проявлений (отсутствие изменения самосознания, наличие осознания болезни).

Как видно из таблицы 1, в рамках соматического уровня расстройств с преимущественно тревожной симптоматикой нами были исследованы 35 детей младшего школьного возраста. Критериями включения являлись психологические, поведенческие или вегетативные симптомы тревоги, специфические фобические расстройства (изолированные и множественные), обсессивные мысли, образы, страхи или компульсивные действия в картине соматического заболевания на момент обследования в течение нескольких недель подряд. Вся выборка пациентов была разделена также на две подвыборки по характеру клинических проявлений. Как видно из таблицы 1, в исследованной нами группе школьников с тревожной симптоматикой соматического уровня чуть меньше половины (42,9%) детей было с различными соматоформными расстройствами. Соответственно, больше половины (57,1%) исследованных составили пациенты младшего школьного возраста, больные

Таблица 1

Распределение исследованных детей по уровням патологических проявлений развивающейся личности

Уровень патологических проявлений развивающейся личности	абс.	%
Нормативный уровень	153	62,2
Соматический уровень	35	14,2
Соматоформные тревожные расстройства (F 45)	15	42,9
Психологические и поведенческие факторы тревожного характера, связанные с соматическим расстройством или заболеванием (F54+)	20	57,1
Невротический уровень	58	23,6
Невротические и связанные со стрессом тревожные расстройства (F41, F42, F43, F48)	47	81,0
Эмоциональные и поведенческие расстройства тревожного спектра, специфические для детского и подросткового возраста (F93, F98)	11	19,0
Итого	246	100

соматическими расстройствами или заболеваниями, сопровождавшимися психологическими и поведенческими факторами тревожного характера.

В рамках невротического уровня расстройств с преимущественно тревожной симптоматикой нами были исследованы 58 детей младшего школьного возраста, которым в соответствии с МКБ-10 были поставлены диагнозы, относящиеся к категории невротических и невротоподобных (F4) (81%), а также поведенческих и эмоциональных расстройств, начинающихся в детском возрасте (F9) (19%). Характерной чертой этой группы расстройств являлась их отчетливо экзогенная природа, причинная связь с внешним стрессором, без воздействия которого психические нарушения не появились бы.

Помимо клинико-психологического метода оценки текущего состояния, экспериментально-психологическим методом изучения сфер актуализации тревожности в формирующейся системе личностных отношений у младших школьников в норме и при аномалиях развития личности в данном исследовании явилась оригинальная «Методика многомерной оценки детской тревожности» (МОДТ) [2], шкалы которой оценивают: 1-я — общую тревожность, 2-я — тревогу в отношениях со сверстниками, 3-я — тревогу, связанную с оценкой окружающих, 4-я — тревогу в отношениях с учителями, 5-я — тревогу в отношениях с родителями, 6-я — тревогу, связанную с успешностью в обучении, 7-я — тревогу, возникающую в ситуациях самовыражения, 8-я — тревогу, возникающую в ситуациях проверки знаний, 9-я — снижение психической активности, обусловленное тревогой, 10-я — повышенную вегетативную реактивность, обусловленную тревогой.

Разработанные нами принципы многомерной оценки детской тревожности способны отразить не только уровень и характер тревожности у детей и подростков школьного возраста (7–18 лет), но также и максимально возможный спектр ситуаций, в которых эта тревожность может возникать. Опросник отвечает современным психометрическим критериям надежности ($r = 0,51–0,78$) и валидности ($r = 0,47–0,56$).

Полученные данные экспериментально-психологического исследования были обработаны статистически. Для выявления особенностей различий в сферах актуализации тревожности у младших школьников производилось сопоставление средних величин шкальных оценок опросника МОДТ в исследуемых группах. Выявлялись те шкалы, для которых различия достигали уровня статистической значимости ($p < 0,05$). Такое сопоставление проводилось раздельно для каждой из трех исследованных подгрупп, сформированных по полу и уровню патологических проявлений формирующейся личности.

Результаты и обсуждение

Остановимся более подробно на клинико-психологических характеристиках каждой из нозологических подгрупп основной группы детей.

Собственно развитие клинической картины тревожных расстройств при ситуационно-зависимом типе соматоформной реакции соответствовало признакам формирования истерического личностного

расстройства либо органического расстройства личности и поведения. Так, в клинической картине расстройств тревожного спектра у детей этой группы доминировали различного рода страхи, чаще ипохондрического содержания, связанного с дисфункцией желудочно-кишечного тракта (F45.31/32) (40%) и хроническим болевым синдромом (F45.4) (20%). Кроме того, к такого рода вегето-висцеральным проявлениям тревоги (так называемым органическим неврозам) нами относились школьники с привычной рвотой, возникающей перед выходом в школу или как реакция на какое-то неприятное переживание.

Подобного рода реакции можно было наблюдать и у больных с соматическими расстройствами или заболеваниями, сопровождавшимися (осложненными) психологическими и поведенческими реакциями тревожного спектра (F54+). Тревогу, наблюдаемую у этих больных, как правило, определяли как соматогенную, поскольку она являлась своеобразным спутником уже имеющихся квалифицированных соматических нарушений — чаще гастрита и гастродуоденита (+K29) (25%), лекарственного дерматита (+L27) (25%) и их сочетанных форм (+K29+ L27) (20%).

Это согласуется с данными, приведенными в [3], где указывается на то, что подобного рода расстройства начинаются, как правило, в раннем и среднем школьном возрасте. Так, по данным разных авторов, для детей этой возрастной группы были характерны повторяющиеся жалобы на боли в животе, головную боль, боли в суставах или утомляемость. Факторы, способствующие развитию такой клинической картины, нередко включали тревогу, а также оппозиционные установки и поведенческие расстройства, подобные таковым у детей более младшего возраста.

Что касается группы исследованных нами детей с невротическим характером тревожного реагирования, то в их клинической картине нередко встречались такие признаки регрессивного поведения, как энурез, сосание пальца, обкусывание ногтей, выдергивание волос. В целом, среди младших школьников с невротическими расстройствами преобладали дети, страдающие неврастенией (F48) (31,4%), тревожно-депрессивным расстройством (F41.2) (15,7%) и расстройствами адаптации с преобладанием расстройств поведения (F43.24) (15,7%), причем данная тенденция сохранялась вне зависимости от пола. В клинической картине были ярко выражены нарушения сна, неспособность расслабиться, раздражительность, признаки мучительной усталости после даже незначительных физических или умственных нагрузок. Собственно тревожная симптоматика была неярко выражена и являлась скорее фоном, чем содержанием актуальной картины невротического расстройства.

В то же время среди исследованных нами младших школьников с поведенческими и эмоциональными расстройствами в рамках невротического уровня преобладали дети с фобическим (F93.1) (25%) и социальным (F93.2) (16,7%) тревожными расстройствами детского возраста. Тревожные проявления здесь были достаточно разнообразны, они адресовались как к ожидаемым событиям в будущем, особенно к тем, в результате которых будет вынесена определенная оценка их деятельности, социальной

приемлемости, компетентности, либо просто соответствии ожиданиям окружающих, так и к непосредственной их оценке в данный момент. Наличие высокой мотивации к социальному успеху позволяло добиваться достаточно удовлетворительного уровня приспособления, однако это достигалось большими за счет чрезмерного внутреннего напряжения, сопровождаемого отчетливым субъективным ощущением страдания.

При непосредственном экспериментальном изучении сфер актуализации тревожности в формирующейся системе личностных отношений у младших школьников в норме и при психогенно обусловленных аномалиях развития личности выявлены следующие особенности (табл. 2).

Обратило на себя внимание отсутствие различий в сферах актуализации тревожности детей в возрасте 7–10 лет с аномалиями развития личности невротического и соматического уровня вне зависимости от пола, связанными с переживанием общей тревожности на фоне тревоги, возникающей в ситуациях самовыражения и общего снижения психической активности. Для больных с преимущественно невротическими проявлениями тревожности наиболее выраженной была специфическая тревожная ориентация на мнение других в оценке своих результатов, поступков и мыслей, повышающая уровень тревоги по поводу оценок, даваемых окружающими, а также в связи с ожиданием негативных оценок с их стороны.

Что касается полоспецифических особенностей актуализации тревожности, то, как видно из рисунка 1, у мальчиков при психогенно обусловленных аномалиях развития личности главный акцент в развитии тревожных переживаний смещался в сторону

ситуаций, сопряженных с необходимостью самораскрытия, предъявления себя другим, демонстрации своих возможностей (шкала 7). При этом смещение в сторону невротического реагирования связывалось непосредственно с оценкой окружающими в плане успешности в обучении (шкалы 3 и 6).

Как видно из рисунка 2, у девочек младшего школьного возраста с психогенно обусловленными аномалиями развития личности отмечались выраженное снижение вегетативной реактивности (шкала 10) и нарастание признаков астении (шкала 9), фиксированное на соматическом дискомфорте, вызываемом тревогой. Кроме того, по результатам экспериментального исследования можно полагать, что именно вовлеченность в эти переживания родителей (шкала 5), их деятельное участие по устранению имеющихся «соматических» проблем может способствовать невротическому развитию личности дочери.

Исходя из полученных данных, можно говорить о том, что дети младшего школьного возраста, отличающиеся признаками психогенно формирующейся аномалии личности, гораздо чаще испытывают аффективный дистресс в форме вегето-висцеральных ощущений, которые, следуя последовательности развития, могут приобретать форму соматоформных либо невротических расстройств. Поскольку при подобного рода аффективных проявлениях одной из наиболее острых проблем является разграничение между невротическими симптомами тревоги и психосоматической манифестацией, то именно различия в сферах актуализации тревожности могут подсказать направление развития нормальной и аномальной личности.

Таблица 2

Возрастная динамика показателей тревожности у младших школьников в норме и при психогенно обусловленных аномалиях развития личности

Группы школьников Шкалы МОДТ	Группа А (нормативный уровень), n = 153	Группа В (соматический уровень), n = 35	Группа С (невротический уровень), n = 58	Пары групп, различающиеся при p<0,05
1. Общая тревожность	4,65±0,21	5,88±0,47	5,83±0,42	АВ, АС
2. Тревога в отношениях со сверстниками	4,14±0,18	3,94±0,37	4,10±0,28	—
3. Тревога, связанная с оценкой окружающих	5,01±0,18	5,58±0,40	5,84±0,31	АС
4. Тревога в отношениях с учителями	4,94±0,17	4,91±0,30	4,84±0,25	—
5. Тревога в отношениях с родителями	4,33±0,16	3,85±0,38	3,91±0,26	—
6. Тревога в связи с успешностью в обучении	4,60±0,17	4,76±0,28	5,10±0,25	—
7. Тревога, возникающая в ситуациях самовыражения	4,73±0,19	5,70±0,35	5,71±0,30	АВ, АС
8. Тревога, возникающая в ситуациях проверки знаний	5,44±0,20	6,12±0,38	5,88±0,34	—
9. Снижение психической активности, обусловленное тревогой	4,74±0,18	6,21±0,36	5,64±0,31	АВ, АС
10. Повышенная вегетативная реактивность, обусловленная тревогой	4,30±0,21	3,45±0,46	3,52±0,37	—

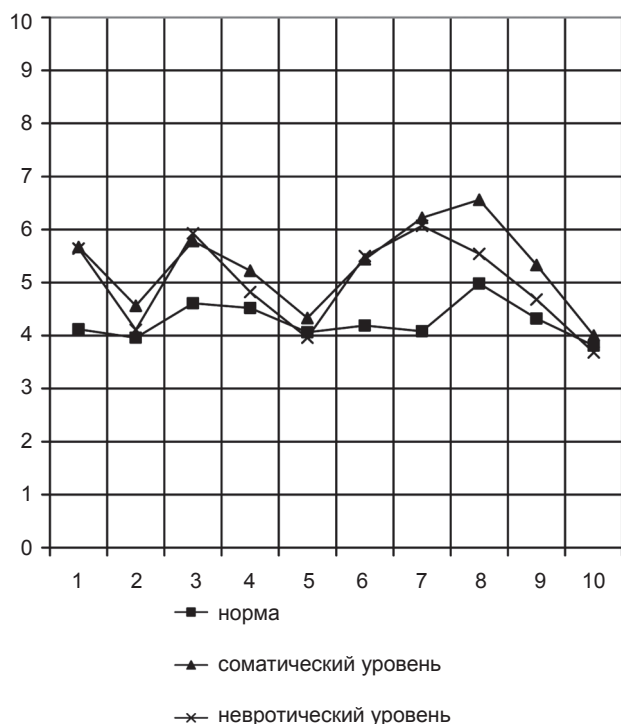


Рис. 1. Возрастная динамика показателей тревожности у мальчиков младшего школьного возраста в норме и при психогенно обусловленных аномалиях развития личности

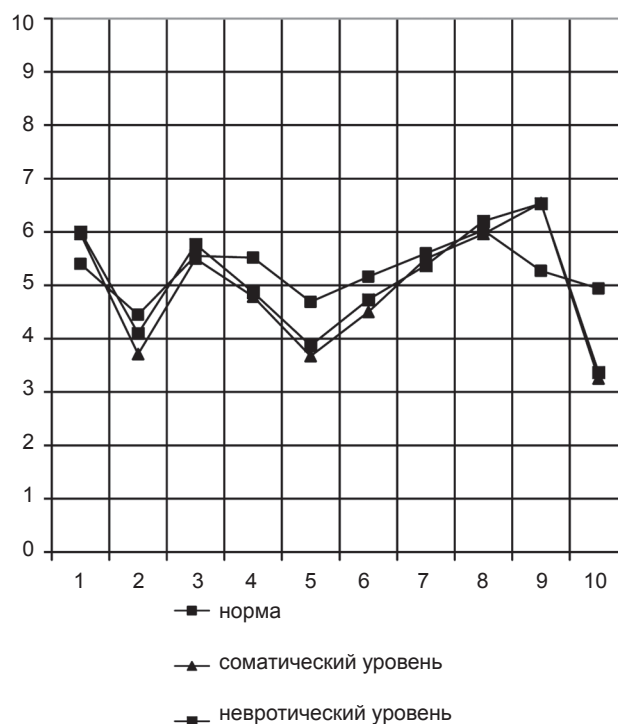


Рис. 2. Возрастная динамика показателей тревожности у девочек младшего школьного возраста в норме и при психогенно обусловленных аномалиях развития личности

Выявленное в нашем исследовании отсутствие различий в сферах актуализации тревожности у детей 7–10 лет при психогенно обусловленном формировании личностной аномалии может быть связано, в целом, с реакцией на актуальную социальную ситуацию развития в этот период. В данный период и те, и другие переживают возрастной кризис, связанный с изменением социальных ролей и формированием внутренней позиции школьника. Аномальная реакция на данную ситуацию, в отличие от нормативной, характеризуется выраженной астенизацией, которая сама по себе вызывает тревогу. Тем не менее, на начальных этапах обучения в школе патология невротического уровня у мальчиков чаще возникает на фоне несоответствия предъявляемых требований реальным возможностям ребенка, а также необходимости инструментальной оценки их способностей в школе. Кроме того, деятельное участие родителей девочек, акцентирующих внимание окружающих (и самого ребенка) на ощущении слабости, также может способствовать невротическому уходу от проблем, связанных с адаптацией к школе.

Заключение

Таким образом, наше исследование обнаружило отсутствие различий в сферах актуализации тревожности детей в возрасте 7–10 лет с аномалиями развития личности невротического и соматического уровня в зависимости от пола, связанных с переживанием общей тревожности на фоне тревоги, возникающей в ситуациях самовыражения и общего снижения психической активности. При этом указанием на вероятность развития невротоподобной аномалии личности

может служить наличие высоких показателей тревоги в связи с оценкой окружающих у мальчиков и нарастание признаков психастении на фоне снижения вегетативной реактивности у девочек.

Литература

1. Захаров А.И. Дневные и ночные страхи у детей / А.И. Захаров. — СПб.: Речь, 2010. — 310 с.
2. Малкова (Ромицына) Е.Е. Психодиагностическая методика многомерной оценки детской тревожности. Пособие для врачей и психологов / Е.Е. Малкова (Ромицына). — СПб.: Научно-исслед. психоневролог. ин-т им. В.М. Бехтерева, 2007. — 34 с.
3. Павленко Н.С. Эпидемиология болевых синдромов у детей и подростков / Н.С. Павленко // Медицина неотложных состояний. — 2007. — № 6 (13). — С. 22–32
4. Смулевич А.Б. Расстройства личности / А.Б. Смулевич. — М.: Медицинское информационное агентство, 2007. — 189 с.
5. Слободская Е.Р. Социальные и семейные факторы психического здоровья детей и подростков / Е.Р. Слободская [и др.] // Психиатрия. — 2008. — № 1. — С. 16–23.
6. Campbell S.B. Behavior problems in preschool children: Clinical and developmental issues / S.B. Campbell. — New York: Guilford Publications, Inc., 2006. — 334 p.
7. Goodman R. Russian child mental health: a cross-sectional study of prevalence and risk factors / R. Goodman, H.R. Slobodskaya, G.G. Knyazev // Eur. Child. Adol. Psychiat. — 2005. — № 14. — P. 28–33.
8. Gregory A.M. Juvenile mental health history of adult with anxiety disorders / A.M. Gregory [et al.] // Am. J. Psychiat. — 2007. — № 164. — P. 301–308.

УДК 614.2:616.831.005-036.82

В.В. Мисютина, 2012

СЕМЕЙНО-РОЛЕВОЙ АСПЕКТ СНИЖЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ДИСКРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

FAMILY FUNCTIONING AS A FACTOR OF DECREASING OF THE LIFE QUALITY AMONG PATIENTS WITH DYSCIRCULATORY ENCEPHALOPATHY

В.В. Мисютина

V.V. Misjutina

*Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева,
Санкт-Петербург**Saint-Petersburg Science Research Psychoneurological Institute named after V.M. Bekhterev, Saint-Petersburg*

Контакт: В.В. Мисютина, e-mail: viktoria.misyutina@gmail.com

Выявлены закономерности снижения качества жизни больных дисциркуляторной энцефалопатией. Ролевое функционирование, как физическое, так и эмоциональное, является сферой наиболее выраженного снижения качества жизни среди больных данной группы. Ролевые установки и семейные отношения рассматриваются в качестве факторов, имеющих значительный вклад в формирование качества жизни данной группы больных, и выступают в качестве мишеней, которым должно уделяться первостепенное значение в психокоррекционной работе с больными дисциркуляторной энцефалопатией.

Ключевые слова: качество жизни, дисциркуляторная энцефалопатия, ролевое функционирование, семейные отношения.

Negative effect of chronic cerebrovascular disease on quality of life and consistent patterns of quality of life decrease have been studied. Role functioning, both physical and emotional, have been identified as major factors of quality of life decrease among patients with chronic cerebrovascular disease. These factors are described as primary goals in psychological counselling of this group of patients.

Key words: quality of life, chronic cerebrovascular disease, role functioning, family relationship.

Введение

Качество жизни (КЖ) рассматривается как интегральная характеристика физического, психического и социального функционирования здорового и больного человека, основанная на его субъективном восприятии [14]. ВОЗ указывает на необходимость рассмотрения КЖ как основного критерия эффективности лечебно-восстановительных мероприятий при отсутствии реальной угрозы жизни пациента. Исследование КЖ в медицине выдвигает на первый план субъективное в переживании болезни, понимаемое преимущественно в терминах удовлетворенности/неудовлетворенности, благополучия/неблагополучия. КЖ рассматривается как производное многомерной функциональной системы адаптации, прежде всего ее психосоциального уровня, который играет определяющую роль в плане субъективной оценки личностью индивидуального благополучия/неблагополучия. Исследование адаптационно-компенсаторных механизмов является чрезвычайно важным для интерпретации данных о динамике показателей субъективного благополучия [5]. Особое значение подобное исследование приобретает у больных с хронической соматической патологией, которые являются главной целевой группой для реабилитации в силу продолжительного течения болезни и невозможности излече-

ния или полного устранения заболевания, а значит, и важной целевой группой клинико-психологической деятельности [6, 9]. Важное место среди хронических соматических заболеваний занимает хроническая цереброваскулярная патология.

В последние годы отмечается тенденция к увеличению частоты цереброваскулярной патологии у лиц работоспособного возраста [4]. Большой удельный вес цереброваскулярной патологии в структуре заболеваемости, инвалидности и смертности определяет неизменную значимость изучения этого круга заболеваний [7, 17]. Хронические цереброваскулярные заболевания, к которым относится дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ), с одной стороны, являются фактором риска развития инсульта, а с другой — причиной постепенного нарастания неврологических и психических расстройств. Отмечающееся в последние десятилетия увеличение продолжительности жизни в большинстве экономически развитых стран мира сопровождается относительным ростом цереброваскулярных заболеваний. Таким образом, проблема хронических прогрессирующих сосудистых заболеваний мозга выдвигается на одно из ведущих мест в современной ангионеврологии. Актуальность этой проблемы определяется и ее социальной значимостью: неврологические и психические

расстройства при ДЭ могут быть причиной тяжелой инвалидизации больных [12]. В связи с этим оптимизация комплексных реабилитационных программ для больных с хроническими сосудистыми заболеваниями головного мозга является актуальной задачей. Конечной целью этих программ является улучшение и поддержание на приемлемом уровне КЖ больных, структура и закономерности снижения которого требуют более детального изучения.

Цель исследования – уточнение структуры КЖ больных ДЭ.

Материалы и методы

Обследовано 150 пациентов, проходивших лечение в отделении реабилитации Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института имени В.М. Бехтерева и в 10-м и 11-м неврологических отделениях Покровской больницы г. Санкт-Петербурга с верифицированным диагнозом «Дисциркуляторная энцефалопатия II стадии». Выборку составили 110 женщин (73,3% численности выборки) и 40 мужчин (26,7%),

средний возраст обследованных больных составил $64,33 \pm 10,80$ года. Из исследования исключались больные в остром постинсультном периоде.

С больными проводилось структурированное интервью, включающее в себя вопросы о различных сферах функционирования больных и степени удовлетворенности/фрустрированности в этих сферах (профессиональной, семейной, социальной). Больным также предлагалось заполнить опросник SF-36.

Результаты и обсуждение

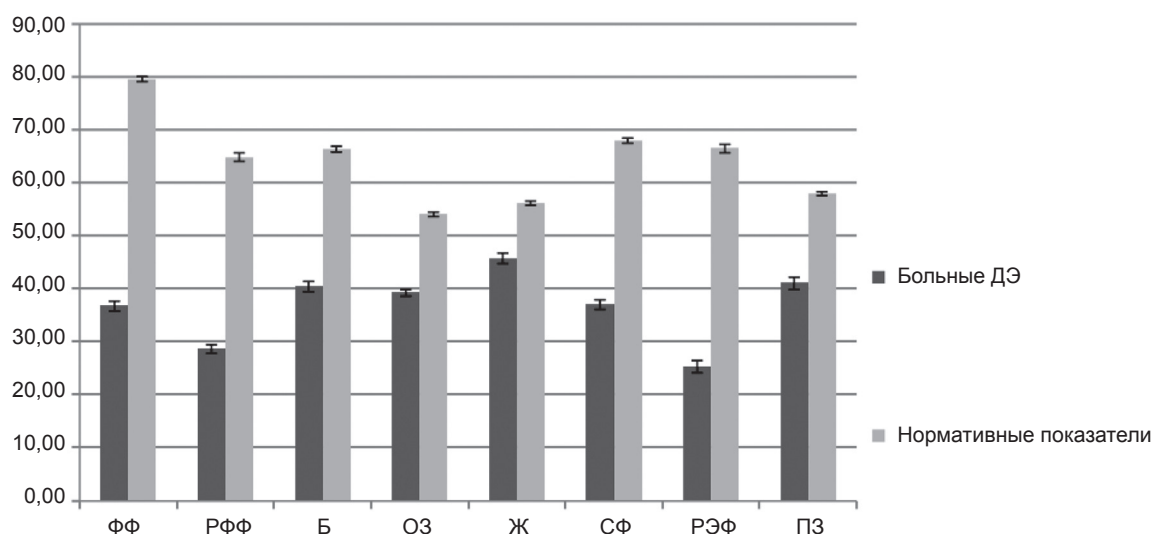
Результаты исследования позволили подтвердить данные уже имеющихся исследований о том, что КЖ больных ДЭ в целом снижено по сравнению со здоровой популяцией [2, 3, 11, 16]. Средние показатели КЖ в выборке в сравнении с нормативными показателями приведены в таблице.

Как следует из данных таблицы, показатели КЖ больных ДЭ статистически значимо снижены по сравнению с нормативными показателями по всем субшкалам КЖ. Усредненный профиль оценок КЖ в сравнении с нормативными показателями представлен на рисунке.

Показатели КЖ в выборке в сравнении с нормативными показателями

Шкалы SF-36	Среднее значение по выборке (М), n = 150	Стандартное отклонение (SD)	Стандартная ошибка среднего (m)	Нормативные показатели (M±m), n = 2114
ФФ*	36,77	11,38	0,94	79,6±0,48
РФФ*	28,69	9,88	0,82	64,9±0,80
Б*	40,47	11,72	0,97	66,4±0,54
ОЗ*	39,28	7,49	0,62	54,1±0,42
Ж*	45,79	11,99	0,99	56,2±0,40
СФ*	37,07	10,90	0,90	68,0±0,48
РЭФ*	25,34	14,11	1,17	66,5±0,80
ПЗ*	41,07	14,17	1,17	58,0±0,36

ФФ – физическое функционирование; РФФ – ролевое физическое функционирование; Б – боль; ОЗ – общее здоровье; Ж – жизнеспособность; СФ – социальное функционирование; РЭФ – ролевое эмоциональное функционирование; ПЗ – психическое здоровье; статистическая значимость различий: * – $p < 0,001$.



КЖ больных ДЭ в сравнении с нормативными показателями. Обозначения те же, что и в таблице

В наибольшей степени снижение КЖ касается сфер ролевого функционирования, как в эмоциональном, так и в физическом планах: эмоциональные проблемы в наибольшей степени ограничивают больных в их привычной повседневной деятельности (показатель ролевого эмоционального функционирования на 62% ниже нормативного показателя); также значительно ниже нормативных показателей (на 56%) оценка по шкале ролевого физического функционирования, отражающая значительные ограничения, накладываемые физическим состоянием больных на их привычную, повседневную деятельность.

Показатели по субсферам КЖ, отражающим физическое и психическое здоровье в целом, также снижены. Однако необходимо отметить, что снижение по шкале физического функционирования (на 54% по сравнению с нормативным показателем), т.е. оценка посильной, доступной в принципе физической нагрузки, включающей самообслуживание, ходьбу, подъем по лестнице, переноску тяжестей и т.д., сопоставима со снижением по шкале ролевого физического функционирования (56%), т.е. оценкой ограничений, накладываемых физическим здоровьем на жизнедеятельность, на выполнение привычных, повседневных дел, в зависимости от роли: на выполнение работы, если пациент продолжает трудовую деятельность, на выполнение домашних, хозяйственных функций, обязанностей и функций по отношению к детям, внукам и т.д. При этом соотношение снижения по шкале психического здоровья (на 29% по сравнению с нормативным показателем) и снижения по шкале ролевого эмоционального функционирования (на 62% ниже нормативного показателя) свидетельствует о том, что эмоциональные затруднения, симптомы депрессии, тревоги, характерные для больных ДЭ, находят свое отражение в снижении КЖ в его ролевом аспекте в значительно большей мере, нежели в снижении оценки КЖ в плане общего психологического благополучия.

Таким образом, негативное влияние эмоциональных затруднений на оценку КЖ опосредовано социально-психологическими факторами, особенностями ролевого функционирования пациентов и в первую очередь проявляется в том, что эмоциональные затруднения мешают выполнению работы или другой привычной для пациента повседневной деятельности, включая увеличение затраты времени на выполнение привычных дел, уменьшение объема сделанной работы, снижение ее качества. Полученные данные заставляют обратить особое внимание на ролевые установки пациентов. Необходимо отметить, что 70% выборки, согласно преиодизации ВОЗ, принадлежат к группам пожилого и старческого возраста, а учитывая характерные для пожилого возраста перестройки в ролевом функционировании, этот фактор может стать одним из ключевых в формировании КЖ исследуемых больных. Одной из задач пожилого возраста является адаптация к меняющимся физическим ресурсам, к ослаблению когнитивных функций, присутствует эмоциональная нагрузка, связанная с принятием себя в роли пожилого человека, пенсионера. Позитивный вариант адаптации —

нахождение новой, комфортной для себя роли в семье, как с точки зрения посильной физической нагрузки, так и с точки зрения перестройки отношений с родными, близкими. Симптомы ДЭ, касающиеся и физической, и когнитивной, и эмоциональной сфер, несомненно, делают эту задачу еще более сложной, обостряют ощущение ослабляющегося здоровья, слабости, ненужности, «бремени» для родственников, бесполезности.

В беседах с больными это довольно четко находит свое отражение: «Я уже не могу справиться с делами как раньше», «Стоит мне начать что-нибудь делать, я очень быстро устаю, повышается давление», «Я не могу закончить начатое дело, расстраиваюсь, что я ни на что не гожусь», «В конце дня очень устаю, а дел сделано значительно меньше, чем собиралась». Негативные эмоции, связанные с тем, что физическое состояние не позволяет поддерживать привычную активность и справиться с повседневными привычными обязанностями, тревога по поводу ухудшающегося здоровья и своей несостоятельности, ожидание очередной неудачи («Ну как же, я сейчас начну что-нибудь делать — и опять давление подскочит») провоцирует дальнейшее ухудшение физического состояния, таким образом запускается «порочный круг» психосоматических и сомато-психических связей. На тревожно-депрессивном фоне идет поиск и перебирание причин, событий, которые могли вызвать тревогу и/или подавленность; размышления о том, насколько имеющиеся достижения соответствуют ожиданиям от жизни, принимают негативный оттенок. Переживания по поводу своей бесполезности приводят, в частности, к тому, что не работающие пациенты, особенно женского пола, стараются доказать свою полезность членам семьи — стараются взять на себя как можно больше домашних обязанностей, несмотря на ограничения, накладываемые заболеванием. Образ пассивного пожилого человека, нуждающегося в постоянном уходе, являющегося лишь дополнительной ненужной нагрузкой для здоровых людей, способствует выработке у пожилых людей чувства вины [10]. Как свидетельствуют многочисленные клинические наблюдения, рассогласование между имеющимися у человека стремлениями, представлениями и возможностями действия нередко приводит к появлению различных стенических и астенических эмоциональных расстройств. Наиболее часто отмечаются при этом страх, тоска, лабильность настроения, депрессия [1].

Таким образом, работа с ролевыми установками — одна из важных мишеней психокоррекционной работы с больными ДЭ. Для больных данной группы важно продуктивно осуществить вхождение в круг ролей, соответствующих статусу пожилого человека, пенсионера, возможностям больных, как физическим, так и эмоциональным, учитывая заболевание и ограничения, связанные с ним. При этом важно учитывать два компонента: социальный, соотносящийся с данным статусом (нормативные модели поведения) и личностный — деятельность конкретного, отдельно взятого индивида по выполнению этих ролей [15].

Другая мишень психокоррекционной работы с больными ДЭ, непосредственно связанная с первой, — отношения в семье, поскольку семья

становится основным микросоциумом для пожилого человека. Вообще, семейно-родственные отношения играют гораздо большую роль в жизни пожилого человека, чем в предыдущие периоды. Успешность адаптации к жизни на пенсии во многом определяется и предрасположенностью, готовностью самого человека к осуществлению прежних и новых семейных ролей, а также тем, насколько семья удовлетворяет основные социальные и психологические потребности человека [13].

Необходимо отметить, что в результате сравнения показателей КЖ в различных возрастных группах было выявлено, что снижения по шкалам ролевого физического функционирования и ролевого эмоционального функционирования в сравнении с нормативными данными остаются статистически значимыми на уровне $p < 0,001$ во всех возрастных группах, причем с увеличением возраста значимость различий по другим шкалам уменьшается, и в старшей возрастной группе в сравнении с нормативными показателями, помимо ролевого функционирования, снижены еще только две субсферы КЖ — социальное функционирование и общее здоровье, уровень значимости различий — $p < 0,05$. Это подтверждает важность и значимость психологической работы с ролевыми установками.

По результатам исследования также было выявлено значительное снижение по шкале социального функционирования (на 45% ниже нормативного показателя), отражающее значительное ограничение социальных контактов (общения, проведения времени с друзьями, семьей, соседями, в коллективе), снижение уровня общения в связи с ухудшением здоровья. Многие пациенты отмечают неудовлетворенность социальной жизнью, поскольку в силу заболевания значительно ограничены в мобильности, в свободе передвижения, быстро устают от общения, эмоциональные трудности также негативно сказываются на качестве общения. Пожилой возраст для многих означает также, что большая часть друзей утрачена, связи в профессиональной среде потеряли актуальность, сузился круг как общения, так и интересов. При этом сама потребность в общении, несомненно, остается. Таким образом, еще одна мишень психокоррекционной работы с больными данной группы — выстраивание адекватной эмоционально комфортной социальной среды, удовлетворяющей потребности в общении.

Результаты корреляционного анализа подтверждают, что показатели КЖ по шкалам ролевого функционирования, как физического ($p < 0,05$, $r = 0,209$), так и эмоционального ($p < 0,01$, $r = 0,290$) прямо связаны с удовлетворенностью отношениями в семье, т.е. мы действительно имеем дело с семейно-ролевыми установками. Причем связь была выявлена только с удовлетворенностью семейными отношениями из всех рассматривавшихся в исследовании параметров. Результаты регрессионного анализа, в свою очередь, позволяют сделать вывод, что удовлетворенность отношениями в семье не только прямо связана, но и является предиктором показателей КЖ по шкалам ролевого физического ($p < 0,001$; $0,394$) и ролевого эмоционального ($p < 0,001$; $0,376$) функционирования. Таким образом, отношения в семье — важный ресурс

больных ДЭ. Удовлетворенность отношениями в семье, по полученным данным, также связана с уровнем КЖ по шкалам боли, жизнеспособности, социального функционирования и психического здоровья. Важность семейных отношений как адаптационного ресурса больных ДЭ подтверждается результатами ранее проведенного исследования влияния параметров семейной адаптации и сплоченности на уровень реабилитации неврологических больных: больные ДЭ, оценивающие свою семью как дисгармоничную, оказываются наиболее резистентными к проводимой терапии клинически определяемых неврологических дефектов и сопутствующих психопатологических нарушений непсихотического характера [8]. Как отмечают авторы исследования, развитие депрессивных состояний у больных ДЭ чаще наблюдается, если взаимоотношения в семье больного характеризуются как эмоционально разобщенные. Кроме того, в большинстве случаев семьи больных ДЭ характеризуются как структурно-дезорганизованные, что свидетельствует о чрезмерной размытости социальных требований, когда в семье не соблюдаются социальные нормы и правила, отсутствует дисциплина, непостоянно лидерство и ролевая структура семьи.

Заключение

Таким образом, с одной стороны, семейные отношения и ролевая структура семьи, как показывает настоящее исследование, подтверждая данные других авторов, являются важным адаптационным ресурсом больных ДЭ, в случае, если семейные отношения характеризуются как теплые, близкие и доверительные. С другой стороны, неудовлетворенность отношениями в семье, эмоциональная изоляция, ощущение больным своей ненужности, нарушение ролевой структуры семьи являются факторами снижения КЖ и нарушения психической адаптации, а также в целом ухудшают самочувствие и затрудняют восстановительное лечение.

Литература

1. Александровский Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация / Ю.А. Александровский. — М.: Медицина, 1976. — 270 с.
2. Алешина Е.Н. Клинико-психологические особенности пациентов зрелого возраста с умеренными когнитивными расстройствами при дисциркуляторной энцефалопатии : дисс. ... канд. мед. наук / Е.Н. Алешина. — М., 2011. — 148 с.
3. Балунов О.А. Динамика показателей качества жизни у больных дисциркуляторной энцефалопатией в процессе их реабилитации / О.А. Балунов, Д.В. Захаров, Л.И. Ситник // Современные проблемы психоневрологии» (диагностика, лечение и реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями) : сборник тезисов конференции с международным участием, Санкт-Петербург, 15–16 окт. 2002 г. — СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2002. — С. 13–14.
4. Бойко А.Н. Хроническая ишемия мозга (дисциркуляторная энцефалопатия) / А.Н. Бойко, Т.В. Сидоренко, А.А. Кабанов // Consilium medicum. — 2004. — Т 6, № 8. — С. 598–601.

5. *Вассерман Л.И.* Концепции реабилитации и качества жизни: преемственность и различия в современных подходах / Л.И. Вассерман [и др.] // Психосоциальная реабилитация и качество жизни : сборник научных трудов. — СПб.: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2001. — Т. 137. — С. 103–114.
6. *Вассерман Л.И.* Дискуссионные вопросы концептуализации и методологии исследования качества жизни в медицине / Л.И. Вассерман, Е.А. Трифонова // Сибирский психологический журнал. — 2007. — № 26. — С. 112–119.
7. *Жулев Н.М.* Цереброваскулярные заболевания. Профилактика и лечение инсультов / Н.М. Жулев, В.Г. Пустозеров, С.Н. Жулев. — СПб.: Невский диалект, 2002. — 384 с.
8. *Захаров Д.В.* Психологические и психосоциальные особенности семей постинсультных больных / Д.В. Захаров [и др.] // Аллергология и иммунология. — 2005. — Т. 6, № 2. — С. 496.
9. *Клиническая психология* / под ред. М. Перре, У. Бауманна. — СПб.: Питер, 2002. — 1312 с.
10. *Краснова О.В.* Социальная психология старения / О.В. Краснова, А.Г. Лидерс. — М.: Академия, 2002. — 288 с.
11. *Леонидова Л.А.* Психические расстройства у больных с дисциркуляторной энцефалопатией : дисс. ... канд. мед. наук / Л.А. Леонидова. — СПб., 2008. — 129 с.
12. *Манвелов Л.С.* О некоторых итогах изучения начальных проявлений недостаточности кровоснабжения мозга / Л.С. Манвелов // Клиническая медицина. — 1995. — № 5. — С. 28–31.
13. *Миннигалева Г.А.* Социально-педагогическая работа с пожилыми людьми : дисс. ... канд. пед. наук / Г.А. Миннигалева. — М., 2004.
14. *Новик А.А.* Исследование качества жизни в медицине. Учеб. пособие / А.А. Новик, Т.И. Ионова ; под ред. Ю.Л. Шевченко. — М.: ГЕОТАР-МЕД, 2004. — 304 с.
15. *Панина Н.В.* Роль семьи в проведении досуга пенсионеров и их социальной адаптации / Н.В. Панина // Геронтология и гериатрия: Пожилый человек, медицинская и социальная помощь. — Киев, 1982. — С. 156–160.
16. *Сальникова Г.С.* Факторы, определяющие качество жизни у больных с дисциркуляторной энцефалопатией и их коррекция : дисс. ... канд. мед. наук / Г.С. Сальникова. — М., 2003. — 169 с.
17. *Суслина З.А.* Сосудистые заболевания головного мозга: Эпидемиология. Основы профилактики / З.А. Суслина, Ю.А. Варакин, Н.В. Верещагин. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. — 256 с.