МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Елена ШАНДРУ, факультет психологии и педагогических наук

Actuellement maladies cardio-vasculaires sont vus à travers le prisme de troubles somatiques. Cardiologues ces dernières années a accru l'importance des facteurs de risque psychosociaux et leur relation avec les facteurs somatiques. L'article vise les résultats de l'étude sur la relation entre les mécanismes de défense psychologique et la qualité de vie ches les patients souffrant de maladies cardio - vasculaires.

Заболевания сердечно-сосудистой системы занимают ведущее место в структуре общей инвалидизации и заболеваемости населения. По данным Национального бюро статистики Республики Молдова, самой частой причиной смерти (56,1% всех случаев) становятся заболевания сердечно-сосудистой системы. Практически каждому второму человеку старше 40 лет при обращении к врачу выносят такие диагнозы, как «гипертония» и «атеросклероз». Следует также сказать, что в настоящее время сердечно-сосудистые заболевания рассматриваются сквозь призму соматических расстройств, а кардиологи в последние годы все большее значение придают психосоциальным факторам риска и их связи с соматическими факторами [2].

Таким образом, актуальность данной темы обусловлена не только ростом заболеваемости по данной категории болезней, но также связанна с тем, что симптомы и основные проявления нарушения деятельности сердечно-сосудистой системы могут приводить к многоуровневой дезадаптация человека, влиять на удовлетворенность и качество жизни [1]. Исходя из существующей проблемы, цель нашего исследования состояла в том, чтобы выявить взаимосвязь между механизмами психологической защиты и качеством жизни у лиц, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, а также смоделировать программу психологической помощи для улучшения качества жизни.

В данном исследовании принимали участие 14 человек: 5 мужчин и 9 женщин, разных возрастных групп (40–50 лет), страдающих ССЗ (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь), проходивших лечение в стационаре или амбулаторное лечение. В исследовании были использованы: методика диагностики механизмов психологической защиты «Индекс жизненного стиля» Плутчика-Келлермана-Конте (Life Style Index, LSI); методика оценки качества жизни (SF-36 Health Status Survey), опросник «Удовлетворенность качеством жизни».

Анализируя полученные показатели МПЗ, можно сказать, что в исследуемой группе наиболее выраженным оказался такой защитный

механизм, как *проекция (78,57%),* а наименее используемым – *регрессия (57,15%).* Это говорит о том, что стратегия поведения как инфантильность, стремление вернуться в более благоприятное время путем использования «детских» стратегий является маловероятной для данной категории больных. При анализе показателей, по МПЗ в группе мужчин был выявлен существенный дисбаланс системы механизмов защиты, который проявляется отчетливым доминированием двух защитных механизмов*: замещение (60%) и гиперкомпенсация (60%).* В группе женщин при анализе данного критерия было выявлено, в отличие от группы мужчин, доминирование противоположных МПЗ: *вытеснение (88,8%) и проекция (100%). У*ровень общей напряженности МПЗ в группе мужчин больше, чем в группе женщин. Полученные показатели по данному критерию характеризуют особенности адаптационного процесса в общем и адаптационного процесса в течение болезни: здесь может наблюдаться обратная взаимосвязь – чем больше индекс напряженности психических защит, тем ниже адаптивные функции нашего организма. Данные отличия могут быть также связаны с полоролевой функцией мужчин и женщин, а также с особенностями той категории болезни, которой страдает пациент [3].

При рассматрении показатели по оценке качества жизни было выявлено, что наиболее низкие показатели были получены по шкале *«Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» (64,3%.* Это дает возможность предположить, что повседневная деятель-ность значительно ограничена физическим состоянием пациента. Низкие показатели были выявлены также по шкале *«Жизненная активность» (57,17%),* что свидетельствует о том, что у исследуемой выборки преобладает снижение жизненной активности и утомляемости. Показатели по шкале *«Психическое здоровье» (50,01%),* свидетельствуют о наличии депрессивных, тревожных переживаний. При анализировании высоких показателей, было выявлено, что данная тенденция соответствует шкале *«Социальное функционирование» (42,85%)*, что дает нам основание предположить, что состояние здоровья исследуемой выборки не ограничивает социальной активности и общения с другими людьми.

В ходе исследования нашла подтверждение гипотеза о взаимосвязи изучаемых признаков: наиболее значимая корреляционная связь была выявлена по следующим параметрам: *ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием и общим значением физического компонента здоровья (r = 0,454 при p≤ 0,04), вытеснение и психическое здоровьем (r =- 0,709 при p= 0,00), компенсация и общее состояние здоровья (r = - 0,717 при p≤ 0,04), жизненная активность* и *общее значение физического компонента здоровья, (r =- 0,896 при p= 0,00)* и т.д.

Нами был разработан и апробирован комплекс психологических мероприятий по улучшению качества жизни. Организация данной работы, длительность, особенности психотерапевтических упражнений подбирались индивидуально, для каждого человека, и зависели от специфики медицинского анамнеза, от психологических особенностей, возрастной категории и проблем пациента. Цель комплекса психологических мероприятий – развитие самопонимания; улучшение тех аспектов качества жизни, которые нуждаются в подкреплении и развитии; снижение действия механизмов психологической защиты за счет проработки вытесненных и неприемлемых событий, воспоминаний, желаний. Проведение индивидуальной консультативной работы оказало позитивное влияние на следующие аспекты: субъективное восприятие своего физического функционирования, повышение витальных энергетических функций, снижение влияния негативных эмоций, а именно снижение в структуре личности влияния депрессивных и тревожных тенденций, позитивная оценка психотерапевтического вмешательства. Без изменений до и после проведения психотерапевтических сессий остались особенности социального функционирования: данные показали высокие результаты и в первом и во втором случае. Неоднозначными оказались результаты по шкале состояние здоровья и перспективы лечения. Это можно объяснить тем, что для одной пациентки был изменен курс медикаментозной терапии для другой же, терапия осталась той же. Поэтому одна пациентка позитивно оценивает свое состояние, у другой же никаких существенных изменений не выявлено.

Таким образом, актуальность исследований в данной области не снижается, поскольку несмотря на обширную теоретическую обоснованность проблемы, которая открывают завесу относительно специфики заболевания, на сегодняшний день существует еще множество вопросов на которые предстоит ответить, поэтому исследуемая нами тема требует дальнейшей теоретической и практической доработки.

Библиография

1. АНАНЬЕВ, В.А. *Психологическая адаптация и компенсация при заболеваниях внутренних органов* / Автореф. Дисс. докт. психол. наук. СПб., 1998. 46 с.
2. МАЛКИНА-ПЫХ, И. Г. *Психосоматика: Справочник практического психолога.* Москва: Изд-во Эксмо, 2005. 992 с.
3. ИЛЬИН, Е.П. *Психология индивидуальных различий*. СПб.: Питер, 2004. 701 с.

Рекомендовано
Светлана ТОЛСТАЯ, др., конф.