

На правах рукописи

ГАРТФЕЛЬДЕР
Денис Викторович

**Социально-психологические детерминанты
межличностного взаимодействия
соматических больных с окружающими людьми**

Специальность: **19.00.05** – социальная психология

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Ярославль 2008

Работа выполнена на кафедре социальной психологии и менеджмента
Чувашского государственного университета имени И.Н. Ульянова

Научный руководитель доктор психологических наук, профессор

Козлов Владимир Васильевич

Официальные оппоненты: доктор психологических наук, профессор

Назаров Владимир Иванович

кандидат психологических наук, доцент

Миронова Татьяна Ивановна

Ведущая организация

Тамбовский государственный университет

Защита состоится «___» _____ 2009 г. в _____ часов на
заседании диссертационного совета Д 212.002.02 в
Ярославском государственном университете имени П.Г. Демидова по
адресу: 150057, г. Ярославль, проезд Матросова, д. 9, ауд. 208

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке
Ярославского государственного университета имени П.Г. Демидова

Автореферат разослан «___» _____ 2008 г.

Учёный секретарь

диссертационного совета

Клюева Н.В.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Проблема влияния социально-психологических детерминант на поведение соматических больных является одной из важнейших задач современной психологии. В то же время, при всей значимости психологических феноменов в оптимизации системы взаимодействия медицинского персонала с больным, в повседневной практике медицинских работников воздействие внешних детерминант на внутреннее состояние больных зачастую не учитывается, проявляется на уровне благих намерений и декларативных пожеланий. Анализ межличностного взаимодействия больных, изучение процесса трансформации их социально-психологических и личностных профилей в ходе стационарного лечения позволяет обосновать теоретическую базу данного исследования, апробировать совокупность эмпирических показателей, раскрывающих особенности межличностного взаимодействия соматических больных, повысить эффективность процесса терапии.

Как показывает анализ научной литературы, социально-психологические факторы лечебного взаимодействия больных с работниками медицинских учреждений находятся в основном в поле зрения зарубежных исследователей. Изучение отдельных аспектов воздействия психогенных факторов на личность больного затрагивалось в основном в трудах основателей психосоматического направления (А. Holdstein, J. Heinroth) и других учёных, так или иначе рассматривавших этот вопрос (S. Freud, A. Adler; F. Alexander, W. Cannon, H. Selye; F. Dunbar, P. Sifneos, J. Nemiah; И.П. Павлов, К.М. Быков, И.Т. Курцин, В.С. Ротенберг; В.А. Гиляровский, Е.К. Краснушкин). В настоящее время исследование социально-психологических факторов в течение заболевания раскрывается преимущественно в трудах зарубежных учёных (Segaar D., Bolman C., Willemsen M.C., Vries H., Low J., Pickering T., Clemow L., Davidson K., Gerin W., Al-Hassan M., SAGR L., Hoffmann A., Pfiffner D., Hornung R., Niederhauser H.), однако и в отечественной науке проводятся исследования отдельных аспектов этой проблемы (В.И. Назаров – проблемы социальной перцепции, А.Б. Смулевич – кардиологические аспекты психосоматических отношений, и др.). При этом одни авторы обращают своё внимание на изучение положительных сторон влияния социума, другие – на негативные. Однако влияние социального взаимодействия (интеракции) на ход лечения никем не оспаривается и не отрицается.

В целом, несмотря на разработку отдельных аспектов этой проблемы, роль социально-психологических детерминант в лечении соматических больных, влияние межличностного взаимодействия на процесс трансформации их личностных качеств, изучены ещё недостаточно. Таким

образом, актуальность исследования социально-психологических детерминант межличностного взаимодействия соматических больных с окружающими людьми обуславливает необходимость использования междисциплинарного подхода, применения полученных результатов в практической деятельности работников медицинских учреждений.

Цель исследования. Определить социально-психологические детерминанты межличностного взаимодействия соматических больных, влияющие на процесс трансформации их личностных качеств в условиях стационарного лечения.

Для достижения цели были поставлены следующие **задачи**:

1. Рассмотреть теоретико-методологические концепции зарубежных и отечественных учёных, отражающие особенности межличностного взаимодействия кардиобольных с медицинским персоналом и окружающими людьми.
2. Определить наиболее значимые показатели личностного и социально-психологического профилей кардиобольных.
3. По результатам сравнительного анализа структуры социально-психологического и личностного профилей кардиологических больных выделить общие и отличающиеся элементы у больных различных нозологических групп.
4. Выявить взаимосвязь между наличием или отсутствием опыта нахождения в лечебном учреждении кардиологического профиля и структурой социально-психологического и личностного профиля больных.

Объект исследования. Процесс межличностного взаимодействия соматических больных с окружающими людьми.

Предмет исследования. Социально-психологические детерминанты межличностного взаимодействия, обуславливающие позитивные изменения личностных качеств кардиобольных, находящихся на стационарном лечении.

Гипотеза исследования. Различия в характеристиках межличностного взаимодействия соматических больных с медицинским персоналом и окружающими людьми проявляется в особенностях реакций на заболевание, а также на структуре качеств их личностного профиля и социального поведения.

Методологической основой работы являются теоретические разработки отечественных и зарубежных психологов по проблемам социальной и клинической психологии. При разработке социально-психологических факторов данной проблемы в разной степени использовались концептуальные подходы и теоретические положения разных авторов: концепция внутренней картины болезни как всей совокупности переживаний больного (А. Гольдшейдер, А.Р. Лурия,

Е.А. Шевалев, В.В. Ковалёв); теория аффективного развития психосоматических расстройств (З. Фрейд, Ф. Александер, Ф. Данбар, К. Ясперс, А. Мичерлих); психофизиологическая концепция развития соматических заболеваний (У. Кэннон, И.П. Павлов, Г. Селье, К.М. Быков, И.Т. Курцин, В.А. Гиляровский, Е.К. Краснушкин, В.И. Гарбузов, А.Б. Смулевич); концепции и теории интеракционизма (Г. Хаймен, Р. Мертон, Т. Сарбин, Э. Хофман, Д. Хофман); концепция отношений личности (А.Ф. Лазурский, В.Н. Мясищев); базовые социально-психологические концепции (Г.М. Андреева, В.Е. Шорохова, В.В. Новиков, В.А. Ядов); представление о взаимосвязи предпочтения цвета и Я-концепции (С.В. Кравков, В.П. Яньшин, Э.Т. Дорофеева, А.М. Габер).

Методы исследования. В ходе изучения данной проблемы нами использовалась комплексная методика исследования, включающая:

1. Клинико-психологические методы (изучение анамнеза, наблюдение, клиническая беседа, полустандартизированное интервью).
2. Экспериментально-психологические методы (опросы, интервью, тестирование, анкетирование, методы статистико-математической обработки результатов психологического исследования).
3. Батарея психодиагностических методик, включающая Цветовой тест отношений (Бажин Е.Ф., Эткин А.М., 1980); Метод цветových выборов (М. Lusher) в адаптации Л.Н. Собчик (Собчик Л.Н., 2001); Торонтская шкала алекситимии (G. Taylor, 1985); Гиссенский личностный опросник (Гиссенский тест) (D. Beckman, G. Richter, 1968) в адаптации Е.А. Голынкиной (Голынкина Е.А. и соавт., 1993); Личностный опросник Бехтеревского института (Тип отношения к болезни; ЛОБИ/ТОБол) (Вассерман Л.И. и соавт., 2005); «Я»-структурный тест Г. Аммона (ISTA) (G. Ammon, 1988; Тупицын Ю.А. и соавт., 1998).

В ходе диагностики пациентов, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями различной этиологии и находящихся на стационарном лечении в хирургическом отделении ГУЗ «Республиканский кардиологический диспансер г. Чебоксары», было опрошено 317 человек, из них 130 мужчин и 187 женщин.

Надёжность и достоверность результатов исследования обеспечивается разносторонним анализом, адекватностью используемых методов исследования, соответствием их целям и задачам диссертации, применением апробированных статистических методов обработки эмпирических данных. Математико-статистическая обработка данных проводилась с использованием статистических пакетов StatSoft® Statistica™ 7 и SPSS™ 15.

Научная новизна работы.

1. По результатам комплексного исследования структуры личности и межличностных отношений пациентов, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, определены значимые социально-психологические показатели, позволяющие выявить особенности поведения пациентов во время стационарного лечения в учреждении кардиологического профиля.
2. Эмпирически обоснован авторский подход к междисциплинарному изучению личности пациентов, поступающих на стационарное лечение, определены пути повышения эффективности терапевтического процесса за счёт выбора оптимальной стратегии взаимодействия медицинского персонала с пациентом.
3. На основе анализа интерактивного взаимодействия врача и пациента исследованы особенности когнитивных и эмоциональных реакций на заболевание, свойственные различным клиническим группам (в частности, отношение к лечащему врачу, к своему заболеванию, оценка собственной роли в процессе лечения и оценка угрозы заболевания социальному статусу).
4. Выявлены различия между пациентами, обратившимися за медицинской помощью в первый раз, и пациентами, уже имевшими опыт обращения, и на основании этих различий предложен авторский подход к изменениям личностных черт и особенностей межличностного взаимодействия при переходе заболевания в затяжную форму.

Теоретическая значимость исследования. Результаты исследования расширяют научное представление о взаимосвязи интерактивного взаимодействия с личностными особенностями кардиологических больных. Сравнительный анализ различных теоретических концепций формирования и развития психосоматических заболеваний позволил систематизировать разрозненные подходы к социально-психологическому аспекту данной проблемы.

По результатам теоретических обобщений в работе определяются показатели, значимые для осуществления психологической диагностики сердечно-сосудистых больных. К ним отнесены структура личности, способ реагирования на эмоциогенные стимулы (свое заболевание), психические состояния и особенности процесса трансформации аффективных реакций. Получены данные о влиянии социально-психологических детерминант на процесс формирования внутренней картины болезни, что будет способствовать улучшению процесса межличностного взаимодействия соматических больных с медицинским персоналом и окружающими людьми.

Изучение структуры и систематизация данных показателей может лечь в основу дальнейшего изучения теоретических, методологических и

практических проблем диагностики межличностного взаимодействия и поведения больных в клинике.

Практическая ценность результатов исследования.

1. По результатам исследования предложена совокупность психодиагностических методик для изучения межличностного взаимодействия, использование которой поможет медицинским психологам соматических клиник в первичной диагностике поступивших пациентов, выборе определённой стратегии взаимодействия с ними.
2. Выявленные в работе социально-психологические предикторы развития сердечно-сосудистых заболеваний и реакции на окружающих людей помогут врачам и медицинскому персоналу учитывать межличностное воздействие социально-психологических детерминант и на этой основе улучшить систему межличностного взаимодействия.
3. Дифференциация стратегии обращения с пациентом позволит повысить эффективность терапевтического процесса и предотвратить возникновение возможных конфликтов между пациентом и медицинским персоналом.
4. Полученные данные о «когнитивном дефиците» пациентов, различающихся по клиническим критериям и наличию опыта лечения своего заболевания, дадут возможность лечащему врачу оказывать целенаправленное воздействие на поведение больных, в том числе используя для этого социальное окружение пациента.

Материалы диссертации используются в учебном процессе, в том числе при подготовке специалистов по социальной и клинической психологии, разработке и преподавании дисциплин «Практикум по клинической психологии», «Медицинская деонтология», научном руководстве курсовыми и дипломными проектами студентов на кафедре социальной психологии и менеджмента Чувашского государственного университета имени И.Н. Ульянова.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Нереализованные аффективные реакции возникают и находят своё проявление в системе интерактивного взаимодействия соматических больных с окружающими людьми в форме неадекватного отношения к представителям своего социального окружения, что в определённых случаях может косвенно приводить к усилению тяжести заболевания.
2. Отличия в характере реагирования на своё заболевание у сердечно-сосудистых больных различных клинических групп обусловлены такими показателями, как структура черт личности, социальный статус, особенности профессии и взаимоотношений больного со

своим социальным окружением, оказывающими влияние на оценку возможности внести свой личный вклад в лечение заболевания и, как следствие, предпочтение активной или пассивной позиции в терапевтическом процессе.

3. При затяжном течении сердечно-сосудистого заболевания характер межличностных отношений больного претерпевает определённую трансформацию, главными особенностями которой становятся субъективное переживание изолированности от окружающих, чрезмерная пассивность в сфере межличностных отношений с выделением значимых людей, с которыми связываются необоснованные надежды на благополучный исход.
4. Общие и отличающиеся показатели социально-психологического и личностного профилей у кардиологических больных различных клинических групп связаны с особенностями взаимодействия с окружающими, восприятием своего состояния, сферой социального взаимодействия, а также отношением к значимым людям и качеству своей жизни.

Апробация результатов диссертации. Основные положения и результаты диссертации были представлены на региональных, всероссийских и международных конференциях, в том числе на Международном симпозиуме «Гендерные ценности и самоактуализация личности и малых групп в XXI веке», Кострома, 2004 г.; 39-й региональной и научной студенческой конференции «Наука. Знание. Творчество», Чебоксары, 2005 г.; Третьем Съезде психиатров, наркологов и психотерапевтов Чувашской Республики, Чебоксары, 2005 г.; Международном конгрессе «Социальная психология XXI столетия», Ярославль, 2005 г.; Всероссийской научно-практической конференции «Психологическая помощь учащейся молодёжи в современном изменяющемся мире», Курск, 2006 г.; III съезде психологов Чувашии, Чебоксары, 2006 г.; Международной научно-практической конференции «Психология совладающего поведения», Кострома, 2007 г.; Всероссийской школе молодых учёных в области психического здоровья «Психиатрия XXI века: традиции и инновации», Суздаль, 2007 г.; Международной научной конференции, посвящённой 20-летию Республиканского психотерапевтического центра Чувашии, Чебоксары, 2007; VII Азиатско-Тихоокеанском Международном Конгрессе психологов, Хабаровск–Токио, 2008; а также на заседаниях кафедры социальной психологии и менеджмента Чувашского государственного университета имени И.Н. Ульянова.

Структура и объём диссертации. Работа состоит из списка условных обозначений и сокращений, введения, трёх глав, заключения, списка литературы, включающего 98 библиографических источников (51 – отечественных, 47 – зарубежных авторов) и приложений. Общий объём

диссертационной работы составляет 157 страниц. Текст диссертации включает в себя 8 рисунков и 13 таблиц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **введении** обоснована актуальность исследования, сформулированы его цели и задачи, даётся краткая характеристика диссертации.

В **первой главе диссертации «Роль социально-психологического и личностного компонентов во взаимодействии сердечно-сосудистых больных с окружением» в разделе 1.1 «Особенности межличностного взаимодействия соматических больных»** обсуждаются проблемы влияния микрогрупп, в которые включён человек, страдающий сердечно-сосудистыми заболеваниями (родственники, медицинский персонал лечебного учреждения, другие больные и т.д.), выявляются особенности межличностного взаимодействия в этих группах. Подчёркивается, что в ходе данного взаимодействия человек получает как достоверную, так и достаточно искажённую информацию относительно отдельных аспектов своего заболевания, что формирует у него определённые аттитуды по отношению к своему заболеванию и к процессу терапии. Перечисляются социально-психологические факторы, обеспечивающие быструю и эффективную реабилитацию пациента в посттерапевтический период, и отмечается, что большая их часть связана с межличностными взаимоотношениями, в которые вступает пациент во время пребывания в медицинском учреждении.

В **разделе 1.2 «Роль среды и межличностных взаимоотношений в развитии психосоматических заболеваний»** рассматриваются теоретические вопросы патогенеза психосоматических заболеваний, роли среды и межличностных отношений в процессе их возникновения и течения, приводятся взгляды различных авторов на эту проблему. Освещаются исторические предпосылки изучения психологической основы сердечно-сосудистых заболеваний и перечисляются наиболее значимые теории и концепции их возникновения.

В **разделе 1.3 «Социально-психологические факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний»** рассматривается процесс развития сердечно-сосудистых заболеваний и роль в этом процессе межличностного взаимодействия. В ходе анализа работ отечественных и зарубежных учёных определяются социально-психологические предикторы возникновения сердечно-сосудистых патологий (особенности личности и поведения, влияние средовых факторов, социально-статусная принадлежность, вредные привычки, особенности профессиональной деятельности и др.), анализируется реакция пациента на впервые появившиеся симптомы заболевания (длительность отсрочки от обращения за медицинской помощью, учёт мнения окружающих, соответствие представлению о заболевании его реальной клинической картине, критерии выбора лечебного учреждения). Отмечается, что на всех стадиях развития сердечно-сосудистых заболеваний межличностное взаимодействие и особенности восприятия своего состояния играют

важную роль в выборе больным определённой стратегии поведения и взаимодействия с окружающими.

В разделе 1.4 «Влияние заболевания на изменение межличностных отношений сердечно-сосудистых больных» определяются особенности межличностного взаимодействия, но уже в отношении больных с официально подтверждённым диагнозом. Основной акцент делается на анализ того, каким образом заболевание влияет на дальнейшую трансформацию системы межличностных отношений. Выделенные в параграфе 1.3 предикторы развития сердечно-сосудистых заболеваний в данном случае рассматриваются как факторы риска возникновения рецидива, т.е. воздействие социально-психологических предикторов расценивается как неконструктивный и негибкий варианты реагирования на сложившуюся ситуацию, не приводящего к её улучшению. Особое внимание уделяется изменению социального статуса сердечно-сосудистых больных, реакции на эти изменения со стороны родственников, коллег, а также самого больного. Перечисляются возможные переживания больного по отношению к значимым для него людям, занятиям в различных сферах жизни; указывается, что своими переживаниями больной может делиться с окружающими, либо они будут проявляться косвенно, посредством вегетативных реакций и изменений. Исследуется астенизирующее влияние психотравмирующей ситуации на больных с определёнными чертами личности и сопутствующее проявление реакций аффективно-депрессивного спектра. Также указывается, каким образом влияние психотравмирующей ситуации будет сказываться на особенностях взаимодействия больного с медицинским персоналом и общей эффективности терапевтического процесса.

Во второй главе диссертации «Социально-психологические особенности изучения личности пациента соматической клиники» в разделе 2.1 «Методический инструментарий исследования» делается обзор методов, используемых для диагностики психологических аспектов жизни кардиологических больных. В рамках этого параграфа осуществлён анализ публикаций, посвящённых методологическим проблемам психологической диагностики в сердечно-сосудистой клинике. На основании результатов этого анализа установлено, что в повседневной практике используются как общие, так и болезнь-специфические психодиагностические методики.

Перечисленные методики были подвергнуты всестороннему анализу, в ходе которого было установлено, что не все они пригодны для данного исследования. Анализ показал, что основными ограничениями их использования в практике диагностики и лечения кардиобольных являются требования к общему уровню медицинской осведомлённости испытуемых, отсутствие в их структуре отдельных показателей психических отклонений больного и оценка качества жизни

исключительно по клиническим параметрам (без учёта влияния заболевания на личность и межличностные отношения).

В связи с этим проводится сравнительный анализ публикаций, описывающих конкретные исследования, рассматриваются средства и методы, составляющие психодиагностическую основу этих исследований. Параллельно с этим производится анализ сфер и показателей, учёт которых является обязательной процедурой оценки социально-психологического статуса пациентов кардиологического профиля. Анализ методического инструментария показал, что многие авторы отдают предпочтение проективным методам диагностики. В частности, в работе подчёркивается важность использования сокращённого восьмицветового теста М. Люшера и разработанного на его основе Цветового теста отношений (ЦТО) со специально подобранным списком понятий. При этом, на наш взгляд, имеющийся потенциал этих методов остаётся невостребованным в связи с отказом многих учёных от стандартизированных методов обработки и анализа полученных результатов. Во многих исследованиях, в которых применяется ЦТО и тест Люшера, интерпретация результатов ограничивается описанием наиболее типичных и распространённых комбинаций цветов или сочетаний «цвет–понятие». Вместе с тем, использование ряда приёмов более глубокого анализа полученных данных позволяет получить детальную информацию об определённых чертах личности испытуемых.

Параграф завершается выделением показателей, отражающих оценку черт личности и особенностей межличностного взаимодействия сердечно-сосудистых больных. К их числу мы отнесли **структуру личности и межличностного взаимодействия**, которая в данном случае понимается как соотношение уровня выраженности отдельных черт личности и устойчивая система их взаимосвязей, оказывающее влияние на процесс межличностного взаимодействия; **способы реагирования на эмоциогенные стимулы (заболевание)**, где, помимо реакции непосредственно на своё заболевание, важными показателями являются изменения характера отношения к окружающим и степень детерминированности этих изменений субъективными (личностными) или объективными (ситуативными) показателями; **эмоционально-психические состояния**, отображающие общее психическое состояние пациента и значимые для него отношения; **процесс трансформации аффективных реакций**.

Далее рассматриваются проблемы организации и проведения эмпирического исследования, разработки его плана с учётом определённой специфики данного исследования. К числу особенностей экспериментальной работы среди кардиобольных мы отнесли слабую достоверность показателей, отражающих динамику состояния больных, влияния различных социально-психологических детерминант на систему

межличностного взаимодействия пациентов с окружающими людьми. Подобные ограничения вызваны особенностями организации стационарного лечения в ГУЗ «Республиканский кардиологический диспансер г. Чебоксары», малой вероятности повторной госпитализации пациентов отдельных клинических групп (за счёт статуса лечебного учреждения и малой возможностью осуществления его специалистами повторного вмешательства при нефатальных осложнениях) и невозможностью сбора достаточно достоверных анамнестических данных.

Нами было принято решение использовать квазиэкспериментальный план, имитирующий начальное и конечное тестирование с предварительной рандомизацией, который предусматривает реализацию процедуры параллельного контроля не в полной мере. В соответствии с выбранным планом проводится констатирующее исследование, направленное на выявление общей картины психических состояний и межличностных отношений больных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями. Полученные результаты сопоставляются с нормативными показателями, полученными в исследованиях других авторов, на основании чего делаются выводы относительно структуры личности и межличностных отношений. Осуществляется сравнительный анализ результатов диагностики кардиобольных различных клинических групп для выявления общих и отличающихся элементов социального взаимодействия с окружающими людьми. На заключительном этапе проводится сравнительный анализ результатов психологической диагностики пациентов, обратившихся за помощью впервые, и пациентов, обратившихся повторно по поводу одного и того же заболевания.

В ходе проведения исследования были выделены методики, использовавшиеся в конкретных исследованиях, а также сферы, требующие изучения в рамках экспериментальной работы. Освещаются качественные характеристики используемых методик, их соответствие диагностическим критериям при реализации поставленных задач, и изучаемым сферам взаимодействия. Проводится детальный анализ ряда психодиагностических методик и рассматривается степень соответствия диагностических критериев поставленной задаче изучения выделенных сфер. Глава завершается сравнительным анализом всех рассмотренных методик с выделением преимуществ и недостатков каждой из них применимо к данному исследованию.

Как отмечается в работе, в формируемую «батарею» психодиагностических методов вошли две проективные методики, созданные на основе теста Люшера — Метод цветových выборов (Собчик Л.Н., 2001) и цветовой тест отношений (Бажин Е.Ф., Эткинд А.М., 1980) – которые могут применяться для психодиагностики пациентов, находящихся в тяжёлом состоянии. Для реализации комплексной психодиагностики были использованы Тест отношения к

болезни Бехтеревского института (ТОБол) и Я-структурный тест Г. Аммона (ISTA). Применение ТОБол позволяет определить выраженность различных типов отношения к болезни и способов взаимодействия с окружающими людьми. Опросник ISTA позволяет целостно описать Я-структуру личности, выделить градацию отдельных показателей. Среди многомерных межличностных методик был выбран Гиссенский личностный опросник (Гиссенский тест), поскольку его результаты демонстрируют как широту диапазона особенностей межличностного взаимодействия, так и внутреннюю структуру личности. Торонтская шкала алекситимии была включена в перечень используемых методик по той причине, что другими методиками показатели алекситимии выявить затруднительно.

Исходя из понятий о валидности и репрезентативности используемых методик, было выдвинуто предположение о возможности существования минимального набора, необходимого и достаточного для получения относительно полной картины состояния исследуемой проблемы. В частности, в число минимального набора методического инструментария, позволяющего реализовать поставленные задачи, были отнесены: Гиссенский личностный опросник (Гиссенский тест, ГЛО/ГТ), Цветовой тест отношений (ЦТО) и Тест отношения к болезни (ТОБол). Все они в определённой мере позволяют медицинскому психологу проводить первичную диагностику поступающих пациентов и строить на основании полученных данных дальнейшую стратегию работы с пациентом.

Проведённый сравнительный анализ методик позволил отобрать те из них, которые позволяют в наибольшей мере раскрыть структуру личности и межличностных отношений больных. В качестве инструмента психодиагностики были выбраны как многошкальные методики, результаты которых представляют целостную картину различных психических качеств, так и узкоспециализированные, позволяющие углубленно изучить лишь определённые показатели психической сферы и сферы межличностного взаимодействия.

Раздел 2.2 «Комплексное исследование личности больного и системы его межличностного взаимодействия» содержит описание исследования и первичную обработку эмпирических данных. На основании клинических критериев выборочной совокупности ($n=317$ человек) испытуемые были разделены на две группы: группу **V** (*vasculo*) численностью 165 человек, в которую вошли больные с заболеваниями аорты и периферических сосудов (атеросклероз периферических сосудов, тромбоз артерий, варикозная болезнь вен нижних конечностей и др.), и группу **C** (*cardio*) численностью 152 человека, которую составили пациенты с заболеваниями сердца (врождённые пороки сердца и клапанов, ишемическая болезнь сердца, кардиомиопатии и др.). Основанием для

разделения стало пребывание пациентов на стационарном лечении в соответствующих отделениях РКД.

Исследование социодемографических данных выборки производилось при помощи авторского опросника, включавшего в себя, помимо вопросов о поле, возрасте, национальности, профессии, семейном статусе, вопросы о месте рождения и месте проживания, диагнозе, уровне образования, наличии детей в браке и об отношении к вере. Полученная с помощью этого опросника общая социодемографическая характеристика выборки представлена в таблице 1. Для оценки различий по социодемографическим показателям между вышеназванными группами подсчитывалось значение t-критерия Стьюдента для предварительно нормализованных данных.

Исходя из данных таблицы 1, можно говорить о наличии определённых социодемографических различий между пациентами групп V и С. Так, средний возраст пациентов группы С выше, чем возраст пациентов группы V ($51,1 \pm 13,8$ и $45,9 \pm 13,6$ лет соответственно), причём разница в возрасте является статистически достоверной ($t=2,16$; $p \leq 0,05$).

В группе V количество впервые обратившихся за помощью составляет больше половины всех пациентов (53 %), тогда как в группе С их доля составляет лишь 32,8 %. Это, на наш взгляд, связано с тем, что восприятие заболевания пациентами групп С и V зачастую значительно различается по степени угрозы для жизни, и по этой причине среди страдающих сосудистыми заболеваниями за медицинской помощью обращается гораздо меньшее число людей, что подтверждено статистически ($t=2,33$; $p \leq 0,05$).

Таблица 1

Социодемографическая характеристика выборки

Показатель	Доля показателя, %			Достоверность различий, p
	Вся выборка	Группа V	Группа С	
Распределение по полу:				0,47
<i>мужчины</i>	41,0	44,0	37,7	
<i>женщины</i>	59,0	56,0	62,3	
Средний возраст, лет	$48,4 \pm 13,9$	$45,9 \pm 13,6$	$51,1 \pm 13,8$	0,03
Первичное обращение	43,3	53,0	32,8	0,02
Национальность:				0,62
<i>русские</i>	44,9	47,0	42,6	
<i>другие национальности</i>	55,1	53,0	57,4	
Место рождения:				0,41
<i>городская местность</i>	37,3	41,1	33,3	
<i>сельская местность</i>	62,7	58,9	66,7	
Место проживания:				0,10
<i>городская местность</i>	61,4	68,2	54,1	

Показатель	Доля показателя, %			Достоверность различий, p
	Вся выборка	Группа V	Группа С	
<i>сельская местность</i>	38,6	31,8	45,9	
Проживают по месту рождения	36,4	41,1	31,5	0,30
Образование:				0,85
<i>неполное среднее</i>	9,4	7,7	11,1	
<i>среднее</i>	23,6	23,1	24,1	
<i>среднее специальное</i>	37,7	40,4	35,2	
<i>высшее</i>	29,2	28,8	29,6	
Состоят в браке	81,8	87,5	77,8	0,28
Имеют детей	88,2	85,7	88,9	0,82
Верующие	85,4	78,6	92,6	0,03

Значимые различия между пациентами двух групп отмечены по отношению к религии ($t=2,09$; $p \leq 0,05$). Если в группе V верующими считают себя лишь 78,6 % пациентов (28,5 % мужчин и 50 % женщин), то в группе С их доля составляет уже 92,6 % (29,6 % мужчин, 63 % женщин). Различия по отношению к вере наблюдаются и в зависимости от пола: среди женщин верующих — 56,4 %, среди мужчин их значительно меньше — 29,1 %. Возможно, что помимо не зависящих от заболевания факторов (отношения к религии родителей, возраста, окружения), для больных сердечно-сосудистыми заболеваниями религия выполняет роль одного из ресурсных источников, причём женщины чаще склонны рассматривать религию как источник такого рода помощи.

Результаты анализа методики ЦТО указывают на то, что, несмотря на достаточно высокую долю дополнительных цветов в выборах понятий, пациенты расценивают своё нынешнее состояние как транзитное, связывая свои надежды с успехом лечения и с личностью врача. Это же может свидетельствовать о пассивности самого пациента в ходе лечения, недостаточной заботе о состоянии своего здоровья и доверии своему лечащему врачу (комплаентности). Преобладание выборов дополнительных цветов по ряду понятий у пациентов группы V («моё здоровье» и др.) связано с болевыми ощущениями в послеоперационный период. Наиболее значимые различия приведены в таблице 2.

Таблица 2

Значимые различия между группами больных по результатам ЦТО ($p \leq 0,05$)

Понятия	Доля основных и дополнительных цветов в выборе, %			Угловой коэффициент ϕ
	Вся выборка	Группа С	Группа V	
Моё лечение	61,6 / 38,4	53,8 / 46,2	70,0 / 30,0	1,889
Моя работа	62,9 / 37,1	70,3 / 29,7	55,0 / 45,0	1,790

Понятия	Доля основных и дополнительных цветов в выборе, %			Угловой коэффициент φ
	Вся выборка	Группа С	Группа V	
Моя жизнь	52,4 / 47,6	43,0 / 57,0	62,7 / 37,3	2,237
Горе	8,1 / 91,9	12,5 / 87,5	3,3 / 96,7	2,012

Результаты методики МЦВ указали на преобладание доли конца ряда (66 %) в выборах синего цвета, что свидетельствует о том, что пациенты не удовлетворены сложившимися обстоятельствами и не намерены пребывать в вынужденном пассивном состоянии дальше. Преобладание фиолетового цвета в начале ряда (84 %) и доминирование его на первом месте в выборе даёт возможность предположить некоторую иллюзорность представлений пациентов о результатах лечения, а возможно, и сомнений в его эффективности. Анализ результатов выявил следующие особенности пациентов групп V и С: увеличение полярности выборов и увеличение доли фиолетового цвета в начале ряда в связи с ростом субъективного восприятия тяжести заболевания. Это, с одной стороны, указывает на меньшее сопротивление терапевтическому воздействию, а с другой – на невозможность пациентов принимать значимое доленое участие в терапии, и, соответственно, невозможность самим для себя точно прогнозировать исход лечения.

Среди пациентов ярко выраженные признаки алекситимии обнаружили в 38 % случаев. Пациентов с признаками алекситимии в группе С несколько меньше, чем в группе V (23 % и 28 % соответственно), однако в группе С за счёт уменьшения числа пациентов с пограничными значениями доля алекситимных пациентов возрастает до 42 %.

Распределение показателей по шкалам Гиссенского личностного опросника представлено на рисунке 1.

Анализ по группам показал, что в группе V распределение показателей шкалы социального одобрения близко к нормальному, тогда как в группе С преобладают низкие показатели шкалы — 36 % против 14 %. Это может быть связано с изменением социального статуса и обеднением межличностных контактов, вызванных заболеванием; у пациентов группы С эти показатели, по-видимому, подвержены влиянию заболевания в большей степени. Показатели шкалы социальных способностей частично подтверждают ослабление социальных связей. Это может свидетельствовать о том, что социальные отношения пациентов группы V изменяются из-за болезни в меньшей степени, чем у пациентов группы С. Серьёзные заболевания пациентов группы С, вынуждают пациентов занимать более активную позицию как в процессе лечения, так и в «навёрстывании» не реализованного по причине болезни социального потенциала.

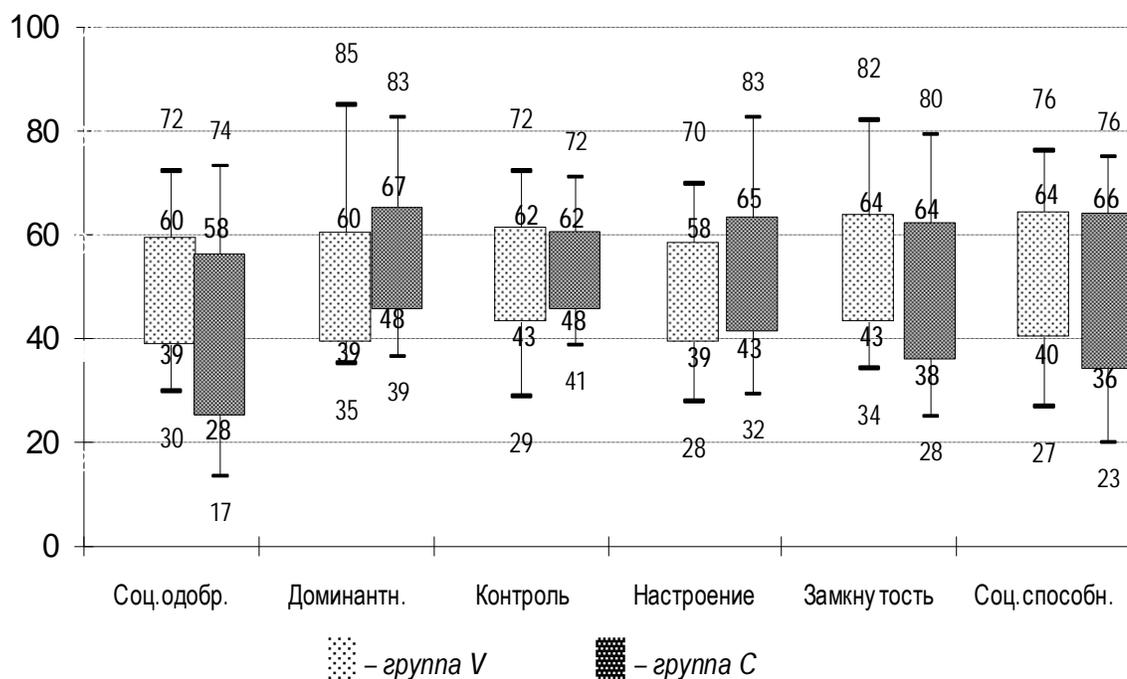


Рисунок 1. Значения шкал ГТ в клинических группах.

Показатели шкалы доминантности также указывают на отличия в позиции пациентов различных нозологических групп. Так, если пациентам группы V стремление занять агрессивную позицию присуще в большей степени (21 % пациентов с низкими значениями шкалы), то пациенты группы C склонны проявлять покладистость, терпеливость (4 % низких значений шкалы). Следовательно, вызванное заболеванием изменение социального статуса пациентов сопровождается обеднением межличностных контактов, причём для пациентов группы C эти изменения являются более существенными. Пациенты группы C занимают активную позицию в процессе лечения и реабилитации и более покладисты, чем пациенты группы V ($t=2,97$; $p\leq 0,05$), расценивающие заболевание как досадную помеху ($t=2,13$; $p\leq 0,05$).

Опросник для определения типа отношения к болезни (ТОБол) подтвердил существование различных стратегий поведения пациентов групп V и C. Доля типов отношения, относящихся к адаптивной группе, составляет 62 %, что указывает на неприятие пациентами роли больного и желание как можно быстрее справиться с заболеванием, сохранив при этом активное социальное функционирование. Из трёх наиболее выраженных типов отношения к болезни – гармоничного (выявлен у 38 % испытуемых), эргопатического (27 %) и сенситивного (18 %) – пациенты группы V в основном отдают предпочтение первым двум типам, а пациенты группы C – первому и последнему типу. В свою очередь, оставшаяся часть пациентов группы C делятся на две подгруппы, условно обозначенные как «попустительски-анозогнозическая» и «тревожно-

пассивная», различающиеся по типу реагирования на неизлечимое (в их представлении) заболевание.

Результаты методики ISTA представлены на рисунке 2.

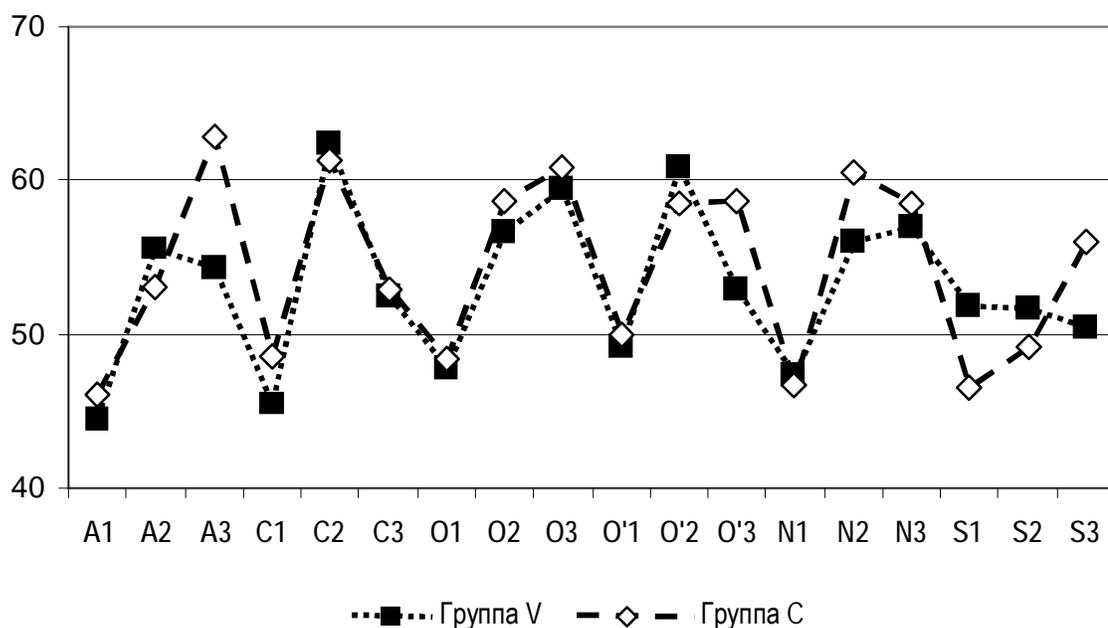


Рисунок 2. Профиль ISTA в группе V и С.

Наивысшие значения конструктивных показателей отмечены по шкалам сексуальности (*S1*: среднее значение $49,6 \pm 10,9$ Т-баллов), внутреннего Я-отграничения (*O'1*: $49,5 \pm 8,4$), внешнего Я-отграничения (*O1*: $48,1 \pm 8,3$). Наибольший средний балл значений деструктивных показателей наблюдается по шкалам страха (*C2*: $61,9 \pm 9,0$) и внутреннего Я-отграничения (*O'2*: $57,6 \pm 12,5$). Наибольший средний балл значений дефицитарных шкал был выявлен по шкалам внешнего Я-отграничения (*O3*: $60,0 \pm 10,7$) и агрессии (*A3*: $58,0 \pm 12,3$). Отмечено статистически значимое преобладание показателей дефицитарной агрессии (*A3*) у пациентов группы С (среднее значение шкалы 54,3 Т-балла) по сравнению с группой V (среднее значение шкалы 58,0 Т-балла) ($t=2,76$; $p \leq 0,01$). Проведённый сравнительный анализ показателей шкал ISTA с литературными общероссийскими данными и данными, полученными при изучении региональной нормативной выборки, выявил наличие статистически значимых различий по ряду показателей (преимущественно неконструктивных шкал), свидетельствующих о наличии проблем во взаимодействии с окружающими и вызванных ими трудностями социальной адаптации.

Интерпретация результатов МОПЗ (методики оценки психического здоровья, основанной на ISTA и позволяющей выделить шкалы второго порядка) выявила незначительное преобладание дефицитарных черт

личности (С) над деструктивными (В) у пациентов группы С по сравнению с пациентами группы V, что может быть связано с различным подходом пациентов к проблеме существующих или вновь возникших барьеров в социальном взаимодействии (см. таблицу 3).

Таблица 3

Показатели МОПЗ в клинических группах

Выборка пациентов	Первичные показатели МОПЗ (ср. знач.)			Индексы МОПЗ (ср. знач.)	
	A	B	C	α	β
Группа V	49,9±23,9	29,9±15,1	27,1±14,1	19,9±12,7	22,8±13,8
Группа С	49,5±22,4	29,2±13,6	31,8±15,0	20,3±12,0	17,7±12,2
Вся выборка	49,7±23,7	29,6±14,7	29,1±14,8	20,1±12,6	20,6±13,5

В завершении второй главы даётся краткая характеристика изучаемой выборки и выделенных клинических групп, акцентируется внимание на наиболее существенных различиях пациентов групп V и С по выделенным в разделе 2.1 показателям, рассматриваемых как основа различий поведения и социального взаимодействия представителей данных групп.

Третья глава диссертации «Результаты исследования и их обсуждение» посвящена сравнению изучаемых показателей впервые обратившихся за медицинской помощью больных («первичных» больных; $n=136$ человек) и больных, имеющих опыт обращения за медицинской помощью по поводу своего сердечно-сосудистого заболевания («хронических» больных; $n=181$).

Переход соматического заболевания из острой формы в хроническую сопровождается целым комплексом изменений, не последнее место среди которых занимает изменение самовосприятия и самоотношения, изменение социальной роли, качественные изменения межличностных отношений в ближайшем окружении пациента и за его пределами и т.п. Учёт этих социально-психологических детерминант является значимым фактором для динамической подстройки взаимодействия в системе «врач-пациент», обеспечивающей постоянную оптимизацию хода лечения.

Сравнение социодемографических показателей позволяет сделать заключение, что опыт пребывания в лечебном учреждении в связи с сердечно-сосудистым заболеванием во многом зависит от характера заболевания, тогда как все остальные показатели (при исключении неучтённых внешних переменных) значимого влияния не оказывают.

Результаты методик МЦВ и ЦТО свидетельствуют о том, что «первичные» пациенты в непривычной для них ситуации испытывают «когнитивный дефицит» и озабочены сохранением своей социальной привлекательности. Для «хронических» пациентов социальная

привлекательность отходит на второй план, основным для них становится активное участие в процессе терапии. Это частично подтверждается результатами Гиссенского личностного опросника: пациенты, ранее не рассматривавшие заболевание как серьёзную угрозу их образу жизни и социальному статусу, сосредотачиваются на заботе о своём здоровье, причём это проявляется в активизации собственных усилий в борьбе с заболеванием и снижении значимости тех социальных связей, которые не связаны с достижением этой цели. При этом ранее находившие разрядку ввне негативные эмоции теперь пациентами подавляются, поскольку могут негативно сказаться на значимых для пациентов социальных отношениях (в первую очередь на взаимоотношениях с лечащим врачом и близкими родственниками).

Особенности отношения к своему заболеванию, выявленные с помощью опросника ТУБол, указывают на то, что «первичные» пациенты, еще не испытавшие на себе последствия заболевания, не склонны расценивать его как угрозу их жизни и социальным отношениям, надеются на скорейшее исправление «неполадки организма», что проявляется в увеличении выраженности анозогностического типа отношения к болезни. У «хронических» пациентов наиболее выражен чувствительный тип отношения к болезни, коррелирующий с преобладанием эрготропных тенденций ($r=0,7035$; $p\leq 0,01$) и нижним полюсом шкалы социального одобрения ($r=-0,5938$; $p\leq 0,01$). Это свидетельствует о компенсации чувствительных проявлений путём повышения собственной активности, что, однако, не снижает интенсивности переживаний в связи с причинением неудобств своим близким.

Наиболее значимые различия между «первичными» и «хроническими» пациентами обнаруживаются по результатам, полученным в ходе заполнения опросника ISTA. Установлено, что различия между впервые обратившимися и «хроническими» пациентами обнаруживаются преимущественно по дефицитарным показателям (см. рис. 3.).

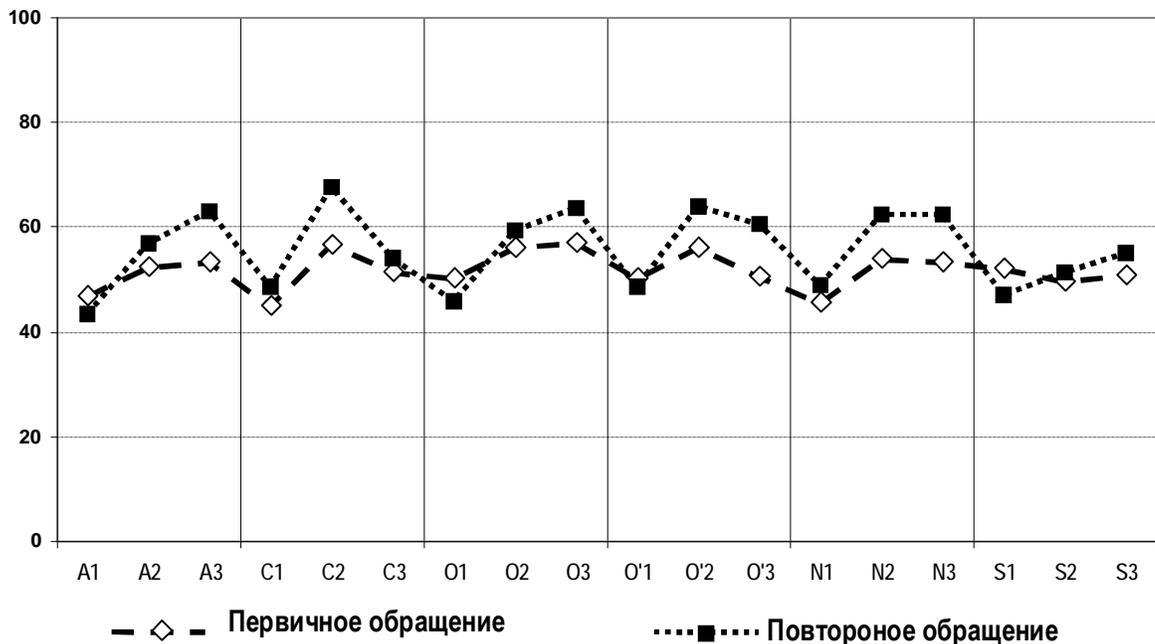


Рисунок 3. Профиль ISTA у «первичных» и «хронических» пациентов.

Сравнение показателей групп пациентов друг с другом и с нормативными региональными показателями выявило преобладание у «хронических» пациентов показателей дефицитарной агрессии (A3; $t=8,077$; $p \leq 0,001$), деструктивного страха (C2; $t=7,255$; $p \leq 0,001$), внутреннего Я-отграничения (O'2; $t=7,480$; $p \leq 0,001$) и нарциссизма (N2; $t=7,501$; $p \leq 0,001$) наряду с некоторым увеличением конструктивного нарциссизма (N1) и страха (C1). Эти различия позволили объяснить причину выявленного с помощью методики оценки психического здоровья (МОПЗ) достоверного повышения показателей шкал деструктивности (B; $t=2,7499$; $p \leq 0,01$) и дефицитарности (C; $t=2,8494$; $p \leq 0,01$) в группе «хронических» пациентов. При прогрессировании заболевания выраженность поведенческих (психопатологических) проявлений не возрастает, однако повышение уровня психической активности личности приводит к постепенному истощению адаптационного ресурса «хронических» пациентов, которым приходится расходовать его на поддержание активности в ходе лечения и для сохранения значимых социальных взаимосвязей. В связи с этим, по нашему мнению, и отмечается резкий рост показателей дефицитарных шкал.

Преобладание дефицитарных шкал в профиле «хронических» пациентов свидетельствует о затруднениях дальнейшего развития личности, неспособности использовать получаемый в изменившихся условиях жизни опыт. При этом на фоне оскудения и снижения качества межличностного взаимодействия усиливается роль эмоционально-аффективных воздействий, в первую очередь иррационального страха внезапной смерти, что приводит к снижению способности

дифференцировать значимые и несущественные показатели, усугубляющейся у части пациентов выраженными алекситимными чертами. Переживание подобной трансформации усиливает страх стать зависимым от других людей, а увеличение деструктивно-дефицитарных тенденций шкал нарциссизма усугубляет субъективное ощущение внутренней пустоты, невозможности эмоционального включения в жизнь общества и непонимания со стороны окружающих.

Выявленные различия между группами пациентов позволяют предположить, что существуют также различия в структуре их личностных свойств. Так, в группе «хронических» пациентов была выявлена взаимосвязь между конструктивным страхом (*C1*) и конструктивным внешним Я-отграничением (*O1*; $r=0,61$; $p\leq 0,01$), нехарактерная для «первичных» пациентов. С другой стороны, в группе «первичных» пациентов была выявлена взаимосвязь между дефицитарной агрессией (*A3*) и дефицитарным внутренним Я-отграничением (*O'2*; $r=0,69$; $p\leq 0,01$), деструктивным (*N2*; $r=0,64$; $p\leq 0,01$) и конструктивным нарциссизмом (*N1*; $r=0,60$; $p\leq 0,01$), нехарактерным для «хронических» пациентов. Следовательно, для пациентов, поступивших в лечебное учреждение впервые, выбор «стратегии непротивления» отчасти связан с эмоциональным смятением и переживаниями, вызванными изменением социального статуса и самовосприятия вследствие этого, тогда как для пациентов, имеющих неоднократный опыт пребывания в стационаре, социальная привлекательность уже не является значимым фактором.

Результаты исследования указывают на то, что динамика структуры личности и межличностных отношений при переходе заболевания в хроническую форму сводится к следующим основным изменениям и новообразованиям: возрастает интенсивность субъективного переживания изолированности от окружающих, имеют место иррациональные страхи и чрезмерная пассивность в сфере межличностных отношений с выделением значимых людей, с которыми связываются необоснованные надежды на благополучный исход.

ВЫВОДЫ

1. Комплексная диагностика личности пациента может проводиться на трёх уровнях, отличающихся по набору используемых психодиагностических методов, и на каждом из уровней глубина раскрытия структуры личности различна. При выборе уровня, на котором осуществляется диагностика, определяющими становятся такие факторы, как физическое состояние пациента, временные затраты и цель диагностики.
2. Помимо нозологических параметров, отличия между пациентами различных клинических групп проявляются и по ряду социодемографических и социально-психологических показателей, в

частности, по доле «первичных» и «хронических» пациентов в выделенных клинических группах и по отношению пациентов к вере.

3. Пациенты имеют в целом положительный настрой и веру в успех терапии. Однако в одних случаях подобное отношение выступает катализатором повышения собственной активности, осознания ответственности за исход лечения и включения в процесс терапии, а в других – приводит к смещению ответственности за успешность терапии на лечащего врача, исключению себя из терапевтического процесса, пассивности в ходе лечения.
4. Большая часть пациентов испытывают «когнитивный дефицит» и не имеет чёткого представления о ходе терапии, её прогнозе и ограничениях, накладываемых заболеванием на их повседневную жизнь, что сказывается на обострении межличностных взаимоотношений, как с медицинским персоналом, так и со своим социальным окружением. Вместе с этим, восприятие ближайшего социального окружения и отношение к нему детерминируют выбор стратегии поведения в ходе процесса терапии.
5. Пациенты, чьи социальные отношения под воздействием заболевания изменяются в лучшую сторону, склонны занимать в процессе терапии более активную позицию и реже проявляют негативные эмоциональные реакции, направленные на лечащего врача и ближайшее окружение.
6. Отличие пациентов различных клинических групп состоит, в первую очередь, в восприятии своей роли больного и способности восстановить свой социальный статус после реинтеграции в социум, а также в выборе определённой стратегии поведения в процессе терапии и источников активности. Влияния нозологических показателей на психологические особенности личности выявлено не было.
7. Различия в социальной активности пациентов, имеющих или не имеющих опыта пребывания в лечебном учреждении, обуславливаются трансформацией межличностных отношений и отдельных элементов структуры личности, вызванной изменением характера протекания заболевания, перехода его в затяжную, «хроническую» форму.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Публикации в изданиях, рекомендованных ВАК

1. *Гартфельдер, Д.В.* Зависимость стиля поведения при лечении от особенностей социальной перцепции у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями / Д.В. Гартфельдер // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. Сер. Психологической науки: «Акмеология образования». – Кострома, 2007. – Т. 13. – № 2. – С. 186–191.

Другие публикации

2. *Гартфельдер, Д.В.* Использование психоассоциативных методик в медицине / Д.В. Гартфельдер, А.Н. Захарова, Е.Л. Николаев. // Наука. Знание. Творчество: Сб. трудов XXXVIII научной студенческой конференции. – Чебоксары: ЧГУ, 2004. – С. 235-237.
3. *Гартфельдер, Д.В.* Роль гендерного фактора в кардиоваскулярной клинике / Д.В. Гартфельдер // Гендерные ценности и самоактуализация личности и малых групп в XXI веке: Материалы международного симпозиума. – Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2004. – Т. 2. – С. 30–31.
4. *Гартфельдер, Д.В.* Система отношений личности у больных артериальной гипертензией и её динамика в процессе лечения / Д.В. Гартфельдер, Е.Л. Николаев, О.В. Николаева, И.И. Максимова // Вестник Чебоксарского филиала Московского государственного открытого педагогического университета им. М.А. Шолохова.– Чебоксары, 2004. – № 1. – С. 107–111.
5. *Гартфельдер, Д.В.* Внутренняя картина болезни и отношение к лечению у пациентов с кардиологическими заболеваниями / Д.В. Гартфельдер // Психология и духовно-нравственное здоровье российского общества: Сб. тезисов выступлений студентов, аспирантов и молодых учёных. – Чебоксары: ЧГУ, 2005. – С. 44–45.
6. *Гартфельдер, Д.В.* Экспресс-диагностика психологических особенностей личности кардиологических больных / Д.В. Гартфельдер, А.Н. Захарова, Е.Л. Николаев // Наука. Знание. Творчество: Сб. трудов XXXIX региональной и научной студенческой конференции. – Чебоксары: ЧГУ, 2005. – С. 207–208.
7. *Гартфельдер, Д.В.* «Внутренняя картина болезни» кардиологических больных / Д.В. Гартфельдер // Материалы Третьего съезда психиатров, наркологов и психотерапевтов Чувашской Республики. – Чебоксары, 2004. – С. 188–190.
8. *Гартфельдер, Д.В.* Особенности межличностного взаимодействия больных в ходе лечения / Д.В. Гартфельдер // Психологическая помощь учащейся молодёжи в современном изменяющемся мире: Материалы

- Всероссийской научно-практической конференции. – Курск, 2006. – С. 119–120.
9. *Гартфельдер, Д.В.* Роль социального взаимодействия в терапевтическом процессе (на примере больных сердечно-сосудистыми заболеваниями) / Д.В. Гартфельдер // Психология и духовность человека в системе рыночных отношений: Материалы III съезда психологов Чувашии. – Чебоксары: ЧГУ, 2006. – С. 77–86.
 10. *Гартфельдер, Д.В.* Изменение социально-психологических позиций больных с сердечно-сосудистыми патологиями в ходе терапии / Д.В. Гартфельдер // Психология совладающего поведения: Материалы Международной научно-практической конференции. – Кострома: КГУ, 2007. – С. 315.
 11. *Гартфельдер, Д.В.* Особенности межличностного взаимодействия кардиологических больных / Д.В. Гартфельдер // Материалы Всероссийской школы молодых учёных в области психического здоровья «Психиатрия XXI века: традиции и инновации». – Суздаль, 2007. – С. 65–68.
 12. *Гартфельдер, Д.В.* Влияние личностных особенностей кардиологических больных на характер социального поведения в стационаре / Д.В. Гартфельдер // Личность и здоровье в эпоху новых ценностей / Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – Чебоксары, 2007. – Прил. 1. – С. 40–50.
 13. *Гартфельдер, Д.В.* Изменения в структуре межличностных отношений кардиологических больных и возможные подходы к их психологической коррекции / Д.В. Гартфельдер // Вызовы эпохи в аспекте психологической и психотерапевтической науки и практики: Материалы Третьей всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – Казань, 2007. – С. 666–669.
 14. *Гартфельдер, Д.В.* Особенности социальной перцепции у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями и роль психолога в их коррекции / Д.В. Гартфельдер, Г.П. Авдеева, Т.Ю. Винокур, М.В. Гартфельдер, В.Ю. Кашин, Т.Н. Мизурова // Прикладная психология в реализации приоритетных национальных проектов: Сб. статей и тезисов. – Чебоксары: изд-во дом «Пегас», 2007. – С. 43–46.
 15. *Гартфельдер, Д.В.* Социально-психологические факторы, влияющие на поведение кардиологических больных в ходе терапии / Д.В. Гартфельдер // Человек. Власть. Общество. Научные труды VII Азиатско-Тихоокеанского Международного Конгресса психологов (Хабаровск-Токио, 12-16 мая 2008 года). – Хабаровск, 2008. – С. 54–56.