

© Русина Н.А, 2012
УДК 159.8

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС И АДАПТАЦИОННЫЕ РЕСУРСЫ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Н.А. Русина

ГБОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия»
Минздравсоцразвития России, г. Ярославль

Изучены психологический статус и адаптационные ресурсы онкологических больных в условиях операционного стресса. Выявлено, что онкологические больные нуждаются в психологической коррекции в соответствии с типом личности и адаптационными ресурсами. Коррекция должна включать обучение эмоциональному реагированию, поведенческой гибкости, преодолению стереотипов, принятию себя, актуализацию новых жизненных смыслов.

Ключевые слова: психосоматика, онкология, эмоции, психологический статус, адаптационные ресурсы, механизмы психологической защиты, копинг-стратегии, самооотношение, смысл.

Многие авторы считают, что личностные факторы могут быть связаны с онкологическими заболеваниями. В ряде других исследований подчеркивается, что связь между личностными качествами и заболеваниями раком имеет гипотетический характер. Обзор исследований, проведенных после 1988 года, показывает, что между больными раком и другими заболеваниями существует мало личностных различий. Описание отдельных черт не дает возможности выделить симптомокомплексы у онкологических больных и понять, чем объясняется их неадаптивное поведение. Не встречаются в литературе исследования адаптационных ресурсов онкологических больных. Отсутствуют исследования их отношения к себе, смысло-жизненных ориентаций. В ситуациях с онкологическими больными, подвергающимися хирургическому вмешательству с калечащими операциями, имеет место тройное усиление стрессового фактора: узнавание о диагнозе; операции, которые приводят к удалению органов или появлению косметических дефектов; на предоперационном этапе возрастают психогенные переживания

вследствие страха возможной гибели во время операции. Исследование направлено на выявление существующих симптомокомплексов онкологических больных, их адаптивных возможностей.

Материалы и методы

Обследовано 267 пациентов онкологической клиники с опухолями различной локализации (рак кишечника, детородных органов, молочной железы, гортани и глотки), подвергшихся калечащим операциям с наложением стомы, удалением органов (100 мужчин (37,5%) и 167 женщин (62,3%) в возрасте от 35 до 73 лет). Информированное согласие пациентов получено. Средний возраст 53,6 лет. Динамика внутренней картины болезни на разных этапах лечения онкологических заболеваний характеризуется переходом от вытеснения мыслей о заболевании на этапе диагностики к появлению страха смерти, возрастанию тревоги, появлению реактивной депрессии на стадиях активного лечения, и в дальнейшем повышение или понижение настроения зависит от исхода лечения. Для сравнения были взяты группа пациентов психотерапевтиче-

ского центра с депрессивной симптоматикой (32 чел.) и группа здоровых реципиентов (38 чел). В исследования применялись опросник Мини-мульти для изучения профиля личности (вариант СМЛ) [6], опросник ТОБОЛ для диагностики типов отношения к болезни [1], методика «Индекс жизненного стиля» (ИЖС) для определения типов психологических защит [2], методика «Стратегии совладающего поведения» [3], методика исследования самооотношения (МИС) [5], тест смысло-жизненных ориентаций (СЖО) [4]. Для обработки результатов применялась программа Statistica 8.0.

Результаты и их обсуждение

Результаты, полученные по методике СМЛ (табл. 1), маркируют пациентов онкологической клиники как личностей, которым свойственен сверхконтроль,

эмоционально неустойчивых, со стеническим типом реагирования, чувствительных к средовым воздействиям, с повышенной ориентацией на нормативность, но с некоторым отрывом от реальности, что подчеркивает инфантильность их личности. Практически все значимые шкалы имеют высокую положительную корреляционную связь между собой, что свидетельствует об устойчивой личностной структуре больных. Онкологические больные статистически значимо отличаются от группы здоровых по показателям сверхконтроля и эмоциональной лабильности (их показатели выше). Они плохо переносят смену обстановки, пассивны, покорны. Проблемы разрешают уходом в болезнь, неустойчивы в эмоциональных состояниях. Импульсивность низкая.

Таблица 1

Показатели профиля личности по методике СМЛ

	онко	депрессивные	здоровые
сверхконтроль	55,59*	56,9	47,4
пессимистичность	49,8	59,0	46,9
эмоциональная лабильность	53,41*	54,0	46,8
импульсивность	41,6	50,9	43,38
ригидность	50,2	56,0	51,9
тревожность	44,7	55,1	44,5
индивидуалистичность	48,7	51,9	46,1
оптимистичность	50,0	42,9	50,0

*- здесь и далее значимость различий ($p < 0.05$)

По методике ТОБОЛ (табл. 2) практически показатели всех типов отношения к болезни у пациентов онкологической клиники ниже, чем у здоровых людей и пациентов с депрессивной симптоматикой. Это маркирует их как личностей, мало обращающих внимание на свое состояние по жизни в целом. Эргопатический

тип выше, что характеризует их как «трудоголиков», ушедших в работу. Единственный показатель выше, чем у здоровых, – сенситивный тип, что подчеркивает их озабоченность о неблагоприятном впечатлении, которое могут произвести на окружающих сведения о болезни.

Таблица 2

Отношение к болезни по методике ТОБОЛ

	онко	депрессивные	здоровые
гармоничный тип	15,2	5,3	11,65
эргопатический	20,2*	17,2	18,1
анозогнозический	7,3	2,5	18,65
тревожный	10,5	18,0	5,1
ипохондрический	11,2	18,2	6,6
неврастенический	9,09	15,0	5,5
меланхолический	6,7	10,2	1,4
апатический	5,4	7,0	1,15
сенситивный	19,2*	26,7	11,4
эгоцентрический	10,2	15,5	7,75
паранояльный	6,0	7,8	4,3
дисфорический	4,3	9,8	2,0

Показатели психологических защит по методике ИЖС (табл. 3) превышают норму, за исключением механизма замещения. Это означает, что пациенты онкологической клиники практически не пользуются механизмом, который позволял бы им освободиться от эмоционального напряжения, подавляют в себе негативные эмоции. Значимые различия существуют по механизмам отрицания, вытеснения и реактивного образования. Посредством последних неприемлемые мысли, чувства, вызывающие тревогу, становятся бессознательными и проявляются в психофизиологических симптомах. В диспозициях авторов методики ИЖС Г. Келлермана и Р. Плутчика отрицание и реактивное образо-

вание соседствуют, усиливая друг друга.

По методике «Стратегии совладающего поведения» (табл. 4) у онкологических больных все стратегии совладания ниже, чем в других группах. Лишь дистанцирование несколько выше, что включает приемы интеллектуализации, но обесценивает собственные переживания и возможности преодоления проблемных ситуаций. Статистически значимо ниже стратегия самоконтроля, поиска социальной поддержки, избегания, планирования решения проблем, положительной переоценки событий, что маркирует больных как личностей склонных к психологическим защитам в ситуациях напряжения, но не к стратегиям совладания.

Таблица 3

Механизмы психологических защит (Индекс жизненного стиля)

	онко	депрессивные	здоровые	норма
отрицание	81,8*	57,2	75,5	55
вытеснение	59,5*	60,9	46,9	47
регрессия	60,0	76,2	54,3	52
компенсация	67,5	68,8	65,7	51
проекция	66,9	69,2	54,2	56
замещение	50,1	63,9	47,5	39
интеллектуализация	67,4	51,6	59,5	61
реактивные образования	81,9*	81,1	66,15	68

Таблица 4

Стратегии совладающего поведения

	онко	депрессивные	здоровые
конфронтация	41,8	52,1	49,4
дистанцирование	49,1	46,8	48,9
самоконтроль	53,8*	69,8	64,2
поиск социальной поддержки	55,5*	72,3	67,85
принятие ответственности	55,7	59,4	64,8
бегство-избегание	37,4*	50,5	42,4
планирование решения проблем	56,15*	71,8	74,5
положительная переоценка	41,1*	57,4	61,1

Все показатели самоотношения (табл. 5) выше у онкологических больных. Различия статистически значимы по шкалам открытости, самоуверенности, саморукводства и внутренней конфликтности. Высокие значения открытости свидетельствуют о выраженной мотивации социального одобрения, а также демонстрируют их внутреннюю честность для признания негатива в себе. Высокий показатель самоуверенности задает отношение к себе как к самостоятельному, уважающему себя человеку. Человек с высоким баллом по шкале саморукводства считает, что его судьба находится в его собствен-

ных руках, испытывает чувство обоснованности своих побуждений в жизни. Но при внутреннем локусе контроля сочетание таких качеств, как сверхконтроль, ригидность, эмоциональное сдерживание приводит их к постоянному напряжению и завышенным требованиям к себе и ожиданиям. Высокие показатели по шкале «самоценность» показывают, что их эмоциональная оценка собственного внутреннего мира, ценности своего «Я» по духовным критериям статистически значимо выше, чем у больных депрессивного профиля. Шкалы внутренней конфликтности и самообвинения имеют в группе

онкологических больных единственную среди групп значимую положительную корреляцию ($r=0,5$). Высокие баллы по шкале внутренней конфликтности отмечены тенденцией к чрезмерной рефлексии, фрустрированности ведущих потребностей, недовольству настоящей ситуацией. Конфликтность связана с трудностями локализации истинного источника про-

блем. Высокие баллы по шкале самообвинения характеризуются наличием устойчивых аффективных комплексов, сопровождающихся тревогой и повышенным вниманием к внутренним переживаниям отрицательного характера. Сочетание ригидности, эмоционального сдерживания и самообвинения дает устойчивый симптомокомплекс самоуничужения.

Таблица 5

Показатели самоотношения (МИС)

	онко	депрессивные	здоровые
открытость	7,9*	6,4	5,9
самоуверенность	8,79*	5,6	8,3
саморуководство	7,3*	4,8	6,7
отраженное самоотношение	7	5,9	6,9
самоценность	7,8	5,7	7,1
самопринятие	8,16	6,5	7,2
самопривязанность	7,2	5,8	6,6
внутренняя конфликтность	7,76*	5,8	4,2
самообвинение	6,1	5	4,4

В случае тяжелых онкологических заболеваний имеет место неконгруэнтность человека и его смыслов, неконгруэнтность самих смыслов личности. Неконгруэнтность проявляется в том, что сохранение здоровья не является главным смыслом онкологического больного, при этом нормативные критерии личности высоки. Как субъекты деятельности, все обследуемые онкологические больные успешны, состоялись в жизни и в работе. Неконгруэнтность смыслов проявляется в несоответствии декларируемых и глубинных смыслов личности. Заметим, что все показатели СЖО у онкологических больных выше, чем у «депрессивных», но планы их разрушены, при изначальной ак-

тивности и эргопатичности. Получены значимо низкие значения у больных онкологической клиники по сравнению со здоровыми по шкалам «процесс жизни», «результативность жизни», «локус контроля жизни» (табл.6). Это связано с процессом преждевременного подведения итогов жизни, а также с разрушением в ряде случаев смысловой структуры личности. Низкий балл – по субшкале «управляемость жизни» – при наличии высокого самоуважения подчеркивает вынужденную убежденность больных в том, что жизнь их стала неподвластна сознательному контролю (они отдают себя во власть врачей).

Таблица 6

Смыслжизненные ориентации (тест СЖО)

	онко	депрессивные	здоровые
Цели в жизни	80,25	65,36364	94,08333
Процесс жизни, насыщенность жизни	69,4*	54,9	84,85
Результативность, удовлетворенность	67,7*	63,7	91,27
Локус контроля Я	75,0*	56,0	93,2
Управляемость жизнью	69,13	58,0	87

Повышенный индекс децентрации характеризует их как личностей, ограничивающих свою личную жизнь. Высокие показатели по данному индексу характеризуют их как людей, соотносящих свои мысли и действия с интересами других людей. Чужие проблемы они рассматривают со своей точки зрения, стараются сами взяться за разрешение проблем, то есть больные рассматривают свою жизнь в контексте жизни других людей. Направляя активность вовне, они стремятся перейти к актуализации иллюзорной способности влиять на события, а их собственные интересы уходят на второй план. В этом заключается их инфантилизм.

Механизмы, стоящие за процессами смыслостроительства, – предположительно механизмы психологических защит (при утрате, потере смыслов) и совладаний (при реконструкции и трансформации смыслов). Основная направленность смысловой регуляции больных – защитная, служащая избеганию дискомфорта, принимаемого социальном окружению. Данные исследования показали, что у онкологических больных преобладают защитные механизмы «отрицание», «реактивные образования» и «интеллектуализация», они выше нормы. У больных при высоком личностном самоконтроле и ригидности защитные механизмы направлены на сохранение своего имиджа, норм и приводят к эмоциональному сдерживанию. Больным легче пережить утрату смыслов, чем изменить их. Осознание неконгруэнтности смыслов приводит больного к разру-

шению системы смыслов. Возникает необходимость укреплять старую или создавать новую систему. У тяжелых больных происходит утрата смыслов при столкновении с заболеванием, а в случае принятия болезни – реконструкция или трансформация смыслов.

Таким образом, противоречие между повышенным самоуважением, граничащим с конформностью и зависимостью от социальных норм, внутренней конфликтностью как базовой смысловой структурой личности онкологического больного, и факт осознания неконгруэнтности смыслов при заболевании, неудовлетворенность прожитой жизнью могут актуализировать процесс «смыслостроительства», обнаружения новых жизненных смыслов. Данный ресурс оказывается эффективным копинг-ресурсом и существенным образом способствует улучшению адаптации к болезни и качества жизни.

Итак, можно выделить симптомо-комплексы онкологических больных. 1. Сочетание преобладания шкал сверхконтроля и эмоциональной лабильности, пассивное отношение к конфликтам, уход от решения проблем, часто сопровождающийся «уходом в болезнь». 2. Эмоциональная незрелость, неконструктивный стиль переживаний, снижающий уровень тревоги, но оставляющий выраженной эмоциональную напряженность. 3. Внутренняя конфликтность и самообвинение как механизм защиты «Я» от отрицательных эмоций, которые бессознательно подавлены. 4. Преобладание защитных ме-

ханизмов при слабом выражении механизмов совладания. 5. Неконгруэнтность жизненных смыслов личности.

Выводы

1. Получены 3 фактора в психологическом портрете онкологических больных: сдерживание эмоций и сверхконтроль, внутренняя конфликтность и самообвинение как фактор самоуничтожения, неконгруэнтность жизненных смыслов личности.

2. Адаптационные ресурсы онкологических больных обеднены и обеспечиваются высокой степенью сдерживания эмоций и самоконтроля.

3. Сдерживание эмоций ложится в основу неэффективных стратегий поведения, проявляется в дефиците копинг-ресурсов, в преобладании механизмов психологической защиты протективного типа, в конфликтном самоотношении. Данная ситуация приводит к реализации механизмов аутоагрессии, реализующихся опухолевым соматическим процессом.

4. Психотерапевтические мишени онкологических пациентов – психоэмоциональные ресурсы, отношение к себе, актуализация процесса «смыслостроительства».

Литература

1. Усовершенствованная методика для психологической диагностики отношения к болезни ТООБЛ: пособие для врачей / Л.И. Вассерман [и др.]; под ред. проф. Л.И. Вассермана. – СПб., 2002. – 32 с.
2. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: пособие для психологов и врачей / Л.И. Вассерман [и др.]; под ред. Л.И. Вассермана – СПб., 2005. – 48 с.
3. Совладание со стрессом: теория и психодиагностика: учебно-методическое пособие / Л.И. Вассерман [и др.]; под науч. ред. проф. Л.И. Вассермана. – СПб.: Речь, 2010. – 182 с.
4. Леонтьев Д.А. Тест смысложизненных ориентаций: методическое руководство / Д.А. Леонтьев. – М.: Смысл, 1992. – 32 с.
5. Пантеев С.Р. Методика исследования самоотношения / С.Р. Пантеев. – М.: Смысл, 1993. – 32 с.
6. Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности: методическое руководство / Л.Н. Собчик. – М.: МКЦ, 1990. – 75 с.

PSYCHOLOGICAL STATUS AND ADAPTIVE RESOURCES PATIENTS WITH CANCER

N.A. Rusina

Psychological status and adaptive resources of patients with cancer was investigated. It was shown that oncological patients badly need special psychological correction according to their type of personality and adaptive resources. The correction can conclude training for emotional reactions, overcoming dependence on stereotypes of behavior and thinking and changing of self-conception, actualization of new personal senses.

Keywords: *psychosomatic medicine, oncology, emotions, psychological status, adaptive resources, psychological defense mechanisms, coping strategies, personal attitude, life sense.*

Русина Наталья Алексеевна – к.психол.н., доц., зав. кафедрой педагогики и психологии Института последипломного образования ГБОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ.

150000, Ярославль, ул. Революционная, д. 5.

Тел.: раб. 8(4852)307522, дом. 8(4852)200827, моб. 89108186867.

E-mail: psycholog@yma.ac.ru.