

ID: 2011-07-2467-A-1363

Оригинальная статья

Русина Н.А.

Адаптационные ресурсы пациентов онкологической клиники*Ярославская государственная медицинская академия (Ярославль, Россия)*

Rusina N.A.

Adaptive resources of patients with cancer*Yaroslavl State Medical Academy (Yaroslavl, Russia)***Resume**

Subject: adaptive resources of oncological patients. The purpose of the study: psychological status and adaptive mechanisms of oncological patients. Material and methods of the study: 267 oncological patients and 32 patients with depressive episode and 36 usual persons were designed for personal attitudes, protective mechanisms and coping-reactions, personal sense, emotional sphere. Results of the study: oncological patients have archaic protective mechanisms and defective coping-reactions and couldn't be flexible. Sphere of application results: psychotherapy of oncological patients. Conclusion: oncological patients badly need special psychological correction and psychotherapy according to their type of personality and adaptive mechanisms. The correction can conclude training for emotional reactions, overcoming dependence on stereotypes of behavior and thinking and changing of self-conception.

Keywords: psychosomatics, oncology, emotions, physiological state, psychotherapy, adaptive resources, adaptive mechanisms, sense.

Введение

В вопросе прямого влияния стресса на развитие онкологического заболевания нет однозначного мнения, но само по себе узнавание о заболевании, постановка диагноза для больного, бесспорно, служат источником психологического дистресса. Американская Ассоциация Психиатров еще в 1994 году включила онкологические заболевания в перечень травматических стрессоров, способных вызвать посттравматическое стрессовое расстройство. В онкологической практике хирургические операции широко распространены, зачастую приводят к удалению органов или появлению косметических дефектов. На предоперационном этапе резко возрастают психогенные переживания: вследствие страха возможной гибели во время операции. Таким образом, в ситуациях с онкологическими больными, подвергающимися хирургическому вмешательству с калечащими операциями, мы имеем тройное усиление стрессового фактора. В этой связи особенно важным представляется изучение адаптационных механизмов онкологических больных на разных стадиях заболевания и определение с учетом их личностных и средовых ресурсов психотерапевтических мишеней в работе с ними.

Цель исследования

Определение психоэмоционального статуса онкологических больных в части их адаптационных ресурсов, а также исследование сферы их отношений и смысловой структуры личности.

Материал и методы

Обследовано 267 пациентов онкологической клиники с опухолями различной локализации, подвергшихся калечащим операциям. 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. Поэтому для сравнения были взяты группа пациентов психотерапевтического центра с депрессивной симптоматикой (32 чел.) и группа «здоровых» (38 чел.). Для обработки полученных в ходе психологического обследования результатов применялась программа Statistica 8.0. Для исследования взяты опросник Мини-мульти (вариант СМЛ), опросник ТООБЛ для диагностики типов отношения к болезни, методика «Индекс жизненного стиля» для определения типов психологических защит, опросник Lazarus для выявления копинг-стратегий, адаптированные в лаборатории медицинской психологии С.-Петербургского НИИ им. В.М.Бехтерева под руководством д.м.н., профессора Л.И. Вассермана, методика исследования самоотношения С.Р. Панталева, тест смысловых ориентаций (СЖО) и методику предельных смыслов Д.А.Леонтьева, методики исследования эмоциональной сферы: метод ранжирования базовых эмоций, метод свободных ассоциаций на эмоционально-значимые слова, картинки из методики ТАТ для определения степени закрытости эмоциональной сферы, методики исследования типа межполушарной асимметрии.

Обсуждение

Результаты, полученные по методике СМЛ, 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. 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 (оба показателя выше). Для больных свойственно медленно приспосабливаться, они плохо переносят смену обстановки, пассивны, покорны. Все проблемы разрешают уходом в болезнь, неустойчивы в эмоциональных состояниях. Импульсивность низкая.

По методике ТООБЛ 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, чем в других группах, что характеризует их как «трудооголиков», ушедших в работу. Единственный показатель выше, чем в группе здоровых – сенситивный тип отношения, что выказывает их озабоченность о возможном неблагоприятном впечатлении, которое могут произвести на окружающих сведения о болезни. Они боятся стать обузой для близких, опасаются, что окружающие станут их избегать, считать неполноценными.

Показатели психологических защит по методике Индекса жизненного стиля все 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 механизму отрицания (он существенно выше у онкобольных, что естественно: по Э. Кублер Росс отрицание является первым механизмом в структуре реакций на болезнь). Значимы различия также по механизмам вытеснения и реактивного образования. Посредством этих механизмов неприемлемые мысли, чувства, вызывающие тревогу, становятся бессознательными и проявляются в психофизиологических симптомах, трансформируются в противоположные стремления. В диспозициях Келлермана-Плутчика отрицание и реактивное образование соседствуют, усиливая друг друга.

По методике Лазарусана определение копинг-стратегий 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.

Остановимся более подробно на описании результатов исследования самоотношения, т.к. этот фактор является особенно важным для выбора психотерапевтической мишени.

Все показатели самоотношения выше у онкологических больных. Различия статистически значимы по шкалам открытости, самоуверенности, саморуководства 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, уверенному, уважающему себя человеку. Человек с высоким баллом по шкале саморуководства считает, что его судьба находится в его собственных 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 всех групп значимую положительную корреляцию. Высокие баллы по шкале внутренней конфликтности отмечены тенденцией к чрезмерной рефлексии, фрустрированности ведущих потребностей, недовольству настоящей ситуацией. Конфликтность связана с трудностями локализации истинного источника проблем. Высокие баллы по шкале самообвинения характеризуются наличием устойчивых аффективных комплексов, сопровождающихся тревожностью и повышенным вниманием к внутренним переживаниям отрицательного характера. Сочетание ригидности, эмоционального сдерживания и самообвинения дает устойчивый симптомокомплекс самоуничужения.

Итак, подводим промежуточные **итоги**. Фиксируем в группе пациентов онкологической клиники: 1. Трудности в актуализации эмоциональных проблем, которые не осознаются, но создают негативный эмоциональный фон, входящий в противоречие с выраженной мотивацией социального одобрения, стремлением жить по установленным правилам. 2. Постоянный сверхконтроль, внутренняя конфликтность и самоуничужение при наличии подавленных скрытых отрицательных переживаний, которые и приводят к психосоматическому неблагополучию. 3. Практическое отсутствие механизмов совладания на фоне явно выраженных механизмов психологических защит.

Попытаемся найти объяснение факту связи внутренней конфликтности и самообвинения. В психологической литературе значимым в теории причинности является понятие жизненного смысла человека. Обратимся к анализу смысловых ориентаций онкологических больных. Их позиция характеризуется сужением смысловой перспективы, которая проявляется в общей неудовлетворенности жизнью, отсутствием целей в

будущем и самостоятельного контроля над жизнью. Сокращение временной сферы мотивации выражается в «смысловой смещенности» на события настоящего времени.

В случае тяжелых онкологических заболеваний мы имеем дело с неконгруэнтностью человека и его смыслов, неконгруэнтностью 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 весьма успешны, состоялись в жизни и в работе. Неконгруэнтность смыслов проявляется в несоответствии декларируемых и глубинных смыслов личности. В качестве примера можно привести высказывания онкологических больных, узнавших о тяжести своего положения: «Разве я стал бы так жить, если бы знал, что со мной случится? Я бы больше внимания уделял своему здоровью, себе самому».

Поэтому по показателям СЖО мы наблюдаем значимо низкие значения у больных онкологической клиники по шкалам «процесс жизни», «результативность жизни», «локус контроля жизни». Для них это связано с процессом преждевременного подведения итогов жизни, а также с разрушением в ряде случаев всей смысловой структуры личности. Низкий балл - по субшкале «локус контроля – жизнь или управляемость жизни» - при наличии высокого самоуважения - подчеркивает вынужденную убежденность таких больных в том, что жизнь их стала неподвластна сознательному контролю (они отдают себя во власть врачей). «Ограничение операциональных возможностей и невозможность реализации смыслов влечет за собой и перестройку смысловой сферы, точнее, ее подстройку под наличные возможности» [Николаева В.В., 1987].

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

Для изучения устойчивости индивидуальной структуры смыслов мы также применяли методику предельных смыслов [Леонтьев Д.А., 1999]. У пациентов онкологической клиники наблюдаются ограниченные предельные смыслы. Для них характерно наличие 1-2 смысловых категорий (словесных формулировок, используемых для ответа на вопрос «Зачем?»), наличие одной узловой категории (категорий, фигурирующих как ответы на два или более вопроса «Зачем?», что в графическом представлении выглядит как разветвление цепи смысловых связей), у «здоровых» их, по крайней мере, 2-3. Цепь (линейная последовательность смысловых категорий) пациентов онкологической клиники составляет 3-5 элементов, у «здоровых» - 7-8 элементов.

В качестве механизмов, стоящих за этими процессами, мы рассматриваем механизмы психологических защит (при утрате, потере смыслов) и совладаний (при реконструкции и трансформации смыслов).

Основная направленность смысловой регуляции больных – защитная, служащая избеганию дискомфорта, причиняемого своему социальному окружению. У больных создается представление о себе как о сильных личностях, обладающих достаточной свободой выбора, чтобы построить свою жизнь в соответствии со своими целями и представлениями о смысле. Наши исследования защитных реакций показали, что у онкологических больных преобладают защитные механизмы «отрицание», «реактивные образования» и «интеллектуализация», они выше нормы. Многие из пациентов стесняются своей болезнью, скрывая ее от окружающих (отрицание). Больные стремятся казаться сильными, чтобы лишний раз не обременять своими проблемами близких людей (реактивные образования). Большинство пациентов много читают о болезни, придумывая ей псевдоразумные объяснения (интеллектуализация). У онкологических больных при высоком личностном самоконтроле и ригидности защитные механизмы направлены на сохранение своего имиджа, статуса, норм и приводят к эмоциональному сдерживанию. И в данном случае им легче пережить утрату своих ценностей или смыслов, чем изменить их.

Осознание неконгруэнтности смыслов приводит больного к разрушению хрупкой иерархической системы смыслов. Возникает необходимость укреплять старую или создавать новую систему. Д.А. Леонтьев называет этот процесс «смыслостроительством». В случае с тяжелыми больными мы, скорее всего, имеем дело с потерей (утратой) смыслов при столкновении с фактом заболевания, а в случае принятия болезни - с реконструкцией или трансформацией 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 факте заболевания, неудовлетворенность прожитой жизнью могут актуализировать процесс «смыслостроительства», обнаружения новых жизненных смыслов. Данный ресурс на практике оказывается самым эффективным копинг-поведением и существенным образом способствует улучшению адаптации к болезни и качества жизни пациента.

Итак, можно выделить следующие симптомокомплексы поведения 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 механизмов при слабом выражении механизмов совладания. 5. Неконгруэнтность жизненных смыслов личности.

Методики исследования эмоциональной сферы больных онкологической клиники продемонстрировали ее депривацию и нарушения, что, при наличии их личностных психологических особенностей, реализуется трудностями оценивания и отреагирования эмоций средней интенсивности и ложится в основу неэффективных стратегий общения, проявляется в дефиците копинг-ресурсов, в преобладании механизмов психологической защиты протективного типа, в конфликтном самоотношении. Данная ситуация приводит в результате к реализации механизмов аутоагрессии, реализующихся опухолевым соматическим процессом.

Выводы

1. Мы получили 3 основных фактора в психологическом портрете онкологических больных: сдерживание эмоций и сверхконтроль, внутренняя конфликтность и самообвинение как фактор самоуничтожения.
2. Адаптационные ресурсы онкологических больных обеднены и обеспечиваются высокой степенью сдерживания эмоций и самоконтроля.
3. Адаптационные механизмы онкологических больных – психологические защиты протективного типа (реактивные образования, отрицание), стратегии совладания слабо выражены.
4. Психотерапевтические мишени онкологических пациентов – психоэмоциональные ресурсы, отношение к себе.

Психологическая коррекция онкологических больных должна быть, прежде всего, направлена на обучение эмоциональному отреагированию, поведенческой гибкости, преодолению стереотипов. Другой перспективный ресурс – стремление больных к социальной поддержке, ответственное отношение и самоконтроль – делают их обучаемыми. Наконец, третий ресурс – это работа с их Я-концепцией, обучение принятию себя, любви к самому себе.