

УДК 159.9

Ганич Михаил Константинович

старший преподаватель,
Московский Медицинский Институт
mikhail.ganich@bk.ru

Mikhail K. Ganich

senior lecturer,
Moscow Medical Institute
mikhail.ganich@bk.ru

**Защитные механизмы и типы отношения к болезни в картине мира
онкологических больных**

**Defense mechanisms and types of attitudes towards the disease in the picture of
the world of cancer patients**

***Аннотация:** Актуальность работы состоит в недостаточной изученности взаимосвязи субъективных эмоциональных переживаний онкологических больных и субъективного психоэмоционального состояния. Цель настоящей статьи состоит в возможности представить взаимосвязь защитных механизмов и типов отношения к болезни у онкоурологических больных. Материалы и методы: Теоретический анализ и обобщение данных научной литературы. Экспериментальное исследование, в структуру которого вошли: 1)- клиническая беседа-интервью, целью которой являлось понимание основных проблемных психологических зон, прямое и косвенное выявление личностных эмоциональных реакций, в том числе, экзистенциального характера, субъективация переживаний, связанных с фактом заболевания, представления о жизненной ситуации в контексте особенностей болезни; 2)- группа методик, связанная с исследованием защитных механизмов личности: опросник для исследования психологических защит от тревоги, связанной с экзистенциальными проблемами, шкала экзистенций (А. Лэнге - К. Орглер); 3)- методики непосредственно связанные с исследованием типов отношения к болезни и стратегий совладающего поведения - тобол, элементы коппинг - теста А. Хайми. Были получены статистически значимые результаты, дающие возможность судить о защитных механизмах среди выборки и типах отношения к болезни. Данные полученные экспериментальным путем могут быть использованы для дальнейших исследований. Заключение: Полученные результаты теоретического и эмпирического анализа проблемы отношения к болезни и преобладания защитных механизмов больных онкологическими заболеваниями разной нозологии позволяют заключить, что в широком психологическом контексте психологическая защита срабатывает тем или иным образом при возникновении негативных, психотравмирующих переживаний и во многом определяет поведение личности, устраняющее психический дискомфорт и тревожное напряжение.*

Ключевые слова: *клиническая психология, защитные механизмы, тип отношения к болезни, онкология, внутренняя картина мира, эмоциональные состояния.*

Abstract: *The relevance of the work lies in the insufficient study of the relationship between the subjective emotional experiences of cancer patients and the subjective psychoemotional state. The aim is to study the relationship of defense mechanisms and types of attitudes towards the disease in urologic cancer patients. Materials and methods: Theoretical analysis and generalization of scientific literature data. An experimental study, the structure of which included: 1) - a clinical conversation-interview, the purpose of which was to understand the main problematic psychological zones, direct and indirect identification of personal emotional reactions, including existential ones, subjectivation of experiences associated with the fact of a disease, ideas about life situations in the context of the characteristics of the disease; 3) - a group of techniques associated with the study of personality defense mechanisms: a questionnaire for the study of psychological defenses against anxiety associated with existential problems, the scale of existences (A. Lange - K. Orgler); 4) - methods directly related to the study of the types of attitudes towards the disease and coping strategies - tobol, elements of the coping test by A. Khaimi. Statistically significant results were obtained, which make it possible to judge about the defense mechanisms among the sample and the types of attitudes towards the disease. The data obtained experimentally can be used for further research. Conclusion: The obtained results of the theoretical and empirical analysis of the problem of attitudes towards the disease and the prevalence of defense mechanisms in patients with oncological diseases of various nosologies, allows us to conclude that in a broad psychological context, psychological defense is triggered in one way or another in the event of negative, traumatic experiences and largely determines the behavior of the individual eliminating mental discomfort and anxious tension.*

Keywords: *clinical psychology, defense mechanisms, type of attitude towards the disease, oncology, internal picture of the world, emotional states.*

Введение

Данные зарубежной и отечественной статистики с безусловной очевидностью позволяют говорить, во-первых, о нарастающей тенденции к распространённости онкологических заболеваний, во-вторых, о значительном омоложении проявленности болезни. На сегодняшний день в число работ, посвящённых психологическим аспектам восприятия онкологического заболевания, проживанию личности в пространстве течения болезни, входит немало исследований, связанных с анализом качества жизни онкологических больных, субъективной оценки своего состояния и отношения к болезни.

При этом исследование собственно защитных механизмов, анализ их в контексте субъективного отношения к болезни при разных типах онкологических заболеваний, взаимосвязь этих элементов и их проявленность, как значимых (в ситуации изменения картины мира больного) зачастую остаётся на периферии научных исследований.

Цель данного исследования заключается в изучении взаимосвязи защитных механизмов и типов отношения к болезни у онкоурологических больных.

Материалы и методы исследования. В качестве теоретической основы медико-психологических исследований, проводимых в связи с задачами психотерапии, в отечественной психологии используется концепция В.Н. Мясищева, согласно которой личность рассматривается как система отношений. Для медицинской психологии одним из важнейших отношений в личностной структуре больного является отношение к болезни. Рассмотрение этого отношения с позиций концепции В.Н. Мясищева и по сей день представляется весьма конструктивным, так как позволяет обобщенно отразить психологическое содержание таких понятий, как «внутренняя картина болезни», «переживание болезни», «реакция личности на болезнь», «сознание болезни» и др., в рамках которых в настоящее время и происходит обсуждение проблемы «личность – болезнь» [3, 4].

«Основой для изучения психологических реакций при онкологических заболеваниях в отечественной психологии послужила концепция внутренней картины болезни (ВКБ) А.Р. Лурия, определявшего ее как «продукт собственной внутренней творческой активности субъекта, формирующийся при любом соматическом страдании» [2, с. 85]. ВКБ – комплексный многоуровневый феномен и формируется под влиянием различных факторов: характера заболевания, его остроты и темпа развития, особенностей личности в предшествующий болезни период и др. Взаимовлияние различных уровней проявляется в степени эмоциональной реакции, на которую оказывают влияние такие соматические факторы, как тяжесть течения заболевания, локализация процесса и ожидаемые осложнения, побочные эффекты лечения.

Таким образом, можно говорить о том, что во внутренней картине болезни отражается целый ряд важных для врача и психолога признаков, а именно: преморбидные особенности личности больного, изменения мотивационной сферы, эмоциональные реакции, весь спектр реакций, связанных с болезнью, ощущение себя в новой роли человека, который «болен». Кроме того, внутренняя картина болезни обуславливается объективными показателями болезни, возрастом заболевшего, тяжестью заболевания, его длительностью и предполагаемым исходом.

Важнейшим ситуационным фактором, формирующим внутреннюю картину болезни, становится социально-психологический фон, пространство общения и коммуникаций, а также переживаний, в котором находится заболевший.

1 этап отбора пациентов предполагал наличие в анамнезе двух клинических диагнозов: почечно-клеточный рак и рак мочевого пузыря. 2 этап отбора пациентов «выравнивал» выборочную совокупность по гендерному и возрастному признаку. 3 этап формирования выборки учитывал особенность течения основного заболевания и лечебной стратегии. Была сконструирована многоступенчатая, производственная, случайная, стратифицированная выборка.

В первую группу вошло 62 испытуемых в возрасте от 51 до 65 лет (30 мужчин и 32 женщины). Второй группой испытуемых являлись 60 пациентов:

30 мужчин и 30 женщин от 47 до 61 года. Третья, контрольная группа, (65 пациентов: 33 мужчины и 32 женщины от 47 до 65 года) проходила все процедуры исследовательского этапа, однако не принимала участие в коррекционной работе.

Общий методический инструментарий исследования: Клиническое (глубинное) интервью, Шкала экзистенций А.Лэнге - К.Орглер (Шкала экзистенций Лэнге), Индекс жизненного стиля (ИЖС), Методика диагностики копинг-механизмов (Методика Хейма копинг-механизмы), Диагностируемые типы отношения к болезни (ТОБОЛ).

Статистический анализ связей:

1. Для сопоставления показателей, измеренных в двух разных условиях на одной и той же выборке испытуемых, использовался Т-критерий Уилкоксона.

2. Для проверки равенства средних нескольких выборок использовался критерий Краскела-Уоллиса.

3. Для количественной оценки статистического изучения связи между переменными использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Восприятие заболевания, представление о себе как больном и болезни как новой части своей реальной картины мира, система индивидуальных ожиданий в контексте спектра эмоциональных переживаний легли в основу клинического интервью.

Результаты исследования

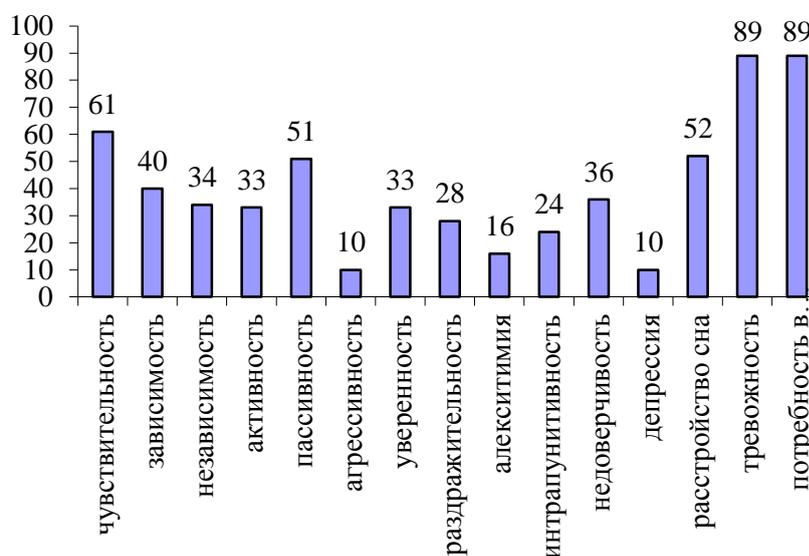


Рис. 1. Субъективное восприятие своего эмоционального состояния в текущий жизненный период (сводные результаты интервьюирования трех групп), %

В целом, описывая свое эмоциональное состояние, абсолютное число респондентов отмечало, что переживает серьезную тревогу и обеспокоенность, крайне чувствительны и нуждаются в эмпатии со стороны окружающих. Эти переживания стоят на первых позициях получившегося рейтинга. Около половины опрошенных указали на то, что им ничего не хочется делать (пассивность) и на то, что у них отмечается нарушение сна. Недоверчивость, одновременно с зависимыми ориентациями можно поставить на третью

позицию по полученным выборам со стороны участников интервью.

Логика представления результатов проведённого нами эмпирического исследования строится следующем образом – первым блоком представлена динамика изменения отношения пациентов к своему заболеванию и данные по исследованию субъективных личностных страхов, далее результаты методики, связанные с переживанием тревожности, субъективного ощущения одиночества, далее результаты группы методик, связанные с исследованием экзистенциальных защит и жизненного стиля личности.

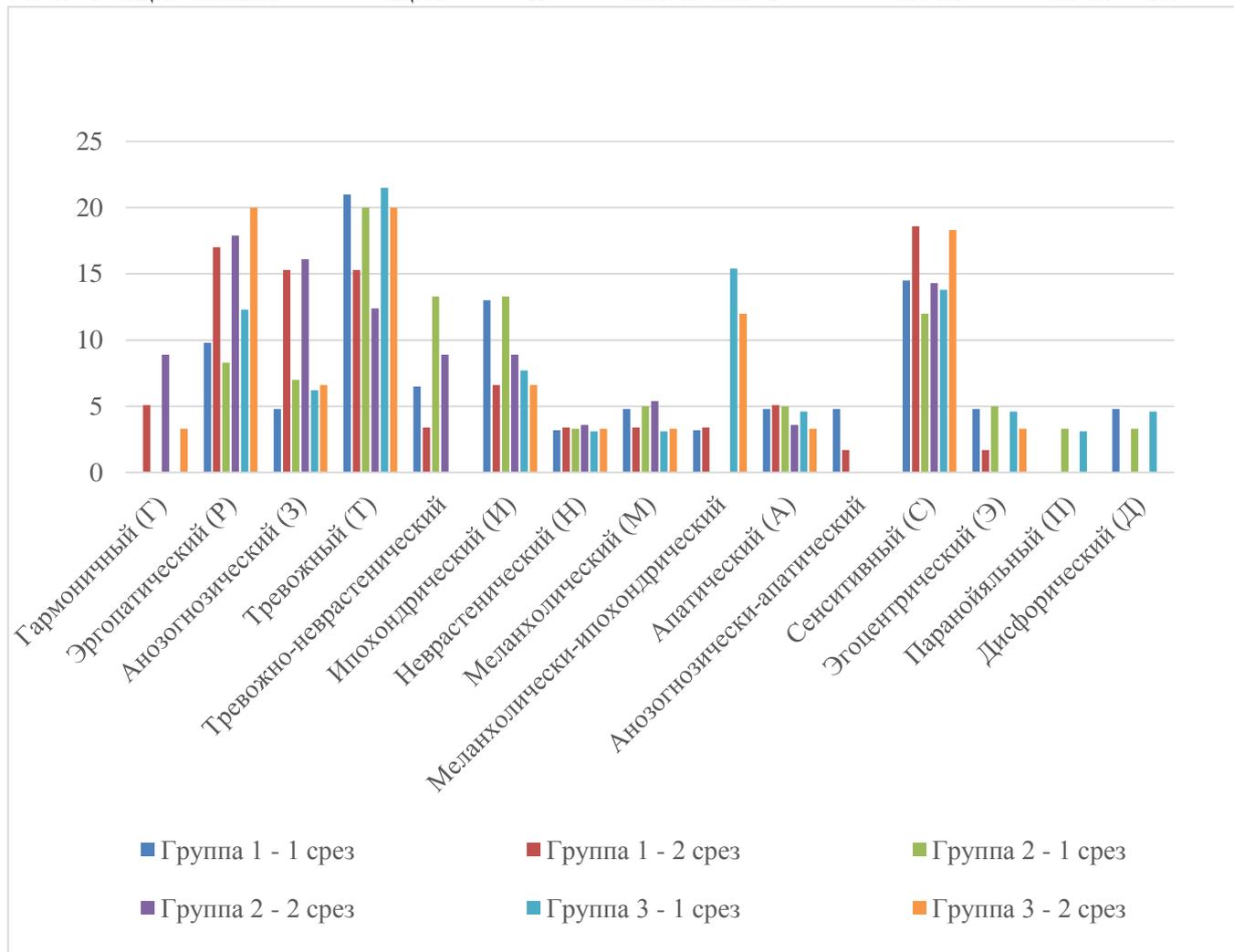


Рис.2. Диагностируемые типы отношения к болезни. Сравнительная динамика изменений.

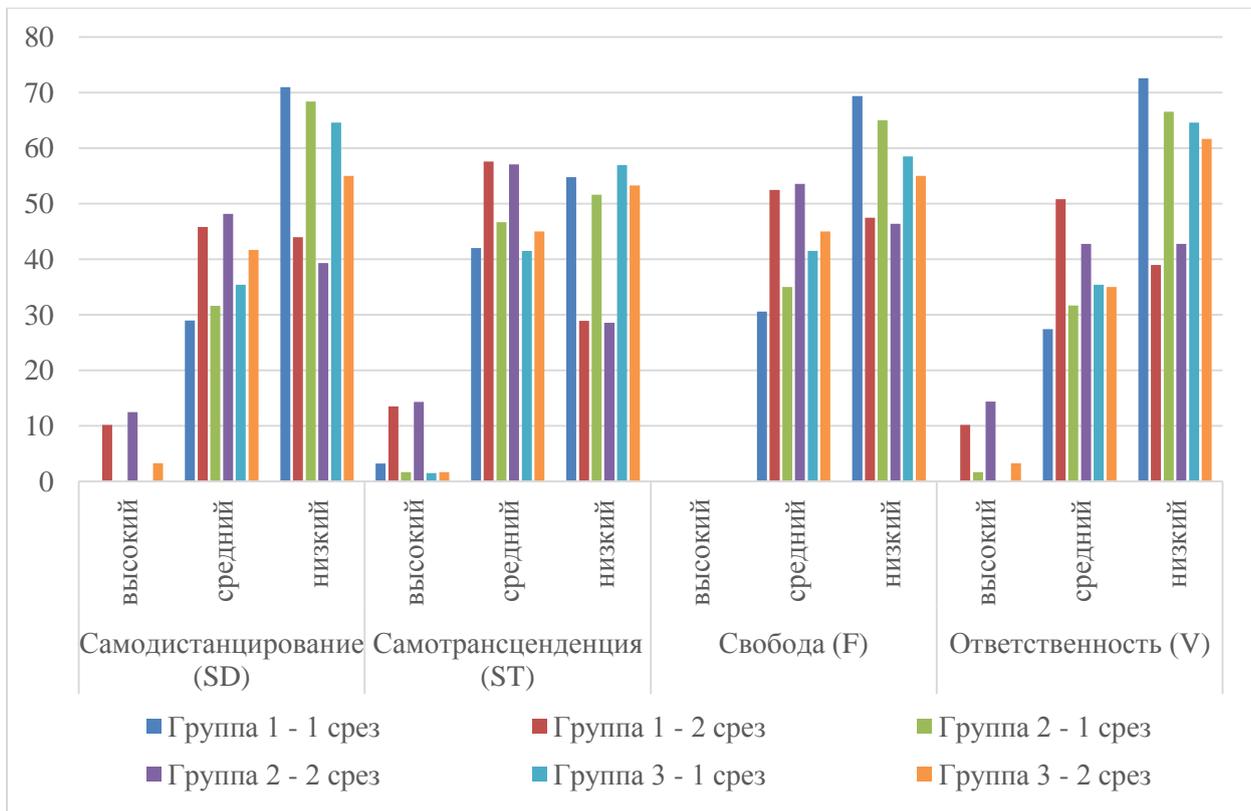


Рис.3. Методика шкала экзистенций А.Лэнглэ-К.Орглера. Сравнительная динамика изменений.

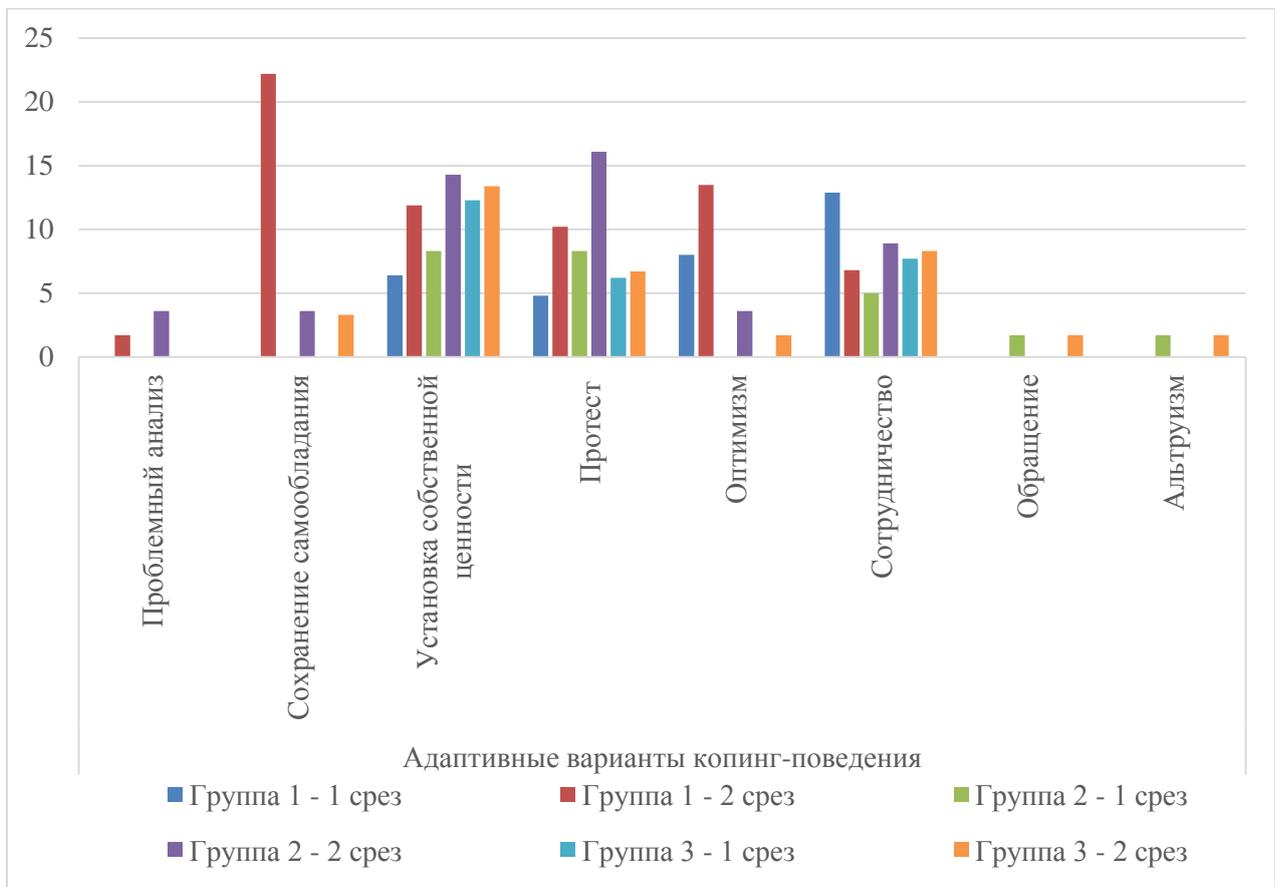


Рис. 4. Методика диагностики копинг-механизмов. Сравнительная динамика изменений (адаптивные варианты копинг-поведения)

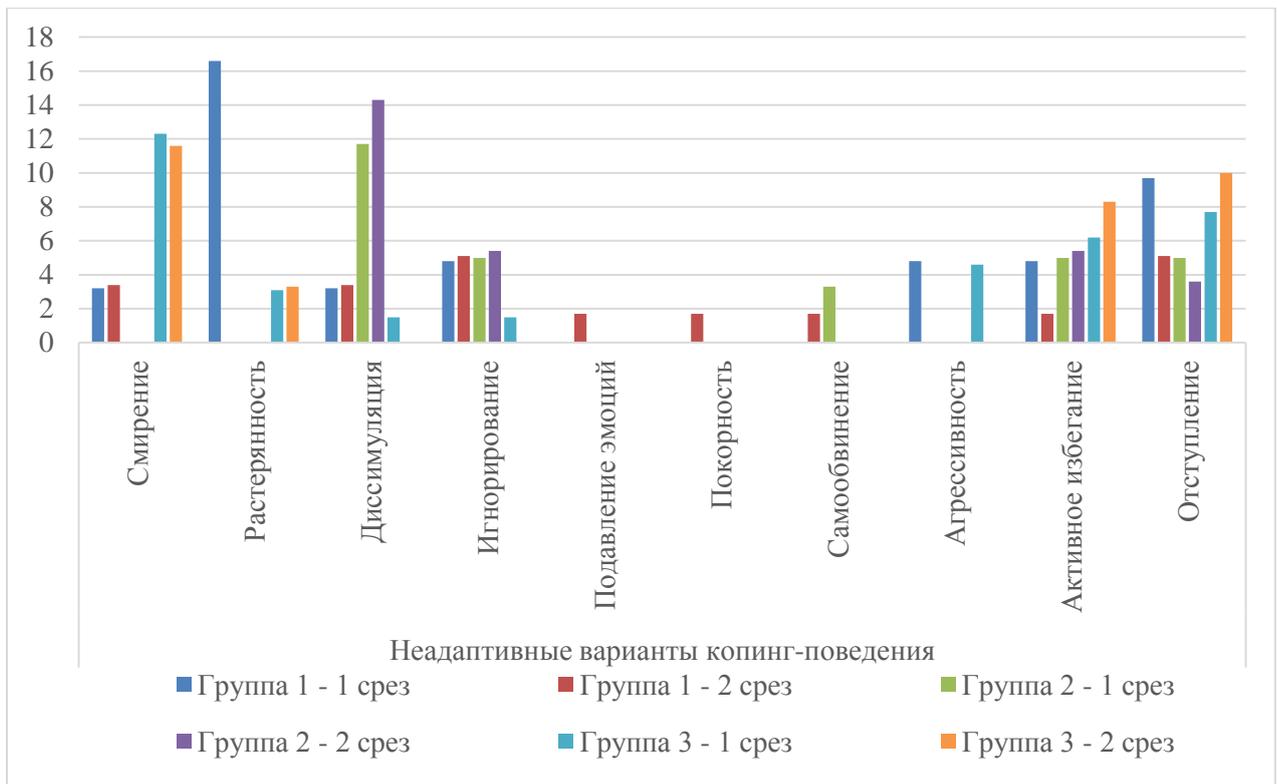


Рис. 5. Методика диагностики копинг-механизмов. Сравнительная динамика изменений (неадаптивные варианты копинг-поведения)

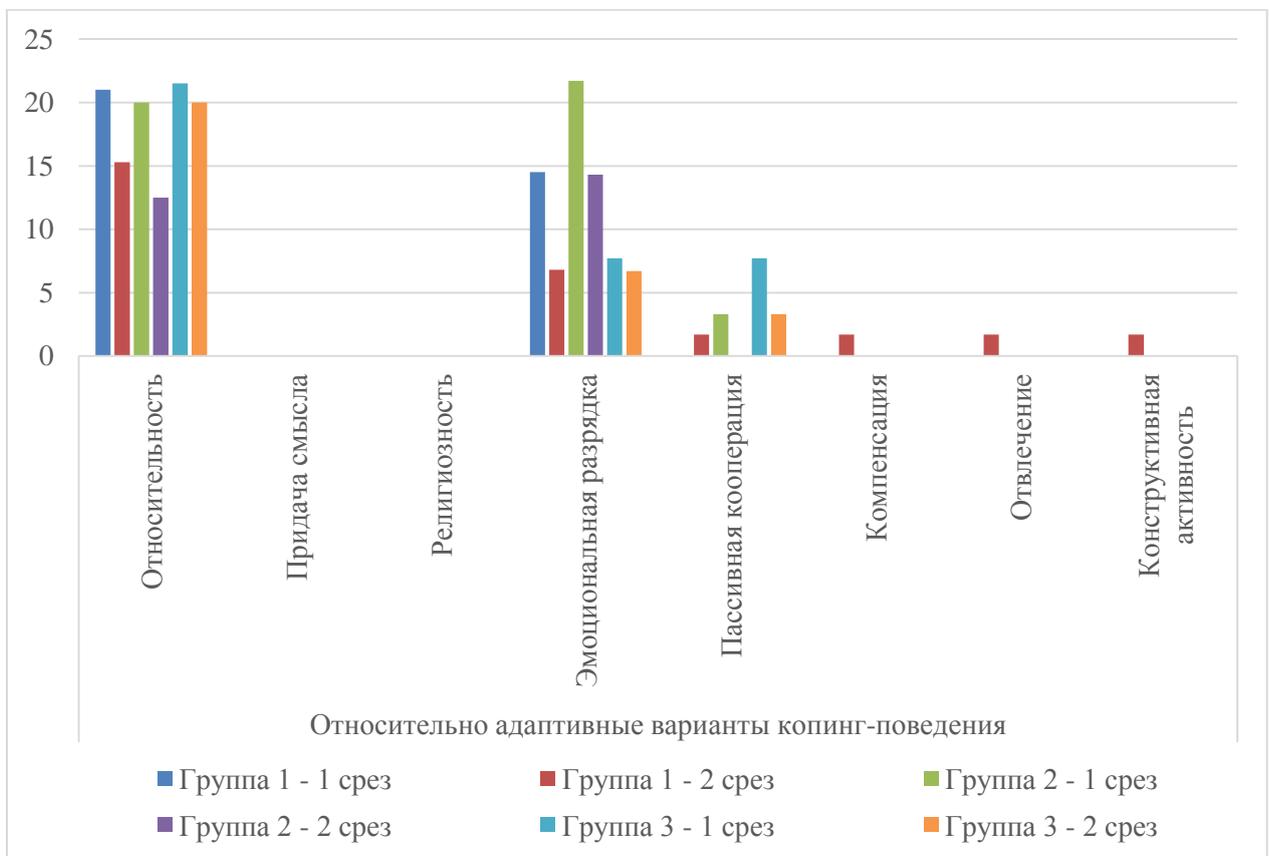


Рис. 6. Методика диагностики копинг-механизмов. Сравнительная динамика изменений (относительно адаптивные варианты копинг-поведения)

Заключение

1. Защитные механизмы (как индексы жизненного стиля, так и экзистенциальные защиты) связаны с типом отношения к болезни. Так при гармоничном типе отношения для больных характерно то, что они берут на себя ответственность за процесс лечения и протекания болезни.

2. Выявляя типы отношения к болезни у больных двух нозологических групп: с диагнозом «почечно-клеточный рак» и «рак мочевого пузыря» значимые различия обнаружены только лишь в выраженности ипохондрического типа отношения к болезни, который более свойственен больным с раком мочевого пузыря. В остальных характеристиках выраженность типов отношения к болезни у двух нозологических групп принципиально сходна.

3. Рассматривая выраженность экзистенциальных защит как один из базовых факторов, влияющих на протекание заболевания, обнаружены значимые различия в выраженности такого типа защит от страха смерти, как «вера в собственную исключительность», которая значимо более напряжена у больных с раком мочевого пузыря.

4. В ситуациях выявления у больных паранойяльных диспозиций, отмечается утрата веры в «конечного спасителя». Заболевший проявляет собственную волю в ходе протекания болезни, что прямо влияет на тип отношения к себе и к болезни, и может рассматриваться как один из психологических механизмов сопротивления болезни.

5. Опираясь на полученные результаты исследования, можно утверждать, что для женщин более характерно отрицание болезни и ее последствий, они менее адекватно оценивают происходящее, менее критичны к оценке реально происходящих событий и изменений психологического и психофизиологического порядка.

6. Для мужчин, страдающих онкологическими заболеваниями, характерна большая тревожность, эмоциональная чувствительность и требовательность к проявлениям внимания, эмоциональной поддержки и заботы. В этом случае наблюдается специфический экзистенциальный конфликт между условным «принятием» своей болезни и гиперакцентировании внимания на симптоматике и ощущениях, при одновременном снижении интереса к жизни, в ряде случаев речь может идти о самообесценивании как в личностном, так и в жизненно-смысловом контексте.

7. В процессе анализа картины мира онкобольных, встроенности в неё картины заболевания, а также особенностей проявления защитных реакций, выявлены элементы психической ригидности, не связанные с гендером, возрастом и типом нозологии. Мы предполагаем, что данная черта может являться одной из «пусковых» характеристик процесса формирования психологических защит от принятия болезни, встраивания её в картину мира, не являясь при этом частью системы компенсаторно-заместительных реакций.

8. Полученные результаты теоретического, эмпирического анализов проблемы отношения к болезни и преобладания защитных механизмов у больных онкологическими заболеваниями разной нозологии, позволяет заключить, что в широком психологическом контексте психологическая защита

срабатывает тем или иным образом при возникновении негативных психотравмирующих переживаний и во многом определяет поведение личности, устраняющее психический дискомфорт и тревожное напряжение.

Литература

1. Гнездилов А. В., Губачев Ю. М. Терминальные состояния и паллиативная терапия. — СПб.: Изд-во Хим. з-да «Геден Рихтер» А.О., 2015. — 462 с.

2. Ганич М.К. Факторы, влияющие на возникновение и протекание онкологических заболеваний // Успехи современной науки и образования. 2016. Т. 4. № 8. С. 84-87

3. Мясищев В. Н. Проблемы личности в психологии и медицине. Актуальные вопросы медицинской психологии. Л, 1974.,с.20-33

4. Мясищев В. Н. Психология отношений. М., 1995.,290 с.

5. Тхостов А. Ш. Личностные реакции мужчин и женщин на онкологические заболевания / А.Ш. Тхостов, А. Н. Молодетских, К. Папырин // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1981. — т.2, №2,- с.160-178.

6. Фисун Е. В. Системный подход в психологической работе с онкопациентами и членами их семей. // Журнал практической психологии и психоанализа, М.,2014 г. —№ 3. с.34-45

7. Чулкова В. А., Моисеенко В. М. Психологические проблемы в онкологии // Практическая онкология. — СПб.: Центр ТОММ, 2015 — № 3. — 151–157 с.

8. Lazarus R. S., DeLongis A. Psychological Stress and Coping in Aging. // American Psychologist. March, 1983. – P. 245-254

9. Placer J. Clinical utility of a multiprobe FISH assay in voided urine specimens for detection of bladder cancer and its recurrences compared with urinary cytology.// Eur. Urol.- 2012.-42.-P.547 -552.

10. Thurman S. A., De Weese T. L. Multimodality therapy for the treatment of muscle-invasive bladder cancer. Semin. //Urol. Oncol. — 2018.-18 (4).-P.313-322.

Literature

1. Gnezdilov A.V., Gubachev Yu. M. Terminal conditions and palliative therapy. — St. Petersburg: Publishing House of Chemical. z-da "Gideon Richter" A.O., 2015. — 462 p.

2. M. Ganich.K. Factors influencing the occurrence and course of oncological diseases // Successes of modern science and education. 2016. Vol. 4. No. 8. pp. 84-87.

3. Myasishchev V. N. Personality problems in psychology and medicine. Topical issues of medical psychology. L, 1974., pp.20-33

4. Myasishchev V. N. Psychology of relations. M., 1995., 290 p.

5. Thostov A. S. Personal reactions of men and women to oncological diseases / A.S. Thostov, A. N. Molodetskikh, K. Papyrin // Journal of Neurology and Psychiatry named after S. S. Korsakov. — 1981. — vol.2, No. 2,- pp.160-178.

6. Fisun E. V. A systematic approach in psychological work with cancer patients and their family members. // Journal of Practical Psychology and

Psychoanalysis, Moscow, 2014 – No. 3. pp.34-45

7. *Chulkova V. A., Moiseenko V. M. Psychological problems in oncology // Practical oncology. — St. Petersburg: TOMM Center, 2015 — No. 3. — 151-157 p.*

8. *Lazarus R. S., DeLongis A. Psychological stress and coping with aging. // American psychologist. March, 1983. — pp. 245-254*

9. *Placer J. The clinical usefulness of FISH multi-probe analysis in urine samples with emptying for the detection of bladder cancer and its recurrence compared to urine cytology. // Eur. Urol.- 2012.-42.-p.547 -552.*

10. *Turman S. A., De Viz T. L. Multimodal therapy for the treatment of muscle-invasive bladder cancer. Semin. // Urol. Oncol. — 2018.-18 (4).- Pp.313-322.*