

МОСКОВСКАЯ МЕЖДУНАРОДНАЯ АКАДЕМИЯ

На правах рукописи

ГАНИЧ МИХАИЛ КОНСТАНТИНОВИЧ

**ЗАЩИТНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ЛИЧНОСТИ И ТИПЫ ОТНОШЕНИЯ К
БОЛЕЗНИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

Специальность: 5.3.6. Медицинская психология

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени кандидата психологических наук
Том 1

НАУЧНЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ:
доктор психологических наук, профессор
Слободчиков Илья Михайлович

Санкт- Петербург – 2023

Содержание

ВВЕДЕНИЕ	4
Глава первая. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ЗАЩИТНЫХ МЕХАНИЗМОВ ЛИЧНОСТИ И ТИПОВ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ В КОНТЕКСТЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ТЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ	17
1.1. Онкологическое заболевание как фактор изменения жизни больного	17
1.2. Теоретические и методологические аспекты исследования совладающего поведения в ситуации онкологического заболевания	28
1.3. Защитные механизмы психики и специфика их проявлений в ситуации онкологического заболевания	38
1.4. Субъективное восприятие заболевания и типы отношения к болезни как фактор изменения картины мира личности	52
Глава вторая. ИЗМЕНЕНИЕ СИСТЕМЫ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫХ ЗАЩИТ И ТИПОВ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ КАК СИСТЕМА АКТИВАЦИИ СТРАТЕГИЙ СОВЛАДАНИЯ У ОНКОУРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.....	69
2.1. Общая структура и выборка исследования, установочное клиническое интервью.....	71
2.2. Результаты и интерпретация эмпирических процедур, связанных с исследованием защитных механизмов и типов отношений к болезни онкоурологических больных различной нозологии	86
2.3. Изменение отношения к значимым элементам в картине мира онкоурологического больного как основа психотерапевтической модели активации совладающего поведения.....	109
2.4. Результаты и интерпретация повторного (посткоррекционного) исследования.....	134
2.4.1 Описание результатов, полученных в ходе процедуры вторичного интервьюирования	134

2.4.2 Описание результатов, полученных в ходе повторных эмпирических процедур, связанных с исследованием защитных механизмов и типов отношений к болезни онкоурологических больных различной нозологии	143
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	177
БИБЛИОГРАФИЯ	182
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	Том 2

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. 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 (Старинский В. В., 2012; Мерабишвили В. М., 2012; Чулкова В. А., Вагайцева М. В., Карпова Э. Б., Леоненкова С. А., 2015 и др.).

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. Ряд авторов указывает, что с качеством жизни и характером отношения к болезни тесно связан медицинский прогноз течения заболевания (Ионова Т. И., 1998; Montgomery С., 1999; Герасименко В. Н., Тхостов А. Ш., 2002; Куприянова И. Е., 2000, 2012, Гнездилов А. В., 2007 и др.).

При этом лишь единичные работы рассматривают взаимосвязь субъективных эмоциональных переживаний онкологических больных, ряд личностных характеристик и возможности регуляции субъективного психоэмоционального состояния.

Значимость субъективной оценки больными своего физического и психологического состояния, по мнению многих исследователей, позволяет вносить содержательные изменения в программы изучения психогенных реакций и психосоциальных факторов адаптации к онкологической патологии (Семке В. Я., Гузеев А. Н., 1991; Куприянова И. Е., 2012; Стоянова И. Я., 2005, Герасименко В. Н., Тхостов А. Ш., 2002; Massie M. J., 2004; Новик А. А., Ионова Т. И., 2002; Чулкова В. А., Карпова Э. Б., 2005, 2012; Ahles et al, 2005; Levin T., Kissan W. D., 2007; Тиганов А. С., 2008; Вагайцева М. В., 2015).

Отдельное направление исследований в области изучения психологических аспектов поведения онкологических больных связано с анализом формирования моделей стресс-совладающего поведения (Бахтияров Р. Ш., Гнездилов А. В., 1999; Temoshok L., 2000; Petticrew M et al, 2002; Ворона О. А., 2004; Folkman S., 2004; Тарабрина Н. В., 2008, 2010, 2013).

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

Говоря о формировании отношения личности к онкологическому заболеванию, можно выделить несколько стадий психологической динамики этого отношения, начиная от собственно первичной реакции на информацию о возможности (реальности) наличия патологического процесса, психоэмоциональной адаптации к этой информации, в конечном итоге к её принятию (непринятию), далее — проживанию в условиях новых, кризисных, обстоятельств и адаптации к ним, и далее — формированию отношения к болезни и к себе как к больному. О взаимозависимости динамики течения заболевания и прогноза его развития, о фазовом процессе в контексте динамики психического состояния больного упоминают, в частности, В. А. Чулкова, Е. В. Пестерева (2010, 2017), рассматривая ситуацию взаимоотношений «психолог — онкологический больной».

Важно отметить, что, исследуя динамику отношения личности к тяжёлому заболеванию и к себе, как субъекту болезни, условную стадийность по аналогии можно рассматривать в случае любого тяжёлого диагноза. При этом специфика онкологического заболевания и, в частном случае, онкоурологического будет состоять в особенностях восприятия конкретного диагноза, не в последнюю очередь, связанную с существующими устойчивыми психологическими паттернами восприятия именно этой группы заболеваний. Фактически речь идёт о том, что личностные особенности заболевшего,

формальные и содержательные характеристики референтных ему групп (непосредственного окружения), с одной стороны, и модели профессионального взаимодействия с ним специалистов, с другой стороны, формируют систему значимых факторов влияния на его состояние. Трансформацию защитных механизмов психики и активацию стратегий совладающего поведения личности в этой связи уместно рассматривать, как систему сложных комплексных реакций, сопровождающих психологическую динамику переживания и изменения субъективного отношения к болезни и себе как заболевшему и соотносимых с ней.

Особую значимость в логике настоящего исследования приобретает возможность соотношения фаз принятия онкологического заболевания и динамики изменения психологических защит как следствие типа отношения к болезни.

Факт диагностики заболевания и даже предположение о возможности наличия онкологического заболевания, являясь сверхстрессом, кризисным обстоятельством жизни человека (Вагайцева М. В., 2015; Чулкова В. А. и др., 2000), изменяет не только обстоятельства его реального существования, но и в немалой степени — отношение к себе, к собственной жизни, заставляет обращаться к смысловым категориям, возможно, ранее не входившим в сферу активного внимания личности и, во-всяком случае, не являвшимся центром актуализации.

В этих условиях направленная активация и реализация защитных механизмов по отношению к ряду эмоциональных переживаний (гнев, вина, агрессия), в том числе экзистенциальной природы (тревога, одиночество, страх смерти), как следствие — формирование типа отношения к болезни, является своеобразной «внутренней платформой», на которой не только происходят изменения отношения к себе и к окружающему миру, что, в свою очередь, является элементом изменения картины мира больного, но и формируется психологический ресурс, позволяющий больному сопротивляться болезни. Учитывая, что категория «психологическая защита» многомерна, в рамках

профессионального контакта «психолог — онкологический больной» появляется возможность активировать и реструктурировать различные уровни защит, создавая индивидуальную модель, наиболее успешную для конкретного типа личности, в контексте совладания с конкретным видом переживаний в рамках течения болезни.

Сама категория «экзистенциальные переживания», что, в частности, в своих работах отмечают практически все исследователи, является особо важной и значимой в структуре поведения больного. Формирование и созревание этих переживаний, возможность их проживания, переживания и максимально свободное выражение в ситуации совместной со специалистом направленной профессиональной деятельности, проработка проблемных психологических «узлов» и принятие новой реальности, какой бы она ни была, нахождение себя в ней, обретение психологических опор в ситуации неопределенности жизненной перспективы, насыщение жизненного пространства ценностным содержанием и смыслами, нахождение (формирование) возможностей для смыслозначимой деятельности — всё это задачи психологического сопровождения онкологического больного (Пестерева Е. В., Кондратьева К. О., Чулкова В. А., Караваева Т. А., 2017). Эти задачи могут рассматриваться как элементы активации комплексного механизма совладания с острой тревогой, чувством изоляции и отчуждения, самоотчуждения, страхами, прежде всего со страхом смерти, и на этой основе — как механизм изменения картины мира личности, в которую органически встраивается представление о себе и своем заболевании (Никольская И. М., Грановская Р. М., 2007, 2014).

Возможность изменения картины мира больного вследствие изменения отношения к себе на основе анализа своих эмоций не только позволяет лучше понять специфику переживания личностью болезненного состояния, но и расширить представление о возможностях повышения качества и улучшения механизмов реализации стратегий совладания с заболеванием.

В этой связи анализ динамики отношения больного к своему заболеванию, анализ динамики изменения защитных реакций и процесса

изменения отношения к болезни является проблемой исследования особой актуальности, важности и значимости как в теоретическом, так и в прикладном аспекте.

Задача облегчения психологических переживаний больного, нахождение возможностей для активации системы защитных реакций по отношению к сложным и специфическим эмоциональным переживаниям, направленное формирование у больного не пассивного принятия ситуации и защиты — страха, а принятия — понимания (по логике И. Ялома), и в этой связи развития позиции активного сопротивления через осознание и повышение личностной субъектной активности вне контекста динамики и прогрессии заболевания — вот идейная подоплёка настоящей исследовательской работы.

Цель исследования: изучить взаимосвязь защитных механизмов и типов отношения к болезни у онкоурологических больных.

Объект исследования: система экзистенциальных переживаний, защитные механизмы, отношение к болезни как элементы картины мира онкоурологического больного.

Предмет исследования: особенности проявления эмоциональных переживаний, в том числе экзистенциальной природы, процесс активации и реализации защитных механизмов, проявленность типов отношения к болезни онкоурологических больных различной нозологии.

Задачи исследования:

1. Представить анализ элементов картины мира личности онкологического больного и факторов ее изменения.

2. Проанализировать и описать теоретико-методологические подходы к пониманию защитных механизмов личности, динамики их изменения в условиях здоровья и болезни с учётом специфики онкологических заболеваний.

3. Проанализировать научные основания исследований типов отношения к болезни (с учётом специфики онкологических заболеваний), рассмотреть их взаимосвязь с проявлениями экзистенциальных переживаний больных.

4. Исследовать и описать субъективные особенности экзистенциальных

переживаний и специфику проявлений защитных механизмов по отношению к ним на примере онкоурологических больных.

5. Исследовать и описать типы отношения к болезни у онкоурологических больных с учётом динамики заболевания.

6. Выявить и описать взаимосвязи активации и изменения защитных механизмов у онкоурологических больных и типов отношения к болезни.

7. Апробировать и описать методы психологической работы с онкоурологическими больными, направленные на активацию механизмов совладания и моделирование индивидуально-типологических групп защит.

Гипотезы исследования:

1. Изменение типа отношения к болезни онкоурологического больного связано с изменениями системы защитных реакций.

2. Существуют гендерные различия в проявлениях системы защитных реакций и типов отношения к болезни онкоурологических больных различной нозологии.

3. Изменение типа отношения к болезни и активация субъектно значимых элементов картины мира онкологического больного в виде позитивных смысловых, содержательных, эмоционально-образных фрагментов формирует систему экзистенциально-ресурсных образований, частично восстанавливая защитные механизмы в отношении негативных проявлений экзистенциальных переживаний и, как следствие, активируя стратегии совладающего поведения.

Теоретико-методологическую основу исследования составили:

— положения концепции В. Н. Мясищева о личности как системе отношений;

— базовые положения гуманистической и экзистенциальной психологии (Л. Бинсвангер, Д. Бьюдженталь, А. Маслоу, Р. Мэй, К. Роджерс, В. Франкл, А. Г. Асмолов, Д. А. Леонтьев, В. А. Петровский, Е. Ф. Яценко и др.);

— положения концепции отношения к болезни (Личко А. Е., Иовлев Б. В., Карпова Э. Б., 1983);

— положения теории М. В. Новиковой-Грунд о взаимосвязи элементов

картины мира с клинической картиной и динамикой заболеваний различной этиологии;

— представления о многофакторной детерминации развития и течения онкологических заболеваний (J. Holland, S. Greer и др.).

— элементы экзистенциального подхода к изучению значимых эмоциональных переживаний (И. Ялом, В. Франкл);

— положения концепции совладания со стрессом (R. Lazarus).

Особую значимость в контексте настоящего исследования имеют представления И. М. Никольской и Р. М. Грановской о психологической защите и защитных механизмах личности, а также ряд представлений и идей Р. М. Грановской в области психологии веры.

Настоящее исследование также опирается на научные труды в области психологического сопровождения онкологических больных Санкт-петербургской научной школы онкопсихологии (Д. П. Берёзкин, Е. В. Демин, А. В. Гнездилов, В. А. Чулкова, Э. Б. Карпова, М. В. Вагайцева и др.), исследования в области психологической реабилитации (в том числе онкологических больных) в рамках клинической психологии (Н. В. Козлова, Н. Е. Куприянова, И. Я. Стоянова, М. Г. Ивашкина, М. А. Егикян, О. В. Лукьянов, А. А. Стайпек).

Методы и методики исследования:

I. Теоретический анализ и обобщение данных научной литературы.

II. 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 на выявление содержательных и смысловых элементов экзистенциальных переживаний, по поводу которых, в контексте онкологического заболевания, формируется система защитно-компенсаторных

реакций: интегративный тест тревожности — комплексная методика на выявление уровней тревоги и фобических реакций; методика субъективного ощущения одиночества; госпитальная шкала тревоги и депрессии; опросник страха прогрессирования заболевания;

3) группа методик, связанная с исследованием защитных механизмов личности: опросник для исследования психологических защит от тревоги, связанной с экзистенциальными проблемами, шкала экзистенций (А. Лэнгле — К. Орглер);

4) методики, непосредственно связанные с исследованием типов отношения к болезни и стратегий совладающего поведения: ТОБОЛ, ИЖС (индекс жизненного стиля), копинг-тест А. Хайми.

По результатам проведения психологической работы, носящей психотерапевтический характер и направленной на прояснение (проработку) проблемных переживаний пациентов, изменение элементов актуальной картины мира, была проведена серия повторных экспериментально-диагностических процедур.

В процессе проведения всех диагностических и коррекционно-терапевтических процедур также использовались: включённое наблюдение, беседы, анализ экспертных интервью (лечащий персонал, клинические психологи, родственники больных).

Эмпирическая база исследования: В первую группу вошли 62 пациента в возрасте от 51 до 65 лет (30 мужчин и 32 женщины), имеющие диагноз «почечно-клеточный рак», равномерно распределенные между тремя лечебными стратегиями.

Во вторую группу вошли 60 пациентов: 30 мужчин и 30 женщин от 47 до 61 года, имеющие диагноз «рак мочевого пузыря», равномерно распределенные между тремя лечебными стратегиями.

Для решения вопроса об эффективности системы психотерапевтической (коррекционной) работы, реализуемой автором в процессе диссертационного проекта, на этапе формирования выборки для исследовательских практик была

определена необходимость участия контрольной группы пациентов, которая соответствовала всем параметрам выборочной совокупности (65 пациентов: 33 мужчины и 32 женщины от 47 до 65 года, наличие диагноза и определенной медицинской стратегии), проходила все процедуры исследовательского этапа, однако не принимала участие в коррекционной работе.

Надежность и достоверность результатов исследования обеспечиваются соответствием материала инструментальных методик разработанному теоретическому конструкту, а теоретического конструкта — избранному методологическому подходу. Также достоверность исследования обеспечивается подборкой научной литературы по теме; репрезентативностью и объемом выборок респондентов; качественной и количественной обработкой экспериментальных данных и статистической значимостью полученных закономерностей; комплексным характером использованных методов исследования.

Научная новизна исследования состоит в том, что впервые в отечественной практике проведён комплексный анализ взаимосвязей защитных реакций и типов отношения к болезни в контексте особенностей онкоурологических заболеваний;

— на ранее не изученной выборке представлен анализ эмоциональных переживаний, в том числе система защитных реакций, как элементов картины мира онкоурологического больного;

— впервые исследованы факторы изменения элементов картины мира онкоурологического больного в контексте активации защитных механизмов, стратегий совладающего поведения;

— впервые представлен сравнительный анализ проявлений защитных реакций и типов отношения к болезни онкоурологических больных различной нозологии;

— впервые с учётом нозологической специфики онкоурологических больных проанализирована динамика изменений отношения к болезни во взаимосвязи с защитными реакциями;

— впервые исследована гендерная специфика изменения системы защитных механизмов личности во взаимосвязи с динамикой отношения к болезни;

— в рамках анализа психологического сопровождения онкоурологических больных проанализированы и описаны возможности ряда психотерапевтических подходов и техник в восстановлении (позитивном изменении) элементов картины мира в части смысловых, содержательных, эмоционально-образных элементов, в нахождении больным экзистенциально-ресурсных образований в реальности болезни и ее восприятии.

В контексте исследования картины мира онкоурологического больного рассмотрены элементы развития психической ригидности, как защитно-компенсаторного механизма личности, определена роль ригидности, как личностной и поведенческой переменной в регуляции системы стратегий совладания.

Теоретическая значимость исследования состоит:

— в расширении и углублении представлений о психологических особенностях личности онкоурологических больных различной нозологии, о возрастной и гендерной специфике восприятия заболевания; о закономерностях формирования я-концепции и особенностей самосознания онкоурологических больных с различным прогнозом течения заболевания;

— в существенном дополнении знаний о структуре мотивационных компонентов жизненных стратегий и факторах изменения картины мира личности онкоурологического больного;

— в развитии представлений о взаимосвязях между сформированностью и активацией защитных механизмов и отношением к болезни у онкоурологических больных различных нозологических групп;

— в получении нового знания об особенностях развития и взаимосвязях значимых личностных характеристик с представлениями о болезни на примере конкретных групп онкологических заболеваний; о гендерных особенностях переживания и проживания кризисных жизненных ситуаций, особенностях

экзистенциальных переживаний; гендерной специфике формирования защитных реакций по отношению к экзистенциальным переживаниям;

— дополнении представлений о взаимосвязи элементов картины мира заболевшего и динамики психоэмоционального состояния больного. Получено качественно новое знание о процессах формирования защитных и компенсаторных механизмах личности онкологического больного.

Практическая значимость исследования состоит в том, что:

— результаты исследования вносят вклад в понимание специфики процесса интегративного психологического консультирования в ситуации сопровождения онкологического больного и его референтного окружения;

— на эмпирической выборке расширены и дополнены представления и знания о возможностях интеграции психологического консультирования с граничными областями практической психологической деятельности в контексте работы со сложной клинической и психолого-психотерапевтической проблематикой;

— расширены и углублены представления о закономерностях, структурно-системных и содержательно-смысловых процессах, происходящих в процессе психолого-психотерапевтического сопровождения онкологического больного, в свою очередь это расширяет и дополняет представление о возможностях повышения эффективности психологического и психотерапевтического сопровождения больных и членов их семей в условиях онкологического стационара и за его пределами;

— обновлено и конкретизировано знание о возможностях активации стратегий совладающего поведения и моделировании поведенческих защитных механизмов, соотносящихся с типологическими и индивидуальными особенностями личности, восприятием больным своего заболевания и типом отношения к болезни;

— эмпирически подтверждена идея о возможностях анализа ценностно-смысловых компонентов картины мира личности, как инструмента создания системы психологической поддержки онкологического больного, активации и

стабилизации стратегий совладания, ослабления системы сформированных страхов (фобических реакций).

Полученные данные могут быть использованы как материал для консультирования, психокоррекционной и психотерапевтической работы с онкологическими больными. На основе полученных данных и апробированных методов и методик возможно создание ряда обучающих материалов лекционного и прикладного характера с возможностью использования, как в клинической психотерапевтической практике, так и с целью применения в качестве материала при обучении студентов, ординаторов, в процессе формирования программ курсов повышения квалификации.

Положения, выносимые на защиту:

1. Картина болезни, субъективное представление заболевшего о ней и о себе как субъекте болезни, являясь частью динамики картины мира онкобольного, существенно влияет на специфику формирования у него системы защитных реакций, механизмов совладающего поведения и в этой связи является центральным фактором психологических (психоэмоциональных) изменений личности, как следствие — существенным психологическим фактором динамики развития заболевания.

2. Защитные механизмы у онкологических больных взаимосвязаны с типами отношений к болезни, при этом они не связаны (не зависят) с типом онкологического заболевания, его нозологией, не имеют существенной зависимости от пола и возраста, но их активация существенно зависит от картины мира личности и динамики ее изменения, в связи с включением картины болезни.

3. Система активации позитивных защитных реакций, формирование, развитие и укрепление элементов совладающего поведения у онкобольных является безусловной и неотъемлемой частью изменения их картины мира (изменения отношения к картине болезни (как части картины мира) и себе как субъекту заболевания), в этой связи направленное изменение картины мира (в рамках психотерапии и психокоррекции) является механизмом активации

позитивных защитных реакций и укрепления системы совладающего поведения больного, страдающего онкологическим заболеванием.

Структура диссертации. Диссертация состоит из введения, двух глав, заключения, библиографического списка использованной литературы, приложений. Библиографический список литературы включает 214 источников.

ГЛАВА ПЕРВАЯ ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ЗАЩИТНЫХ МЕХАНИЗМОВ ЛИЧНОСТИ И ТИПОВ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ В КОНТЕКСТЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ТЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

1.1. Онкологическое заболевание как фактор изменения жизни больного

Представление о том, что кризис, связанный с тяжелым заболеванием, затрагивает многие структуры личности, отражено во многих исследованиях. Отмечается, что негативный характер переживаний затрудняет преодоление кризисов (Николаева Н. Н., 1987; Непомнящая Н. И., 1998; Лебедев И. Б., 2002), изменение в восприятии себя и своей жизни (Гнездилов А. В., 1977; Исаев Е. И., 1998), изменения в ценностно-мотивационной и смысловой сферах личности (Асмолов А. Г., 1990; Марилова Т. Ю., 1984; Тхостов А. Ш., 1984; Бурлачук Л. Ф., 1998), в социально-профессиональной сфере и в деятельности (Герасименко Н. Н., 1983; Демин Е. В., 1995; Асеев А. В., 1996).

Можно рассматривать влияние онкологического заболевания на психическую деятельность в двух аспектах. С одной стороны, этот диагноз, по мнению многих, традиционно относится к группе неизлечимых и уже сам по себе способен нанести серьезную психологическую травму. С другой стороны, необходимость подвергнуться оперативному вмешательству, исход которого не всегда точно можно предсказать, вызывает тяжелейший стресс.

Многие авторы (Демин Е. В., Чулкова В. А., 1995; Асеев А. В., 1996; Блинов Н. Н., 1996) говорят о «психологическом кризисе» страдающих онкологическим заболеванием, который характеризуют тревогой, чувством безнадежности, неопределенности, пессимистической оценкой будущего. Николаева Н. Н. (1987) считает, что человек, попадающий в ситуацию тяжелой болезни, сталкивается с ломкой стереотипов, созданных прежней ситуацией развития.

В условиях тяжелого соматического заболевания возникает новая жизненная ситуация, разрушающая создавшуюся до болезни структуру личности (Зейгарник Б. В., 1979).

Влияние кризиса, обусловленного онкологическим заболеванием, на личность и ее развитие в большей степени исследовано в зарубежной психологии в силу ее практической направленности, причем многие исследования посвящены изучению патологических последствий кризиса.

Проблема исследования особенностей личности онкологических больных рассматривается отечественными авторами с точки зрения отдельных аспектов. Так, социальный аспект личности (качество жизни онкологических больных как социальная проблема, влияние социальной сферы на состояние человека, социальные контакты на разных стадиях заболевания, социальная реабилитация инвалидов и др.) исследован в работах таких авторов, как Андреева О. С., Антипова Г. В., Барчук А. С., Бацков С. С., Блинов Н. Н., Бялик М. А., Великолуг А. Н., Великолуг Т. И., Войтенко Р. М., Гнездилов А. В., Гришина Л. П., Дементьева Н. Ф., Демин Е. В., Дрегалю А. А., Добровольская Т. А., Дятченко О. Т., Захарьян А. Г., Зелинская Д. И., Ионова Т. И., Исаев И. И., Казнин Ю. Ф., Казаков М. С., Кайнд П., Ковшарь Ю. А., Конищев В. А., Куценко Г. И., Лаврова Д. И., Либман Е. С., Манихас Г. М., Мерабишвили В. М., Морозова Г. Ф., Нечкин Б. В., Новик А. А., Пузин С. Н., Степанова Е. В., Субетто А. И., Сусллова М. Ю., Ушаков Е. В., Холостова Е. И., Худолей В. В., Чулкова В. А., Шабашова Н. Я., Шабалина Н. Б., Эффендиев М. К. и др. Экономический аспект существования личности (экономические потери людей вследствие заболевания, затраты на лечение, и т. п.) рассмотрен в работах следующих авторов: Аксель Е. М., Анташкова Н. Н., Беляев Д. Г., Великолуг А. Н., Великолуг Т. Н., Галкин Е. Б., Двойрин В. В., Дятченко О. Т., Залятина Н. А., Ковалев Г. А., Когаленко В. Я., Манихас Г. М., Мерабишвили В. М., Михин А. Е., Новик А. А., Новиков Г. А., Орлов О. А., Осипова Н. А., Пирковская Т. Н., Поздняков В. В., Прейс В. Г., Прохоров М. Б., Рябов Ю. В., Смирнов А. И.,

Старинский В. В., Хансон К. П., Чиссов В. И., Шабашова Н. Я., Шамшурина Н. Г. и др. Психологический аспект личности в условиях тяжелого соматического заболевания (влияние заболевания на психологический статус больного и его семьи, взаимоотношения с близкими, самовосприятие от нормы к патологии, психологическая реабилитация) изучали: Барчук А. С, Беляев Д. Г., Блинов Н. Н., Бялик М. А., Великолуг А. Н., Великолуг Т. И., Войтенко Р. М., Володин Б. Ю., Володина Л. Н., Ганцев Ш. Х., Гнездилов А. В., Демин Е. В., Дергало А. А., Занадворов М. С., Зотов П. Б., Комяков И. П., Куликов Е. П., Лактионова А. И., Манихас Г. М., Менделевич В. Д., Моисеенко Е. И., Николаева В. В., Новиков Г. А., Припутин А. С, Пушкова Э. С., Рахматулин А. Г., Саймонтон С., Саймонтон К., Савин А. И., Слуцкий А. С, Тхостов А. Ш., Урядницкая Н. А., Усманский С. М., Чаклин А. В., Черникова Т. В., Чулкова В. А., Шиповников А. А., Шилко В. А., Юлдашев В. Л. и др. Юридический аспект (правовые акты, касающиеся данной сферы) описали Валентей Л. В., Юркин Г. Медицинский аспект личности (медицинское качество жизни больных с опухолями различной локализации, хосписное обслуживание онкологических больных с целью оказания качественной паллиативной помощи) рассматривали: Аксель Е. М, Барина Н. Н., Барчук А. С, Волков О. Н., Гнездилов А. В., Гоцадзе Д. Т., Довгалюк А. З., Зеленская Т. М., Ионова Т. И., Каган А. В., Ковалев Г. А., Липтуга М. Е., Манихас Г. М., Миллионщикова В. В., Михновская Н. Д., Новик А. А., Новиков Г. А., Петрова Г. В., Пирцхалаишвили Г. Г., Плавунцов Н. Ф., Ременник Л. В., Столяров В. И., Старинский В. В., Тришкин В. А., Фролова А. И., Чиссов В. И. и др. Проблемой оптимизации работы с онкологическими больными занимались: Асеев А. В., Барчук А. С, Блинов Н. Н., Горбунов В. Я., Дементьева Н. Ф., Демин Е. В., Дятченко О. Т., Емельянов Д. Е., Комяков И. П., Константинова М. М., Лазо В. В., Манихас Г. М., Мерабишвили В. М., Мурашева З. М., Припутин А. С, Хансон К. П., Чайковский Г. Н., Чулкова В. А., Шабашова Н. Я., Ярицин С. С. и др.

Онкологическая болезнь является серьезным источником стресса для

любого человека и его семьи. Это заболевание рядом авторов считается хроническим из-за продолжительности, сложности лечения, восстановительного периода, риска для жизни и многих других факторов. Различные исследователи (Patterson J. M., Garwick A. W.) выявили универсальные проблемы в семьях с онкопатологией, которые можно разделить на четыре группы [58]:

1. Эмоциональные трудности, которые могут возникнуть в отношениях между родителями и детьми, супружеской диаде, расширенной семье.

В контексте детско-подросткового возраста эти трудности А. Я. Варга рассматривала как реакцию семейной системы на стрессовую ситуацию болезни ребенка. Примечательно, что характер стресса и личные особенности членов семьи влияют на интенсивность и продолжительность эмоциональных расстройств [11].

2. Функциональные трудности, которые искажают различные аспекты жизни членов семьи в следующих областях:

- профессиональные достижения, карьерный рост, самореализация членов семьи;
- возможности для семейного досуга и отдыха;
- распределение функций и обязанностей.

3. Трудности, связанные с взаимодействием в обществе. Эти трудности имеют две стороны. Заболевший человек боится реакций окружающих его людей с учётом того, что спектр этих реакций может быть очень широк и сложен для эмоционального восприятия и переживания. В случае с детьми (подростками) родственники боятся негативных реакций друзей и соседей, стыдясь изменений во внешности ребенка, обеспокоены физической и эмоциональной уязвимостью ребенка и ограничивают его контакты. Следовательно, практически неизбежно, в той или иной степени, возникает социальная изоляция. Важно понимать, что вне зависимости от возраста, в связи с проявленностью заболевания и его развитием возникает и ряд острых

переживаний экзистенциального характера — ощущение одиночества, обострение чувства вины, обиды, незаслуженности «наказания», жизненной незавершённости и др. Важно также отметить, что сам факт возникновения онкозаболевания является условным маркером изменения личностно-смысловой структуры, в частности, в сторону внезапного взросления (как это нередко происходит в случае с детьми и подростками), переосмысления жизненных ценностей или же, напротив, формирования ряда специфических защитно-приспособительных (защитно-заместительных) реакций инфантильного типа.

4. Финансовые проблемы, вызванные функциональными изменениями в жизни семьи на фоне серьезной болезни взрослого или ребенка.

Все группы трудностей не существуют изолированно, они взаимосвязаны и дополняют друг друга.

Также анализ литературы позволяет выделить специфические факторы, которые оказывают серьезное влияние на возникновение и интенсивность переживания эмоциональных трудностей онкологическими больными.

Во-первых, характеристики болезни (прогноз на выздоровление, последствия болезни и лечения, возможная инвалидность, болевые ощущения) накладывают отпечаток на эмоциональное состояние пациента и, соответственно, на психологический климат в семье.

Во-вторых, Р. Б. Мирошкин выделяет трудности, связанные с пребыванием в стационаре, а именно: когда пациент впервые попадает в отделение онкологии, диагноз в большинстве случаев поставлен совсем недавно. Столкновение с правилами больницы, знакомство с новыми обязанностями, переживания из-за проводимых процедур вызывают значительную фрустрацию, особенно на начальном этапе лечения. Таким образом, на первых стадиях болезни пребывание в стационаре в подавляющем большинстве случаев является для больных психотравмирующим.

Страх выписки после длительного пребывания в стационаре также является стрессовым фактором. Во время длительного пребывания в отделении происходит привыкание к больничным условиям. Семьи перестраивают свою жизнь в соответствии со сложившимися условиями. Тревожные настроения обостряются к моменту выписки, когда возникает понимание необходимости заново налаживать свою жизнь за пределами больницы.

Взрослые онкологические пациенты, в особенности на первых этапах принятия и осознания факта своего заболевания, нередко проявляют возвратные (детско-подростковые) элементы эмоциональных и даже поведенческих реакций, за тем исключением, что, вне зависимости от уровня принятия родными и близкими ситуации и степени их эмоциональной, личностной и физической включённости в систему адаптации к болезни близкого человека, прямой перенос матрицы детско-родительских отношений невозможен. В ряде случаев это является источником дополнительного внутриличностного конфликта (кризиса) для самого заболевшего взрослого: ощущение беспомощности, незащитности, острое желание вернуться в детство, специфические страхи, острая, до болезненности, необходимость принятия на себя ответственности за реальность ситуации, входящая в конфликт с желанием эту ответственность с себя снять, переложив на «родителя». В этой связи особенно актуализируется роль и значение фигуры психолога-психотерапевта, который сознательно или неосознанно берёт на себя роль «защитной» фигуры по отношению к заболевшему. Отдельным важным акцентом необходимо отметить у взрослых пациентов, в особенности обладающих цельной, сильной структурой личности, переживание гнева, бессилия и чувства острого стыда за собственную слабость, заключающуюся в невозможности справиться с существующей кризисной ситуацией.

Ряд авторов выделяют такие особенности личности, определяющие возникновение и развитие онкологического заболевания, как инфантильность, алекситимичность (невозможность оценить и описать свое состояние),

закрытость эмоциональной сферы, а также высокий уровень неэффективных архаических психологических защит и отсутствие эффективных копинг-стратегий. Итак, заболевание раком можно связать с личностной диспозицией, описываемой как подавление эмоций, беспомощность и подавленность [34].

Множество исследований показало, что факт осознания больным своего онкологического заболевания приводит к существенным изменениям личности. Среди основных факторов, влияющих на психику больных, можно выделить: фатальный характер диагноза, несмотря на успехи онкологии; калечащие операции и лечение; отсутствие гарантий против возникновения рецидивов и метастазов [34].

Было выявлено несколько естественных этапов, на которых проявляются те или иные личностные расстройства раковых больных: 1) диагностический; 2) этап поступления в стационар; 3) предоперационный; 4) постоперационный; 5) этап выписки; 6) катамнестический этап [15].

Два первых этапа — одни из важнейших по выраженности реакций и по возможности определять их дальнейшую динамику. В это время больной впервые сталкивается непосредственно с фактом подозрения на онкологическое заболевание или с его наличием. Независимо от локализации и стадии основного онкологического процесса, возраста, пола, образования, можно фиксировать наличие у больных эмоционального напряжения, которое формирует психогенные реакции главным образом тревожно-депрессивного и дисфорического характера. Как результат вторичной психологической реакции могут наблюдаться угнетение психических функций, астения и различного рода психозы, а также суицидальные попытки [21]. При этом большую роль в выраженности эмоционально-личностных реакций играет степень информированности больных о своём заболевании и оценка их собственной психологической готовности к получению истинных данных о диагнозе. Различные исследования констатируют направленное желание и потребность большинства больных знать истинную природу заболевания и необходимые

подробности лечения уже на этих этапах [21]. Узнав о своём диагнозе, больной проходит ряд последовательных стадий, характеризующих специфику эмоционально-психологического реагирования на болезнь. Е. Кюблер-Росс описала 5 фаз процесса, которые могут быть пройдены больным: 1) отрицание и изоляция (больной отказывается принять свою болезнь); 2) гнев и агрессия; 3) фаза «торговли» (поиск методов лечения); 4) депрессия и отчуждение; 5) смирение, принятие болезни и выстраивание новой жизненной стратегии [15].

На этапах, связанных с операцией, отмечается прямая зависимость между степенью калечащей операции, определяемой местом поражения, и выраженностью эмоциональных расстройств. Так, у больных с экстирпацией прямой кишки имеются более тяжёлые эмоциональные расстройства, чем у больных с резекцией [15].

Говоря об этапах, связанных с операцией (об этом речь ещё пойдёт ниже, отдельно), особо обращает на себя внимание группа стомированных больных, изучаемых в настоящей работе. Практически все они оказываются психологически не подготовленными как к самому факту операции и её хирургическим последствиям, так и к жизнедеятельности со стомой. Больные, которым показана восстановительная операция, и те, которым предстоит прожить со стомой долгое время, имеют и общие черты, и различия. Все пациенты склонны концентрироваться на своих проблемах и решать их автономно. Для них характерна неадекватность самооценки, социальная дезадаптация, высокий уровень аутоагрессии, эмоциональная нестабильность, отвержение близости с другими. Те пациенты, кто не подлежит восстановительной операции, используют нерациональные способы психологической защиты, обидчивы, агрессивно-беспокойны, личностно-тревожны, неадекватны в восприятии своего тела, пространства жизнедеятельности, отказываются от описания схемы тела, боятся, что люди избегают их из опасности заразиться, испытывают при этом стыд, сокращают контакты и общение [27].

Онкологические болезни, как и другие тяжелые заболевания, у многих больных вызывают волнения, тревогу, страх. Их волнуют мысли о том, как будет проходить болезнь и насколько она опасна для жизни, поскольку среди людей бытует ошибочное мнение, что рак — болезнь неизлечимая. Сопутствующие психоэмоциональному состоянию отрицательные эмоции, напряжение или депрессия могут усугубить течение болезни. Имеющиеся в мировой научной литературе сведения о влиянии эмоциональных отклонений на онкологических больных свидетельствуют, что не только течение заболевания, но и социально-психологическая реабилитация больного, возвращение его к активной полноценной жизни в семье и обществе, снижение риска повторного заболевания во многом зависят от отношения человека к болезни, его душевного состояния, воли, активной позиции, направленной на борьбу с недугом [5].

Психика больного раком в период развития болезни во многом аналогична психике больного, страдающего любым тяжелым соматическим заболеванием. Для начального периода характерны определенные особенности психики, связанные с болезненным процессом. Во время установления диагноза психические расстройства исчерпываются психогенными проявлениями. И вначале это, как правило, страх перед диагнозом.

Б. Е. Петерсон выделяет четыре периода в психическом состоянии онкологического больного: предмедицинский, амбулаторный, стационарный и период диспансерного наблюдения.

Вначале больной раком старается не придавать своей болезни значения, он не обращает на нее внимания, «бежит» от нее. При раке, в его начальных стадиях, нет больных, аггравирующих свое состояние, или больных с ипохондрической фиксацией на болезненных ощущениях. Никто из них не бравировует болезнью, но и не считает болезнь позором. В этом периоде (до окончательного установления диагноза) суицидальные попытки редки. Пониженное настроение не достигает выраженной степени депрессии, но ощущение полноты жизни

утрачивается. Успехи на работе, приятные жизненные события не вызывают прежней радости. Внимание приковано к подозрениям на болезнь. Все окружающее и собственное ощущение оценивается исходя из этого подозрения. Появляется некоторая отгороженность от окружающих. Больной становится более подверженным внушениям со стороны окружающих. В его сознании стойко фиксируются различные сообщения о болезни, оценка симптомов и проявлений. В этот период обостряются и особенности личности. Так, при наличии психастенических черт могут наблюдаться метания больного от одного врача к другому, то отчаяние, то надежда. Предаётся пассивно судьбе мечтатель, замыкается и молчит, волевой «вытесняет», игнорирует опасность истерик.

Начальный период, во время которого изменения психики выражены отчетливо, сменяется «диагностическим», когда больной так или иначе узнает о своем заболевании.

В картине психических нарушений ведущей становится аффективность. Этот период продолжается несколько недель, а затем выраженность аффективных переживаний сглаживается, больной приспосабливается к новой ситуации.

В диагностический период психогенная реакция редко достигает по выраженности психотической. Эта реакция может выражаться в патологическом спокойствии, пассивности, фантазировании, визуализации своих навязчивых мыслей и опасений, замене и даже как бы анализировании угрожающих представлений.

Но с этого времени начинается борьба активной человеческой личности с надвигающейся грозной опасностью. На эту борьбу мобилизуются инстинктивные силы, эффе́ктивность, перестраивается интеллектуальная работа, меняется отношение к внешнему и внутреннему миру.

В «развернутой» фазе заболевания у больных имеются серьезные поражения и нарушения функции внутренних органов. От больных в конечной стадии они отличаются тем, что у них сохраняется способность поддерживать

необходимый баланс обмена, признаваемая врачами возможность объективного улучшения состояния и отсутствие заметных признаков безнадежности.

Некоторым произведена операция, другие готовятся к ней, получают специальное лечение (лучевая, химиотерапия), т. е. в этой фазе это больные онкологических стационаров. Фон переживаний астенически тоскливый, наблюдается некоторая заторможенность. Такие больные не выносят даже слабую боль, не переносят уколов, вливаний. Речь, внешний вид, позы, лицо больного становятся монотонными и однообразными.

Некоторые авторы (К. А. Скворцов, В. А. Ромасенко) отмечают онирические состояния: больные, лежа в постели с закрытыми глазами, видят перед собой движущиеся образы, сцены. Ориентировка при этом сохранена — это пассивное своеобразное созерцание наяву. Иногда бывают элементарные галлюцинации, фигуры людей, закутанные в покрывала, шорохи, бормотания, журчание, запахи сырости, листьев в лесу. Появляются тревожность и подозрительность: их неправильно лечат, путают лекарства, дают вредные вещества, проводят эксперименты, соседи говорят что-то недоброжелательное, намекают, показывают глазами. Это выявляется при тщательном расспросе и носит характер бредоподобных сомнений.

При длительном течении болезни иногда улавливается связь психических расстройств с определенной локализацией болезненного процесса. Так, при раке прямой кишки после длительного периода без видимых расстройств, появляется чувство страха, тревоги и вместе с тем вялости. Они лежат, как правило, молча, устремив взгляд в пространство. В более поздние периоды на больном лежит печать отрешенности, но обычно в глубине души такой больной полон надежд на выздоровление.

Период полного развития болезни характеризуется наличием соматогенных изменений психики. На первое место выступает астено-депрессивный фон переживаний. Активные силы личности используются для осуществления истинного или символического выхода из болезни.

Суицидальные попытки, как правило, не встречаются.

Раковые психозы наблюдаются в виде онирического делирия, депрессий, параноидных вспышек. Часто имеются бредоподобные сомнения, иллюзии, гипнагогические галлюцинации, тревожно-депрессивная сосредоточенность, падение высших волевых функций.

Внутренний мир больного характеризуется блеклыми красками. Меняется восприятие времени, оно идет быстрее.

Личность больного в терминальной стадии остается сохранной, но интеллектуальная напряженность и целеустремленность падает. Речь меняется в связи с истощаемостью. Аффекты слабеют. Содержание психического мира редуцируется, критика слабеет, нарастает внутренняя изоляция. Предсмертный период у ряда больных лишен переживания страха смерти. Представление о гибели подвергается так называемому вытеснению, «отчуждается собственная болезнь».

Страх, тревога, напряжение — все эти явления, безусловно, имеют объяснение, если рассматривать диагноз «рак» как психотравмирующий фактор, вызывающий психологический стресс. Под психической травмой понимается вред, нанесенный психическому здоровью человека в результате интенсивного воздействия неблагоприятных факторов среды или остроэмоциональных, стрессовых воздействий других людей на его психику [5]. Таким образом, различные эмоциональные реакции — страх, тревога, переживания — формируют единую картину эмоционального стресса.

1.2. Теоретические и методологические аспекты исследования совладающего поведения в ситуации онкологического заболевания

Попытки исследовать личностные особенности через поведенческие стратегии способствовали развитию направления, связанного с изучением особенностей стилей совладания с жизненными трудностями и стрессовой

ситуацией (копинг-стратегий). Одной из трудностей в этом направлении исследований явилось наличие разных подходов к пониманию адаптивности разных видов копинга, о чем свидетельствует достаточно большое количество различных классификаций стратегий копинг-поведения. Возможно, различиями в подходах к изучению копинга объясняется противоречивость получаемых результатов. Так, в одних исследованиях не подтверждается влияние на выживаемость стратегий совладания (дух борьбы, беспомощность/безнадежность, отрицание, избегание), другие исследователи указывают на важность для выживания таких факторов, как способность к действию и изменению, использование приемов самопомощи, свидетельства о том, что пациенты, у которых стиль совладания характеризуется «тревожной поглощенностью» или «беспомощностью», часто плохо адаптируются, по сравнению с теми, кто демонстрируют «бойцовский дух». Представители отечественной школы изучения психологических реакций у больных онкологическими заболеваниями, выделяют среди факторов, влияющих на прогноз течения болезни, «степень эмоциональной реакции на само заболевание», «утрату чувства контроля, страх боли и увечья, самоизоляцию и чувство одиночества». Так, в частности, в исследованиях Н. В. Тарабриной (2008) было показано, что развитию стрессовых расстройств способствуют негативные базисные убеждения о ценности и значимости собственного «Я», своей удачливости и способности контролировать ситуацию, а также представления о недоброжелательности окружающего мира. Было установлено, что «посттравматические стрессовые реакции отягощают течение онкологического заболевания и оказывают негативное воздействие на иммунный статус пациентов, что увеличивает риск рецидива заболевания». Описываемые в некоторых зарубежных исследованиях особенности поведения онкологических больных, такие как «потеря времени перед первым посещением» и «подавление дисфорических эмоций», последователи этого исследовательского направления относят к избегающему копингу.

Исследование, проведенное Г. Ю. Айзенком и включавшее предварительное обучение адаптивному совладающему поведению здоровых людей, как считают исследователи, подтвердило роль совладающих копинг-стратегий. Через 13 лет в контрольной группе (составленной аналогично экспериментальной) от рака легкого умерли 16 человек, в экспериментальной (в которой проводилась психотерапия) — ни одного. В контрольной группе заболели раком легкого 21 человек, в экспериментальной — 13. Смертность по другим причинам составила в контрольной группе 13 человек, в экспериментальной — 5. Эти исследования подтвердили эффективность психотерапии в профилактическом плане.

Таким образом, можно видеть расхождение мнений исследователей по вопросам влияния на выживаемость копинг-стратегий, что также во многом может быть отнесено к методологическим и теоретическим трудностям.

Понятие совладания происходит от английского «to cope» (справляться, совладать) и переводится на русский язык как копинг, или совладающее поведение, на данный момент не существует единства среди исследователей относительно использования этой терминологии [4, 10]. Изучение совладающего поведения как новое течение в психологии зародилось в 60-е гг. XX в. Однако истоки изучения этой проблематики можно найти еще в конце XIX в. в изучении психологических защит З. Фрейдом. Понятия копинга и психологических защит имеют исторические взаимосвязи и параллели изучения. Их объединяет то, что в обоих случаях понятия описывают реакции и поведение человека в трудной, напряжённой ситуации.

Можно выделить две основные точки зрения на различия этих понятий: 1) интеграция этих понятий; 2) разграничение защит как неосознаваемых, неподвластных контролю механизмов поведения и осознанного и произвольного копинг-поведения.

Понятие психологической защиты или защитного поведения обязано своим появлением З. Фрейду. Впервые термин «защита» возник в 1984 г. в работе

Фрейда «Защитные нейропсихозы» [14] для описания работы Я при возникновении болезненных мыслей и чувств. Зигмундом Фрейдом было выделено 10 защитных механизмов, один из которых описывался как вариант нормы, не приводящий к возникновению неврозов, — сублимация. Анна Фрейд продолжила разработку теории о защитных механизмах личности, она добавила к списку новые механизмы защиты (идентификация с агрессором, уничтожение сделанного, фантазирование, интеллектуализация, альтруистическая уступка). Также она обнаружила, что человек использует все существующие защитные механизмы не в равной степени, он склонен выбирать лишь некоторые из них, то есть имеет определенный репертуар. Эта идея нашла отражение в исследованиях стресса и копинга, относящихся к диспозициональному подходу. Анна Фрейд развила идею отца, который высказал предположение о связи конкретных форм защит с конкретными заболеваниями в приложениях к работе «Торможения, симптомы и тревожность» (1926). Также большой резонанс имела идея о том, что механизмы защиты имеют разную степень патологичности, разный адаптивный потенциал.

В частности, Вэйлант [10] выделил «зрелые» (сублимация, юмор, антиципация, сдерживание) и «незрелые» (проекция, пассивная агрессия) механизмы защиты, а также промежуточный класс. Он предположил, что использование человеком «зрелых» защитных механизмов связано с психическим здоровьем и удовлетворением от общения с другими. На основе своей модели он разработал систему оценки защит, и полученные им данные могут свидетельствовать в пользу связи «зрелых» защитных механизмов и хорошей саморегуляции личности.

Среди исследователей стресса и совладания стали создаваться различные классификации защитных механизмов, основанные на критерии патологичности и адаптационных возможностей, и на данный момент критерий адаптации является одним из традиционных критериев классификации копинг-стратегий.

Можно сказать, что ранние исследования копинга происходили в рамках изучения психологических защит. Так, для оценки механизмов защит Хаан [10] разработал специальную систему наблюдения, которая основывалась на модели 20 «Эго-механизмов»: 10 механизмов защиты и 10 механизмов совладания или копинга (сублимация, замещение, подавление). Именно в 60-е гг. происходило смещение фокуса интереса от механизмов защит к процессам совладания. Нужно отметить, что многие авторы начали относить адаптивные механизмы защиты к копинг-действиям. Эта тенденция использовать термин «копинг» в значении адаптивных психологических защит наблюдается и до сих пор. С другой стороны, можно отметить, что сейчас наблюдается противоположная тенденция: в рамках изучения копинг-стратегий изучаются также и защитные механизмы в качестве неадаптивных вариантов совладания.

Дискуссия о разграничении понятий психологической защиты и копинга продолжается и на данный момент. Однако можно назвать основные параметры, которые выделяют большинство авторов. Психологические защиты в отличие от копингов работают на бессознательном уровне. Также они служат скорее не разрешению самой ситуации или проблемы, а ее маскировке и снижению тревоги человека, а также искажают восприятие реальности. И таким образом, защиты обычно рассматриваются как неадаптивный, менее конструктивный вариант поведения.

Несмотря на то, что проблематика поведения и реакций человека на трудные ситуации зародилось еще в исследовании и изучении психологических защит, первое исследование, собственно, совладания было проведено гораздо позже, и эта область исследования сложилась не так давно. Первые работы принадлежат Л. Мерфи [4], который исследовал способы преодоления детьми кризисов в развитии, они носили локальный характер. Позже явление копинга стали исследовать в более широком контексте изучения проблемы стресса.

Одним из необходимых элементов ситуации совладания является само стрессовое воздействие (стрессор), затруднение, требования среды, с которыми

нужно справиться. Понятие стресса было введено в науку физиологом Г. Селье [1, 8], он рассматривал стресс как неспецифическую физиологическую реакцию организма в ответ на любое предъявляемое ему требование. В психологии традиционно разделяют физиологический и психологический стресс, последний отражает эмоциональные реакции человека на трудную ситуацию. Переживание психологического стресса обусловлено влияниями многих переменных (значимость ситуации, личностные характеристики, когнитивные особенности) и поэтому носит более специфический и индивидуальный характер. Оно не зависит напрямую от характеристик ситуации. Хотя существуют ситуации, являющиеся стрессовыми для большинства людей (ситуации сильного воздействия — катастрофы, войны, серьезные расстройства здоровья), одна и та же ситуация будет иметь различный стрессовый потенциал для разных людей.

Существуют различные классификации ситуаций по типу и характеру стрессора [11]. Так, по типу трудностей выделяют, например, финансовые, служебные, межличностные ситуации и т. д., по интенсивности — острые, средние, умеренные, по длительности — хронические и краткосрочные, по степени управляемости событий — контролируемые и неконтролируемые, по уровню влияния — макро- и микрострессоры.

К. Олдвин [10], ученица Р. Лазаруса, описывает три различных подхода к пониманию и измерению стрессоров. Первый — подход, основанный на жизненных событиях. Согласно этому подходу, любое изменение в жизни человека является стрессовым и требует адаптации, разного рода совладания с ней. Наивысшим по силе воздействия, а также по степени неожиданности события является травма. Во втором подходе в качестве стрессоров выделяются повседневные неприятности и микрострессоры, а в третьем — хронические стрессоры, оказывающие длительное воздействие на человека.

Можно обратить внимание на определенную динамику, существовавшую в типе ситуаций, привлекающем внимание исследователей. В ранних работах

исследователи главным образом обращали внимание на опасные для жизни и травмирующие жизненные события, то есть фокус был смещен в сторону экстремальности. И это послужило причиной того, что на первый план вышли именно ситуационные переменные, а личностные остались без внимания, так как именно в такого рода ситуациях ситуационные переменные имеют первостепенное значения.

Активность самого человека в трудной ситуации при совладании со стрессом описывается через понятия стратегий и стилей совладания. Под стратегиями совладания понимают осознанные усилия, направленные на регулирование эмоционального и интеллектуального состояния в целях преодоления трудных ситуаций и адаптации. Выбор конкретной стратегии может зависеть как от индивидуальных характеристик человека (а также рассматриваться как отдельная индивидуально-личностная особенность), так и от ситуации. Стили совладания представляют собой определенные наборы отдельных стратегий совладания, имеющих сходные характеристики. В первых исследованиях копинга в фокусе оказались два основных типа копинг-реакций, предложенных Лазарусом и Фолькман [10, 20]: эмоционально-ориентированный (направленный на изменение своего состояния и установок) и проблемно-ориентированный копинг. Эти два измерения традиционно выделяются в исследованиях совладающего поведения и на данный момент времени. Также в ряде случаев выделяется и третье измерение — копинг, ориентированный на избегание. Эти измерения могут включать в себя набор различных отдельных копинг-стратегий и рассматриваться как стилевая характеристика совладания. Нужно также отметить, что порой усилия, направленные на изменения своего состояния и своих установок, разделяются на две различные стратегии совладания. Так, Мосс и Шеффер [11] выделяют стратегии, сфокусированные на оценке, на эмоциях и на проблеме. При этом под стратегией, ориентированной на оценки, подразумеваются усилия человека, направленные на установление значения ситуации; в неконструктивном

варианте она может выражаться через отрицание или преуменьшение угрозы.

Широко исследуются различные предикторы совладающего поведения, факторы, тем или иным образом связанные с реализацией совладания, успешностью адаптации, выбором тех или иных стратегий.

Все эти факторы можно разделить на 3 большие группы: 1) индивидуальные, личностные; 2) ситуационные; 3) культурные или экологические [10].

На данный момент в исследованиях совладающего поведения существуют различные точки зрения на роль личностных и ситуативных факторов, преимущественный акцент обычно делается на один из этих классов переменных, однако существуют исследования, в которых авторы ставят перед собой задачу объединить в своей работе как факторы ситуации, так и индивидуально характеристики.

Личностные качества или индивидуальные особенности относят к одному из классов факторов, которые могут предсказывать совладающее поведение, его успешность и особенности. Они также могут быть рассмотрены как ресурсы совладания.

Различные черты индивидуальности представляют собой многоуровневую структуру [12]. На нижнем уровне находятся формально-динамические, конституциональные характеристики (темперамент, задатки), на втором — предметно-содержательные качества (черты, типы личности, способности, стилевые характеристики поведения), а на верхнем уровне находятся мировоззренческие характеристики (направленность личности, ценности, убеждения, установки). Таким образом, характеристики, находящиеся на разных уровнях, могут по-разному влиять на совладающее поведение и предсказывать его.

Среди индивидуальных характеристик чаще исследуются такие, как пол, возраст, темперамент, уровень тревожности, локус контроля, направленности характера, а также оптимизм, уровень притязаний.

Т. Л. Крюковой [10] и ее коллегами был проведен ряд эмпирических исследований, направленных на изучение взаимосвязей интегральной структуры личности, ее индивидуальных психологических и личностных особенностей разного уровня и стратегий совладающего поведения. Среди этих переменных были, в частности, тревожность и локус контроля.

Уровень тревожности отражает чувствительность человека к различного рода стрессам, склонность воспринимать ситуации как угрожающие. Если человек испытывает тревогу чаще, чем того требуют объективные обстоятельства, это приводит к менее адаптивному поведению и истощению [12]. Человек с сильно выраженной тревожностью будет гораздо чаще оказываться в стрессовых ситуациях, так как больший спектр ситуаций он будет воспринимать как несущие угрозу.

Часто тревожность изучается, как составляющая фактора нейротизма [10] в сочетании с депрессивностью и склонностью к негативным аффектам. Согласно эмпирическим данным, личностная тревожность связана с использованием в большей степени эмоциональных копингов. В определенных ситуациях, требующих активного действия, это поведение будет являться неадаптивным. Замечена связь высокого уровня личностной тревожности и использования неадаптивных стратегий совладания, стратегий избегания и ухода. С другой стороны, слишком низкий уровень тревожности также оказывает негативное влияние на адаптацию, так как в таком случае человек склонен недооценивать ситуацию и не предпринимать необходимых действий для ее разрешения. Таким образом, нам хотелось проследить в своем исследовании, как опосредована связь уровня личностной тревожности с совладающим отношением у онкобольных.

Понятие локуса контроля было введено Дж. Роттером [10, 15] и описывает представления человека о том, насколько его жизнь определяется им самим или внешними обстоятельствами, в какой степени он может контролировать значимые события. Для экстернального полюса шкалы

характерно приписывание причин внешним по отношению к человеку силам, для интернального, наоборот, — себе и собственной активности. Хотя часто людей делят на эти два типа, локус контроля на самом деле представляет собой континуум значений, и большинство людей имеют промежуточный локус контроля [15]. В исследованиях зарубежных психологов экстернальность/интернальность локуса контроля определяется как один из важных предикторов совладающего поведения, при этом интернальный полюс связан обычно с выбором более продуктивных копингов. Также общий локус контроля может быть разделен на составляющие, определяющие воспринимаемый контроль в разных типах ситуаций. Так, в методике УСК Дж. Роттера в адаптации Бажина выделяются отдельно интернальность в области достижений и в области неудач, в области семейных, производственных и межличностных отношений, а также по отношению к здоровью. В исследованиях уровня субъективного контроля Т. Л. Крюкова [10] и коллеги обнаружили не очень высокие корреляции уровня субъективного контроля в ситуации межличностных отношений и общего показателя интернальности. Это может свидетельствовать в пользу того, что общий интегральный показатель уровня субъективного контроля не всегда может в должной степени предсказывать особенности совладающего поведения в межличностных ситуациях.

В нашем исследовании мы также использовали данную адаптацию методики, чтобы оценить, как соотносится отношение к судьбе не только с интегральным показателем интернальности/экстернальности, но и с отдельными субшкалами.

К ситуационным переменам относятся конкретные типы трудных ситуаций, в которых оказывается человек. Различия в совладающем поведении рассматриваются в разных ситуациях, дифференцируемых на основании определенных критериев (например, межличностные и деловые), а также описывается поведение человека в определенной конкретной ситуации (например, ситуация экзамена). Среди ситуационных факторов выделяют

особенности восприятия ситуации человеком [19, 20], мотивационные стороны поведения.

К экологическим факторам Т. Л. Крюкова относит социальные взаимодействия и межличностные отношения, социально-культурные особенности, установки, ролевые позиции, гендерную идентичность.

1.3. Защитные механизмы психики и специфика их проявлений в ситуации онкологического заболевания

Исследование механизмов психологической защиты изначально осуществлялось в рамках психоанализа и с близких к психоанализу позиций. Впервые термин «защита» (defense) ввел З. Фрейд в конце XIX века. В последующем это понятие раскрывалось автором в ряде других работ, в которых психологическая защита описывалась как способ борьбы «Я» против болезненных и невыносимых для личности идей и аффектов. Позже З. Фрейд от этого термина отказался, и он был заменен термином «вытеснение» (repression). В приложении к своей работе «Торможение, симптомы и тревога» Фрейд вернулся к старой концепции защиты, при этом обозначил ее как «главное определение для всех способов, которые “Я” использует в конфликте, который может привести к неврозу». Термин «вытеснение» был сохранен для обозначения одного из специальных методов защиты, который обслуживает те же самые цели, что и другие защитные механизмы, а именно: охрана «Я» против инстинктивных требований.

Дальнейшее рассмотрение механизмов защиты связано с ревизией психоанализа и работами А. Фрейда и К. Хорни. А. Фрейд отводит изучению механизмов защиты одну из главных ролей в своих исследованиях и в работе «Эго и механизмы защиты» описывает действие механизмов защиты, функциями которых является предохранение «Я» от:

- а) тревоги, обусловленной ростом инстинктивного напряжения;

б) тревоги, обусловленной угрозами «сверх-Я» или

в) реальной опасностью. Защита может выступать как против инстинктивных влечений, так и против аффектов.

К. Хорни реконструирует теорию защиты без обращения к фрейдовскому «Оно» с его инстинктивными влечениями, на его место она ставит борющиеся между собой стремления к безопасности и удовлетворению. При этом Хорни использует защитные механизмы А. Фрейд, которые она классифицирует по рубрикам реактивных образований и проекций.

В 1979 г. R. Plutchik, H. Kellerman & H. Conte была описана методика LSI (Life style index), которая была разработана в качестве диагностического средства, измеряющего механизмы защиты «Я». В основу была положена теоретическая модель, связывающая отдельные виды защитных механизмов с различными аффективными состояниями и диагностическими концепциями. Авторы предложили модель из 4 пар биполярных эмоций: страх — гнев, веселость — печаль, принятие — отвращение и надежда — удивление, которые, как они полагают, связаны с отдельными защитными механизмами, в свою очередь зависящими от некоторых личностных черт. Выраженность последних связана с определенными диагностическими концепциями, которые были заимствованы авторами из классификации DSM-U из раздела «Расстройства личности». В таблице 1 показаны взаимосвязи между личностными чертами, расстройствами личности и механизмами защиты.

Таблица 1 – Предполагаемые взаимосвязи личностных черт, расстройств личности и механизмов защиты.

Личностные черты	Расстройства личности	Механизм защиты
Робкий	Пассивно-агрессивный пассивный тип	Вытеснение
Агрессивный	Пассивно-агрессивный агрессивный тип	Замещение
Общительный	Маниакальный тип	Реактивные образования
Унылый	Депрессивный тип	Компенсация
Доверяющий	Истероидный тип	Отрицание
Подозрительный	Параноидный тип	Проекция
Контролирующий	Обсессивно-компульсивный тип	Интеллектуализация
Бесконтрольный	Психопатический тип	Регрессия

Авторы опросника дают следующее описание основных типов защиты:

Отрицание — недостаточное осознание определенных событий, переживаний и ощущений, которые причинили бы человеку боль при их признании.

Компенсация — интенсивные попытки исправить или как-то восполнить собственную реальную или воображаемую физическую или психическую неполноценность.

Регрессия — возвращение в условиях стресса к онтогенетически более ранним или менее зрелым типам поведения.

Проекция — неосознаваемое отвержение собственных эмоционально неприемлемых мыслей, установок или желаний и приписывание их другим людям.

Интеллектуализация — неосознаваемый контроль над эмоциями и импульсами за счет выраженной зависимости их от рациональной

интерпретации ситуации.

Вытеснение — исключение из осознания какой-либо идеи или личного опыта и связанных с ними эмоций.

Замещение — разрядка эмоций (обычно эмоции гнева) на объекты, животных или людей, воспринимаемых индивидом как менее опасные, чем те, которые действительно вызывают гнев.

Эта методика была использована в настоящей работе для диагностики психологических защит.

Ирвин Д. Ялом, один из крупнейших представителей экзистенциального подхода в психологии, в своей работе «Экзистенциальная психотерапия» описал те защитные механизмы, которые человек использует для защиты от экзистенциальной тревоги. Его подход к внутренним конфликтам и защитам от них отличается от психоаналитического. Если с точки зрения психоанализа внутренние конфликты происходят при столкновении между собой противоположных инстинктов, а также инстинктов с требованиями среды, то в экзистенциальном подходе это конфликт, обусловленный конфронтацией индивида с данностями существования. Ирвин Ялом выделяет пять конечных данностей: смерть, свобода, изоляция, одиночество и бессмысленность. Экзистенциальная тревога человека происходит от страха смерти, пустоты, изоляции и бессмысленности, а защитные механизмы возникают для преодоления одного из первичных экзистенциальных страхов. Таким образом, экзистенциальный подход сохраняет базисную динамическую структуру, но меняется ее содержание.

В экзистенциальном подходе сохраняется представление о тревоге как о движущей силе психопатологии. Эта тревога порождает защитные механизмы, которые, обеспечивая безопасность, ограничивают рост и возможности опыта. Но формула Фрейда начинается с импульса, а Ирвина Ялома — с сознания страха перед конечными данностями. При этом Ялом не отрицает психодинамическую схему возникновения защитных механизмов, но дополняет ее своей. Он выделяет два типа защитных механизмов:

1. Конвенциональные механизмы защиты, описанные Фрейдом, Анной Фрейд и Салливаном, ограждающие индивида от любой тревоги, независимо от ее источника.

2. Специфические защиты, служащие для защиты от экзистенциальных страхов.

Ниже будут приведены те специфические механизмы защиты, которые выделяет и описывает Ирвин Д. Ялом. Как уже отмечалось, они защищают индивида от страхов, связанных с пятью экзистенциальными данностями: смерть, свобода, изоляция, бессмысленность, одиночество.

Механизмы защиты от тревоги, связанной со смертью

По Ялому, механизмы защиты от страха смерти основаны на отрицании данной экзистенциальной данности. Два главных оплота системы отрицания составляют архаическая вера в собственную исключительность и неизменная вера в конечного спасителя.

Вера в свою исключительность

На сознательном уровне никто из нас не отрицает, что по отношению к конечности существования ничем не отличается от остальных. Но в глубине души мы иррационально верим в то, что смерть нас может обойти стороной. Когда человек узнаёт, что болен серьезной болезнью, например раком, обычно первой его реакцией бывает некоторая форма отрицания. Отрицание помогает справиться с тревогой и в то же время является функцией нашей глубокой веры в свою исключительность.

По мнению Ялома, вера в свою исключительность чрезвычайно полезна для адаптации. Она усиливает в нас мужество, позволяя нам встречаться с опасностью, не будучи деморализованным угрозой собственного уничтожения. Но если зайти чуть дальше, то защита становится перегруженной, и возникают ее дезадаптивные формы.

Ялом описал следующие формы веры в свою исключительность:

Компульсивный героизм. Человек может ответить на экзистенциальную ситуацию героической индивидуацией, но эта защита может стать

дезадаптивной, если человек не выбирает и его действия компульсивны и жестко обусловлены, как это происходит с героем произведения Хемингуэя «Старик и море», который встретил смерть стандартным для него образом, как и другие жизненные опасности: вышел один в море на поиск великой рыбы.

Трудоголизм. Трудоголик — индивид, целиком поглощенный работой, который обладает скрытой уверенностью в том, что он идет вперед, прогрессирует, развивается. Его главным врагом является время, которое может взорвать его иллюзорное представление о постоянном восхождении, обеспечивающем ему бессмертие.

Нарциссизм. Человек при своей вере в собственную несокрушимость может не признавать права и исключительность другого человека. Это является признаком нарциссической личности. Примером может являться то, что такие люди считают возможным обижать и критиковать других, но их личная критика касаться не должна.

Агрессивный и контролирующий жизненный стиль. Прибегая к этой защите, человек избегает ощущения страха и границ, расширяя свое я и свою сферу контроля. Например, есть свидетельства того, что люди, выбирающие связанные со смертью профессии (военного врача, священника, гробовщика), отчасти мотивированы потребностью достичь контроля над смертью.

Депрессия, возникающая в результате прерванного движения по вечной восходящей спирали. Индивидуалистические достижения в течение некоторого времени могут сопровождаться душевным подъемом, но на смену рано или поздно приходит депрессия. Фрейд назвал этот феномен синдромом «крушения от успеха», клиницисты писали о «неврозе успеха» — состоянии, возникающем у человека, находящемся на пике успеха, к которому он долго стремился, когда вместо эйфории его охватывает парализующая дисфория, зачастую не оставляющая шансов на дальнейшее продвижение. Человек добился своей цели, и теперь ему уже не к чему стремиться, что непосредственно его сталкивает с проблемой конечности собственного существования. Не справляясь с такой нагрузкой, индивид прибегает к защите в форме депрессии.

Когда нашей веры в свою неуязвимость становится недостаточно, чтобы обеспечить нам избавление от страха, мы обращаемся к другой фундаментальной системе отрицания — вере в персонального спасителя.

Вера в конечного спасителя

По Ялomu, вера в конечного спасителя как защита менее эффективна, чем вера в собственную исключительность. Она накладывает более значительные ограничения на личность. Были выделены следующие формы данного защитного механизма:

Самоумаление. Эта форма предполагает возвеличивание той силы или того человека, от которого, по мнению индивида, он целиком и полностью зависит, за счет полного уничтожения собственной личности.

Страх лишиться любви того, кто доминирует и предопределяет жизнь индивида. Без него существование представляется невозможным.

Пассивность. Поскольку существует некая сила, от которой полностью зависит существование человека, то он не видит необходимости проявлять активность: все равно он сам ничего изменить в своей жизни не сможет.

Зависимость — самопожертвование (мазохизм). Эта форма веры в конечного спасителя предполагает стремление жертвовать собой, претерпевать горести и бедствия ради какой-либо силы или значимого другого. Для человека, прибегающего к такой защите, быть наказанным означает быть защищенным.

Неприятие своей взрослости. Человек, который стремится к зависимости, не хочет становится взрослым. Он хочет всегда оставаться ребенком, оберегаемым своими родителями от всех превратностей судьбы.

Депрессия после краха системы представлений. Люди, которые жили не для себя, а для доминирующего другого или доминирующей цели, не выдерживают краха своих идеализированных представлений. Человек может ощущать, что пожертвовал своей жизнью ради фальшивых ценностей, но альтернативной стратегии выживания у него нет. В этом случае у него нередко развивается депрессия.

Таким образом, выше были описаны варианты поведения, связанного с

гипертрофированной верой в конечного спасителя. Любой из этих вариантов, будучи акцентирован, может вылиться в определенный клинический синдром так же, как и гипертрофированные формы веры в свою исключительность.

Механизмы защиты от тревоги, связанной со страхом свободы

Ирвин Ялом рассматривает те аспекты свободы, которые имеют важное значение для повседневной клинической практики: ответственность, а именно — свободу индивида в творении собственного жизненного пути, и волю, то есть свободу индивида желать, выбирать, действовать и меняться.

Избегание ответственности

У современного человека больше проблем со свободой, чем с подавленными влечениями. Он имеет дело с задачей выбора того, что он хочет делать. Сделав выбор, человек несет ответственность за свои поступки. Но мы к этой ответственности не готовы. Нагрузка оказывается слишком велика, тревога требует разрядки, и мы вовлекаемся в поиск защит от навалившейся на нас свободы. Ялом выделяет следующие формы защит, направленных на избегание ответственности:

Компульсивность. Защищаясь от ответственности, человек неосознанно создает мир, в котором он существует под властью непреодолимой силы. Он ведет себя компульсивно, что избавляет его от ответственности за собственную жизнь.

Перенос ответственности. Часто мы избегаем личной ответственности, перенося ее на другого. Клиническим примером этой защиты могут являться параноидные пациенты, очевидным образом делегирующие ответственность другим индивидам и силам. Они отрекаются от собственных чувств и желаний, неизменно объясняя свою дисфорию и свои неудачи внешними влияниями.

Отрицание ответственности: потеря контроля. Потерять контроль, временно оказаться «не в своем уме» является еще одним способом сбросить с себя ответственность. Для многих людей собственная потенциальная иррациональность служит средством тирании по отношению к партнеру.

Избегание автономного поведения. Эта форма избегания ответственности

заключается в том, что человек, зная, что ему нужно делать, отказывается совершить нужный шаг. Его пугает перспектива быть «собственным отцом» (выражение Ялома). Здесь мы видим слияние двух референтных структур: принятие ответственности приводит к отказу от пассивной веры в конечного спасителя. Эти две структуры помогают понять патологически зависимый характер.

Избегание проявления воли

Свободный человек сам творит себя и отвечает за этот процесс. Испытывание желаний и принятие решений являются составляющими элементами творения. Имея доступ к своим желаниям и принимая осознанное решение, человек, по мнению Ялома, проявляет свою волю. Таким образом, избегание проявлений воли сводится у Ялома к двум составляющим: расстройство желаний и избегание принятия решений.

Расстройство желаний

Импульсивность без дифференцирования желаний. Некоторые индивиды избегают собственных желаний тем, что не дифференцируют их, а быстро и импульсивно действуют под влиянием любого из них. Они избегают необходимости выбирать между различными желаниями, которые, если их переживать одновременно, могут противоречить друг другу.

Компульсивность. Эта форма защит предполагает, что внутренние требования не переживаются как желания. Такой человек активен, полон сил и целеустремлен. Он так занят, что не имеет времени задуматься над тем, что он сам хочет делать, хотя и сомневается в том, что желания и задачи, которые он имеет, являются его собственными.

Избегание принятия решений

Избегание отречения. Принятие решения сопровождается отречением, тревогой, виной. Чтобы смягчить осознание и болезненность решения, мы должны воздвигнуть защиты от этих угроз: избежать сознания отречения, искажая альтернативы, а сознания тревоги и вины — устроив так, чтобы решение принял кто-нибудь другой. Возможны несколько вариантов избегания

отречения.

Торг. Если решение трудно, потому что человек должен отбросить одну возможность в то время, когда он выбирает другую, оно станет легче, если организовать ситуацию так, чтобы отречься от меньшего. Например, женщина, которая не может принять решение и окончательно разорвать отношения с мужем, которые и так уже безнадежно испорчены, завязывает отношения с другим мужчиной. В результате ей нужно выбирать не между мужем и одиночеством, а между мужем и любящим другом, что намного легче.

Девальвация невыбранной альтернативы. Это распространенный психологический феномен. Человек, переживающий когнитивный диссонанс, воспринимает информацию, повышающую ценность выбранной альтернативы и понижающую ценность невыбранной альтернативы.

Делегирование решения кому-то или чему-то. Примером может служить пациент, который в психотерапии всегда старается заставить или убедить терапевта принять решение за него.

В той мере, в которой человек сам отвечает за свою жизнь, он одинок. Ответственность подразумевает авторство, сознавать свое авторство означает отказаться от веры, что есть другой, кто создает и охраняет тебя. Акту самосотворения сопутствует глубокое одиночество. Эрих Фромм считал, что изоляция — первичный источник тревоги, от которой человеку также необходимо защищаться.

Механизмы защиты от тревоги, связанной с осознанием экзистенциальной изоляции

Переживание экзистенциальной изоляции порождает в высшей степени дискомфортное субъективное состояние. Человек может взять на себя частичную ношу изоляции и мужественно нести ее. Что касается остальной части, то он пытается отказаться от своей обособленности и войти в отношения с другим — таким же человеком либо божественной сущностью. Таким образом, главная защита от ужаса экзистенциальной изоляции связана с отношениями.

Мартин Бубер утверждал, что человек не существует как отдельная сущность. Два типа взаимосвязи между людьми он назвал «Я — Ты» и «Я — Оно». Первые отношения целиком взаимные, включающие в себя полное переживание другого. Это отношение ничем не опосредовано и не несет в себе никакой цели, никакого вожеления, предвосхищения. Если же человек соотносится с другим не всем своим существом, если он относится к другому как к объекту и хочет получить что-то взамен, тогда он превращает встречу «Я — Ты» во встречу «Я — Оно».

Ялом описывает клинические проявления защитных механизмов от экзистенциального одиночества, в которых индивид не близок к другим и использует другого.

Существование в восприятии других. Эта защита заключается в том, что человеку необходимо знать, что в мире есть кто-то, кто думает о нем. Тогда он не чувствует себя таким одиноким.

Отрицание через слияние. Страх признания собственной изоляции преодолевается через отрицание: человек детально разрабатывает иллюзию слияния и становится частью другого индивида или группы.

Компульсивная сексуальность. Беспорядочные сексуальные контакты предлагают одинокому индивиду сильную, но временную передышку. Она временная, поскольку является не настоящей близостью, но лишь карикатурой на отношения.

Другой как подъемник. Этот защитный механизм предполагает рыночный подход к отношениям с людьми: обмен знаниями, навыками, использование другого человека в определенных целях.

Сколько людей в комнате. В зрелых отношениях человек всем своим существом связан с другим. Когда он удерживает вне отношений часть себя, чтобы наблюдать за ними или за своим воздействием на другого человека, отношения «Я — Ты» превращаются в «Я — Оно». В таких случаях Ялом задает вопрос: «Сколько людей в комнате?»

Таким образом, описанные выше защиты от страха одиночества связаны с

неаутентичными поверхностными отношениями, которые Мартин Бубер назвал отношениями «Я — Оно».

Защиты от бессмысленности

Каждый человек нуждается в смысле. Отсутствие в жизни смысла, ценностей, идеалов вызывает значительные страдания. Однако современная экзистенциальная концепция свободы утверждает, что мир случаен и в нем нет никакого смысла. Именно поэтому современный человек очень остро ощущает необходимость обрести смысл в мире, который смысла не имеет.

Ялом разделяет космический смысл и земной смысл. Космический смысл предполагает некий замысел, существующий вне личности. Земной смысл может иметь секулярное основание, то есть у нас может быть личное ощущение смысла, не имеющее отношения к космическому.

Космический смысл

Религиозная традиция дает всеобъемлющую смысловую схему. Людей чрезвычайно утешает вера в существование некоего высшего целостного плана, в котором каждый индивид играет свою роль. Но чем больше ставилось под сомнение существование чего-либо непостижимого для человека, тем труднее становилось людям воспринимать космическую смысловую систему. Но человеку необходимо построить для себя смысл достаточно прочный, чтобы поддерживать жизнь.

Личный смысл в отсутствие космического смысла. Философ-экзистенциалист Камю считал, что человек может полностью осуществиться, лишь живя с достоинством перед лицом абсурдности. Безразличие человека может быть преодолено лишь гордым бунтом человека против существующей ситуации. Сартр писал о том, что абсолютного смысла нет, человек одинок и должен сам творить свой смысл. И для Камю, и для Сартра важно, чтобы люди осознали: человек должен созидать собственный смысл, а затем полностью посвятить себя его воплощению, как это делает персонаж романа Камю «Чума» доктор Риэ, неизменно проявляющий мужество, энергию и любовь к людям,

несмотря ни на какие превратности судьбы.

Продуктивные защиты от бессмысленности

Ялом рассматривает секулярные действия, которые дают человеку ощущение смысла жизни, внутреннее удовлетворение и не нуждаются в оправдании.

Альтруизм. Сделать мир лучше для жизни, служить другим людям, участвовать в благотворительности — эти действия хороши и правильны и дают жизненный смысл многим людям.

Преданность делу. Это секулярное действие нашло свое достойное отражение в словах Карла Ясперса о том, что человек является тем, чем он стал благодаря делу, которое сделал своим.

Творчество. Создание чего-то нового, чего-то, отмеченного новизной, красотой и гармонией, является хорошим противоядием от ощущения бессмысленности. Творческий подход к любой профессии и в любом виде деятельности добавляет к жизни нечто ценное.

Гедонистическое решение. Согласно этой точке зрения, цель жизни состоит в том, чтобы жить полно, воспринимать жизнь как подарок, сохранять удивление перед чудом жизни, погрузиться в ее естественный ритм и искать удовольствие в глубочайшем возможном смысле.

Самоактуализация. Еще один источник личного смысла заключается в стремлении актуализировать себя, посвятить себя реализации своего врожденного потенциала. Виктор Франкл высказывал серьезные возражения против слишком сильного акцента на самоактуализации. По его мнению, чрезмерная озабоченность самовыражением приходит в противоречие с подлинным жизненным смыслом. Самоактуализация, превратившаяся в самоцель, часто делает осмысленные отношения, в которых необходим выход за пределы себя, невозможными.

Патологические защиты от бессмысленности

Помимо продуктивных защит от бессмысленности, Ялом, ссылаясь на Сальвадора Мадди, описывает клинические проявления защитных механизмов

от потери смысла.

Крусадерство. Этот механизм характеризуется сильной склонностью выискивать для себя эффективные и важные предприятия, чтобы затем погрузиться в них с головой. Он представляет собой формирование реакции: погружение индивида в деятельность является компульсивной реакцией на ощущение бессмысленности.

Нигилизм характеризуется большой склонностью дискредитировать деятельность, имеющую смысл для других.

Вегетативная форма: человек компульсивно не ищет смысла, а глубоко погружается в переживание бесцельности и апатии.

Компульсивная активность — это, по мнению Ялома, одна из наиболее обычных клинических форм бессмысленности. Такого рода маниакальная активность настолько истощает индивида, что проблема смысла теряет остроту.

Таким образом, И. Ялом выделяет четыре группы защитных механизмов от тревоги, связанной с переживанием представленных выше экзистенциальных данностей.

В заключение данного обзора экзистенциальных защитных механизмов по И. Ялому важно отметить, что все конечные данности связаны между собой и, соответственно, тревога и страхи, испытываемые человеком, распространяются на все экзистенциальные категории. Страх смерти предполагает страх одиночества, поскольку «никто не может умереть вместе с кем-то или вместо кого-то». Страх перед изоляцией связан со страхом свободы, поскольку «в той мере, в какой человек отвечает за собственную жизнь, он одинок». Человек, нашедший смысл в своей жизни, приподнимается над смертью и не чувствует себя таким изолированным.

1.4. Субъективное восприятие заболевания и типы отношения к болезни как фактор изменения картины мира личности

Современная медицина характеризуется внедрением идей и методов медицинской психологии в клинику соматических заболеваний. Этот процесс во многом обусловлен развитием реабилитационного направления, одним из самых важных принципов которого является личностный подход. В концепции реабилитации больной наряду с врачом выступает в лечебном и реабилитационном процессе как субъект. Поэтому особенности личности больного, его позиция по отношению к своему заболеванию и лечению, а также к врачам и другому медицинскому персоналу становятся существенно важными факторами успешности его реабилитации. При соматических заболеваниях, как правило, всегда налицо, по выражению К. К. Платонова, «сложные кольцевые зависимости психического и соматического по типу круга, а в ряде случаев, порочного круга», с взаимным переходом психогении в соматогению и наоборот. Помочь больному выйти из такого «порочного круга» могут психофармакологические и психотерапевтические воздействия на его психику «с целью устранения болезненных симптомов, изменения отношения к своему заболеванию, к себе и окружающей среде» (Рожнов В. Е., Либих С. С., Руководство по психотерапии. М., 1979).

Психоонкология (psycho-oncology) — наука о психологических, психических, социальных и этнических факторах, имеющих отношение к развитию, предотвращению и устранению онкологической патологии, а также о изучении психологических отклонений и психиатрических расстройств у лиц, страдающих онкозаболеваниями. Более узкий термин «психосоциальная онкология» (psychosocial oncology) обозначает изучение и работу с психологическими реакциями онкологических пациентов, членов их семей и медицинского персонала. Психоонкология — область междисциплинарных исследований и клинической практики на стыке психологии, психиатрии,

онкологии и социологии, возникающая и развивающаяся как подраздел онкологии.

Психоонкология занимается двумя психологическими факторами, вызываемыми таким недугом, как рак: эмоциональной реакцией пациентов во всех стадиях заболевания, членов их семей и лиц, осуществляющих уход за больными (психосоциальный фактор), а также психологическим, поведенческим и социальным факторами, которые могут влиять на заболеваемость и смертность вследствие онкологических заболеваний (психобиологический фактор).

Психоонкология изучает образ жизни больного, психологические и социальные аспекты онкологических заболеваний, воздействие на канцерогенез и течение процесса, а также какое влияние оказывает онкозаболевание на психологическое здоровье пациента, влияние психологических и социальных факторов, включая социальные взаимодействия пациента с медицинским персоналом и семейным окружением. Кроме того, она рассматривает когнитивные нарушения, возникающие вследствие химиотерапии и лучевой терапии, а также эффекты плацебо и ноцебо.

Психосоциальная онкология является специальностью в лечении рака, связана с пониманием и лечением социальных, психологических, эмоциональных, духовных и функциональных аспектов рака на всех стадиях заболевания — траектория от профилактики до ухода из жизни. Психосоциальная онкология включает в себя всесторонний подход к человеку в онкологической помощи, когда рассматривается весь диапазон человеческих потребностей, которые могут улучшить или оптимизировать качество жизни людей и их семей, пострадавших от рака.

Четыре фактора качества жизни: физическое здоровье (боль, энергия, способность двигаться, повседневные дела, потребность в посторонней помощи, трудоспособность), психологическое благополучие (значимость жизни, удовлетворенность, умение сосредоточиться, внешний вид, эмоции),

социальные отношения (личные отношения, социальная поддержка, сексуальная жизнь), среда обитания (безопасность окружающей среды, жилищные условия, деньги, доступность медуслуг, информированность, досуг, транспорт).

Основная задача психонкологии — изучение воздействия рака на психику больного и его близких и того, как психологический и поведенческий факторы влияют на развитие болезни и выживание.

Исследование причин онкологических заболеваний и различных вариантов их течения привело к выявлению многочисленных факторов риска и пониманию онкологического заболевания как многофакторного. Если еще сравнительно недавно онкологическое заболевание считалось не связанным с личностью и жизненными обстоятельствами, этот процесс понимали как патологический процесс роста клеток, протекающий фатально, то успехи психонейроиммунологии и психосоциальных вмешательств способствовали изменению этого взгляда. Ученые пришли к выводу, что определенный психогенный фактор может как способствовать возникновению заболевания, так и влиять на его течение (Саймонтон К., 1995; Бройтигам В., 1999; Давыдов М. И., 2007; Бухтояров О. В., Архангельский А. Е., 2008). Однако определенную психогенную составляющую не удалось выделить до сих пор. Причинами, затрудняющими изучение онкологического заболевания, являются широкий диапазон возможных повреждающих факторов и длительное скрытое протекание процесса по отношению к повреждающему воздействию. В связи с этим перечень факторов риска сегодня является основным способом профилактического информирования населения о вероятности онкологического заболевания (Лисицин Ю. П., 1998; Журавлева И. В., 2006). Сегодня можно встретить перечни многочисленных внешних (окружающая природная и социальная среда) и внутренних (социально-психологических) патогенных факторов, оказывающих повреждающее воздействие на организм и способствующих возникновению онкологического заболевания или

неблагоприятному его течению. Согласно одному из них, на первом месте стоят неправильное питание (35–37 %) и вредные привычки (33–34 %), влиянию ионизирующих излучений и онковирусных инфекций отводится, соответственно, 9 % и 5 %. Кроме того, учеными признается, что причины возникновения значительной, если не основной, части опухолей неизвестны, то есть видимой связи с индуцирующими агентами не установлено. Поэтому поиск возможных механизмов развития заболевания сегодня ведется специалистами разных научных направлений. Так, исследователи в области социологии здоровья считают, что в 50 % случаев на здоровье и заболеваемость неинфекционными заболеваниями влияет «образ жизни», а опосредующее его поведение является ведущим в многофакторной обусловленности здоровья (Лисицин Ю. П., 1998; Оганов Р. Г., 2001; Журавлева И. В., 2006). Данные исследований убедительно показывают связь уровня заболеваемости и смертности с социальными характеристиками, такими как сформированные в соответствии с принятыми в данном социальном слое привычки и способы поведения, вредные для здоровья (курение, алкоголизм или гиподинамия), уровнем образования (Перре М., Зигрист И., 2002, Lantz Р. М., 2005; Журавлева, 2006; Назарова И. Д., 2006), а также взаимосвязь социального положения, уровня образования и способности справляться со стрессовыми нагрузками (Саймонтон К., 1995; Hornung R., 1997; Бройтигам В., 1999, Тарабрина Н. В., 2005; Стародубов В. И., 2009). Однако объяснить вредным для здоровья поведением и недостаточным уровнем социальных ресурсов оказалось возможным далеко не все наблюдаемые закономерности, связанные с уровнем заболеваемости и смертности, что показывает недостаточность монодисциплинарного подхода к изучению данного предмета. Поэтому современные исследования все чаще становятся междисциплинарными. Так, в социологии формируется понятие «отношение к здоровью», хотя «отношение» является преимущественно философским и психологическим понятием (Мясищев В. П., 1960; Гурвич И. П., 1999; Журавлева И. В., 2006), отмечается необходимость учета нравственно-эмоциональных параметров при изучении

этих процессов, тогда как в области психологии проводятся исследования по изучению влияния на возникновение и течение заболеваний социально-психологических факторов. Благодаря результатам исследований предыдущих лет, важное место в психоонкологических исследованиях заняла такая социологическая категория, как «качество жизни» (Ионова Т. И., Новик А. А., 1998; Горбунова В. А., Бредер В. В., 2000; Лебедеко И. М., 2001; Стайпек Г., 2003; Ahles Т. А., 2005), выделяющая факторы адаптации, обусловленные болезнью, больным человеком, обществом, что дало возможность проследить взаимосвязи между уровнем физического функционирования, состоянием здоровья и социально-психологическими показателями, а также оценить эффективность применяемых методов лечения и минимизировать необходимые вмешательства. Таким образом, на поиск решения основной проблемы современной онкологии — получения возможности в какой-то мере воздействовать на злокачественный опухолевый процесс — направлены усилия специалистов разных направлений, однако возможности медиков, несмотря на значительные успехи в этой области, оказываются ограниченными. Поэтому среди перспективных направлений работы оказываются исследования с участием специалистов-психологов, т. к. психологические факторы, как показывают исследования, являются теми самыми внутренними факторами, посредством которых воздействуют внешние условия, а также более доступными для коррекции по сравнению с социальными условиями.

Психотерапия больных с соматическими расстройствами направлена на изменение неадекватных реакций на болезнь, создание у больных реалистических установок на лечение, восстановление внутрисемейных и более широких социальных связей и тем самым способствует не только улучшению состояния больных, но и профилактике рецидивов заболевания. Достижение этих психотерапевтических целей возможно только при изменении отношения к болезни.

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 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. (Краснушкин Е. К., 1950; Лурия Р. А., 1957; Рохлин Л. Л., 1957), в рамках которых в настоящее время и происходит обсуждение проблемы «личность — болезнь».

В концепции В. Н. Мясищева психологический анализ предполагает рассмотрение отношения к болезни в трех смысловых ракурсах. Такое рассмотрение основано на представлении о трех компонентах отношения: эмоциональном, поведенческом и когнитивном. В соответствии с этим эмоциональный компонент отношения к болезни отражает весь спектр чувств, обусловленных болезнью, а также те эмоциональные переживания, которые возникают в ситуациях, связанных с болезнью. Мотивационно-поведенческий компонент отражает выработку определенной стратегии поведения в жизненных ситуациях в связи с болезнью (принятие «роли» больного, активная борьба с болезнью, игнорирование заболевания, пессимистические установки и пр.), а также связанные с болезнью реакции, способствующие адаптации или дезадаптации к ней. Когнитивный компонент отражает знание о болезни, ее осознание, понимание ее роли и влияния на жизненное функционирование больного, предполагаемый прогноз. Таким образом, психологический анализ отношения к болезни, проводимый в этих смысловых ракурсах, и позволяет описать все основные психические феномены в личности больного, связанные с его заболеванием. Большинство авторов выделяют по крайней мере три фактора, влияющих на формирование отношения к болезни: 1) преморбидные

особенности личности; 2) природа самого заболевания; 3) социально-психологические факторы.

Рассмотрение отношения к болезни с позиций психологии отношений по самой своей сути включает анализ всех трех названных выше факторов. Отношение к болезни, как всякое отношение, является индивидуальным, избирательным, сознательным (или способным к осознанию), отражает личностный уровень. Как всякое отношение, оно носит субъективно-объективный характер, является содержательным и не может рассматриваться вне объекта отношений, иными словами, определяется природой самого заболевания. И наконец, как всякое отношение, отношение к болезни опосредовано существующими в значимом для больного микросоциальном окружении и в обществе в целом представлениями о данном заболевании, о регламентированных в определенной культуре нормах поведения больного, о социальных и социально-психологических последствиях болезни.

Отношение к болезни, как и каждое психологическое отношение, индивидуально и неповторимо. Однако психологический анализ показывает, что отношение конкретного человека, оставаясь уникальным, может быть описано через принадлежность этого отношения к определенным психологическим типам отношений, то есть через выявление сходства с уникальными по своей природе отношениями других людей.

Пусковыми факторами в развитии многих заболеваний наиболее часто становятся следующие психосоциальные стрессоры: социальная неустроенность, изменение социального статуса, урбанизация, географическая и социальная мобильность, неблагоприятная ситуация трудовой занятости, недовольство работой, драматические события жизни (потеря близких, скорбь, отчаяние, депрессия и безнадежность). Выраженность реакции пациента на психосоциальные стрессоры зависит от того, какое значение он придает событию, от умения адекватно реагировать и переживать стресс, от его адаптационных возможностей. Доказано, что учащение заболеваемости всегда

происходит при изменении эмоционального равновесия пациентов, когда пациенты воспринимают свою жизненную ситуацию как неудовлетворительную, угрожающую, невыносимую, конфликтную и не в состоянии справиться с ней.

Онкологическое заболевание свидетельствует о том, что где-то в жизни человека имелись нерешенные проблемы, которые усилились или осложнились из-за серии стрессовых ситуаций, произошедших в период от полугода до полутора лет до возникновения заболевания. Типичная реакция онкологического больного на эти проблемы и стрессы заключается в ощущении своей беспомощности, отказе от борьбы. Эта эмоциональная реакция приводит в действие ряд физиологических процессов, которые подавляют естественные защитные механизмы организма и создают условия, способствующие образованию атипичных клеток.

Люди обратили внимание на связь рака с эмоциональным состоянием человека уже более двух тысяч лет тому назад. Можно даже сказать, что как раз пренебрежение этой связью является относительно новым и странным. Почти два тысячелетия тому назад, во II веке нашей эры, римский врач Гален обратил внимание на то, что жизнерадостные женщины реже заболевают раком, чем женщины, часто находящиеся в подавленном состоянии. В 1701 г. английский врач Гендрон в трактате, посвященном природе и причинам рака, указывал на его взаимосвязь с жизненными трагедиями, вызывающими сильные неприятности и горе.

Одно из лучших исследований, рассматривающих связь эмоциональных состояний и рака, описано в книге последовательницы Карла Г. Юнга Элиды Эванс «Исследование рака с психологической точки зрения», предисловие к которой написал сам Юнг. Он считал, что Эванс удалось разрешить многие тайны рака, включая непредсказуемость течения этого заболевания, то, почему болезнь иногда возвращается после долгих лет ремиссии и почему это заболевание ассоциируется с индустриализацией общества.

Основываясь на обследовании 100 больных раком, Эванс делает вывод, что незадолго до начала развития болезни многие из них утратили значимые для них эмоциональные связи. Она считала, что все они относились к психологическому типу, склонному связывать себя с каким-то одним объектом или ролью (с человеком, работой, домом), а не развивать собственную индивидуальность. Когда этим объекту или роли, с которыми человек себя связывает, начинает угрожать опасность или они просто исчезают, то такие пациенты оказываются словно наедине с собой, но при этом у них отсутствуют навыки, позволяющие справляться с подобными ситуациями. Для онкологических пациентов свойственно ставить на первое место интересы окружающих. Кроме того, Эванс полагает, что рак — это симптом наличия в жизни больного неразрешенных проблем. Ее наблюдения были подтверждены и уточнены рядом более поздних исследований.

На основе анализа психологических аспектов жизни раковых больных, Эванс, а вслед за ней и ряд других авторов, выделяет в них четыре основных момента:

1. Юность онкологических пациентов была отмечена чувством одиночества, покинутости, отчаяния. Слишком большая близость с другими людьми вызывала у них трудности и казалась опасной. В длительных исследованиях установлено, что яркой особенностью людей, впоследствии заболевших раком, было глубокое переживание ими отсутствия близости с родителями. Они редко проявляли сильные чувства и обычно были в плохом настроении. Другим вариантом была ранняя утрата значимого близкого, являющегося объектом глубокой привязанности и любви;

2. В ранний период зрелости эти пациенты либо установили глубокие, очень значимые для них отношения с каким-то человеком, либо получали огромное удовлетворение от своей работы. В эти отношения или роль они вкладывали всю свою энергию, это стало смыслом их существования, вокруг этого строилась вся их жизнь. Типичный раковый больной очень часто

культивирует исключительные отношения только с одним человеком, игнорируя внешние контакты. Он охотно жертвует собой для родителей, детей или супруга. Он вкладывает в эти отношения всего себя и готов вынести все, лишь бы не потерять партнера.

3. Затем эти отношения или роль исчезли из их жизни. Причины были самые разные — смерть любимого человека, переезд на новое место жительства, уход на пенсию, начало самостоятельной жизни их ребенка и т. п. Сохранение зависимости от значимого другого (со-зависимость, инфантильность, личностная незрелость). В результате снова наступило отчаяние, как будто недавнее событие больно задело не зажившую с молодости рану.

4. Одной из основных особенностей этих больных было то, что их отчаяние не имело выхода, они переживали его «в себе». Они были не способны излить свою боль, гнев или враждебность. Их характеризует неспособность открыто выражать враждебные чувства, отреагировать свою боль. Многим онкологическим больным бывает трудно выражать отрицательные чувства. Они испытывают необходимость всегда казаться хорошими. Окружающие обычно считают онкологических больных необыкновенно хорошими людьми. Внешне может показаться, что им удается приспособиться к постигшему их несчастью. Они продолжают изо дня в день выполнять свои обязанности, но жизнь уже потеряла для них свой «вкус», из нее ушли энергия и смысл. Создается впечатление, что ничто больше не удерживает их в этой жизни.

С нашей точки зрения, подобный подход малоприемлем, а вышеотмеченные признаки являются не только в известной мере частным случаем, но и своеобразным психологическим «штампом», «клише», который, с одной стороны, разумеется, позволяет провести прямую взаимосвязь между элементами ранней картины жизни заболевшего и сегодняшним его представлением о жизненной ситуации и встроенности в эту ситуацию

собственно картины болезни, более того, выделить очевидные психологические элементы-предикторы заболевания; с другой стороны, объективность этих штампов весьма сомнительна, более того, элементы интервью и бесед заболевших, участвовавших в настоящем исследовании, прямо указывают на значительно более широкий спектр биографических особенностей, фактически связанный с рядом личностных особенностей, которые с известной степенью осторожности могут быть типологизированы.

В ряде работ отечественных психологов исследован «психологический профиль онкологического больного». Было выяснено, что у многих пациентов наблюдаются следующие черты: доминирующая детская позиция в коммуникации; тенденция к экстернализации локуса контроля (всё зависит от внешних обстоятельств, я ничего не решаю); высокая формальность нормативов в ценностной сфере; высокий порог восприятия негативных ситуаций (долго будут терпеть; цели, связанные с самопожертвованием); собственные потребности они или вообще не воспринимают, или игнорируют их (Малкина-Пых И. Г. «Психосоматика: справочник практического психолога». Электронная версия). Выразить свои чувства им очень сложно. При этом чаще всего в семье обнаруживалось присутствие доминантной матери. Раковые больные обнаруживали признаки, указывающие на разочарование, пустоту и чувство, будто они отделены от других людей стеклянной стеной. Они жалуются на полную внутреннюю опустошенность и выжженность.

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. В структуре ВКБ выделяют: 1) сенсорные компоненты; 2) эмоциональные компоненты; 3) интеллектуальный компонент; 4) волевой компонент, связанный с отношением больного к своему заболеванию (мотивационный уровень), с необходимостью изменения образа

жизни и поведения (Конечный Р., Боухал М., 1974; Лурия А. Р., 1977). 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. В. Д. Менделевич связывает тип реагирования на определенное заболевание с двумя характеристиками: объективной тяжестью болезни (определяющейся критерием летальности и вероятностью инвалидизации) и субъективной тяжестью болезни (собственной оценкой больным его состояния), указывая, что субъективная тяжесть зависит от социально-конституциональных характеристик, к числу которых относятся пол, возраст и профессия индивида. Из исследований в области психонкологии известно, что от того, каким образом человек сможет адаптироваться к этой сложной ситуации, во многом зависит течение заболевания и прогноз. Относительно реакций, связанных с фактором пола, в исследованиях показано, что женщины легче, чем мужчины переносят боль и ограничения движений. С полом связана субъективная оценка ценности различных частей тела. Так, результаты опроса «здоровых» людей показали высокую значимость органов, относящихся к половой сфере у мужчин по сравнению с женщинами, у которых не выявилось определенных предпочтений. С точки зрения влияния возраста на субъективное восприятие болезни известно, что реакция на хронические и инвалидизирующие заболевания оказывается связанной с системой ценностей, актуальных для каждого возрастного периода. Система ценностей человека зрелого возраста связана с потребностью в благополучии, благосостоянии, независимости, самостоятельности, возможности сохранения трудо- и работоспособности. Отмечается, что зачастую неадекватная реакция пожилых людей на заболевание может быть связана с протестом против старости, в котором проявляется страх разрушения жизненного стереотипа, одиночества.

Психологические проблемы людей пожилого возраста являются предметом изучения геронтологии. Однако, учитывая, что онкологические заболевания, несмотря на значительное «омоложение», пока еще являются заболеваниями преимущественно старшего возраста, учет возрастных особенностей необходим для планирования психологического сопровождения больных. Другим влияющим на отношение к болезни фактором является семейная история, ранжирующая болезни не по объективной степени тяжести, а по их значимости, примерам успешного или неуспешного лечения. Наличие в семейной истории примера длительной и устойчивой ремиссии после лечения онкологического заболевания или даже выздоровления может способствовать психологически менее тяжелому восприятию онкологического заболевания, чем в семье, где не было таких примеров.

Подробное описание патопсихологических реакций при онкологических заболеваниях приводится в работах отечественных исследователей (Васиянова В. В., 1996; Семке В. Я., Гузеев А. Н., 2001; Бажин Е. Ф., Гнездилов А. В., 2002; Самушия М. А., Мустафина Е. А., 2008). Реакции могут быть охарактеризованы как в общем виде (по силе реакции), так и как сложные патопсихологические комплексы, включающие несколько уровней. По степени выраженности, типу эмоционального отношения больного к своей болезни, ее проявлениям и прогнозу выделяют два крайних психологических варианта реакции на заболевание: гипернозогнозию (преувеличение тяжести и опасности болезни) и гипонозогнозию (недооценку этих аспектов болезни), между которыми располагается большое количество индивидуально обусловленных вариантов.

Изучение внутренней картины болезни таким образом подразумевает учет большого количества информации. Для исследовательских целей, предусматривающих возможность систематизации данных, создавались различные классификации ВКБ. Известно несколько классификаций ВКБ по различным основаниям: по эмоционально-личностной реакции, по уровням проявляемой пациентами активности, по личностному значению, а также описания психологических реакций на болезнь. Наиболее широко известна

классификация отношений к болезни А. Е. Личко, отраженная в методике ТОБОЛ и включающая 12 типов реакций (Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М., 1983). Применение методики в психоонкологии показало, что, несмотря на то, что обширный перечень позволяет подробно описать индивидуальные особенности отношения, диагностирование у пациентов сочетаний различных типов затрудняет ее практическое применение. Затруднения исследований могут быть связаны с тем, что становление ВКБ происходит не одномоментно, а проходит ряд этапов в соответствии с иерархией психических функций. Причем новый этап как бы «интериоризирует» ключевые переживания предыдущего, оставаясь, однако, полноценным и автономным образованием со своей специфичной модальностью реагирования. До настоящего времени ведется дискуссия относительно числа рассматриваемых этапов. В. В. Николаева выделяет четыре: 1) непосредственно-чувственный (обусловленные болезнью ощущения и состояния); 2) эмоциональный (непосредственные эмоциональные реакции на обусловленные болезнью ощущения и эмоциональные реакции на последствия болезни в жизни человека); 3) интеллектуальный (знания о болезни и рациональная оценка заболевания); 4) мотивационный (возникновение новых мотивов и перестройка преморбидной мотивационной структуры).

Динамика изменения реакций и отношения в связи с этапами прохождения лечения также влияет на картину. Выделяют следующие этапы: «поликлинический» (или «диагностический»), «поступление в клинику», «предоперационный (предлечебный)», «послеоперационный» (у оперированных больных), «выписка». Исследователи отмечают значение личностных особенностей для степени и характера выраженности реакций, наблюдаемых у всех больных на всех этапах лечения, отмечая, что наиболее сензитивными оказываются больные с «психастеническим складом личности», а наиболее «устойчивыми» — «больные с эпилептоидным и истероидным преморбидом». В описании изменений реакций у онкологических больных принято принимать за основу пять основных фаз, сменяющих друг друга. Эти

фазы обычно описываются как фазы реакции на приближающуюся смерть: шок, отрицание, агрессия, депрессия и примирение, однако, по мнению А. В. Гнездилова, они могут отражать общие закономерности психологической адаптации больного к экстремальной ситуации, а смена фаз далеко не всегда следует в том порядке, как принято перечислять, возможно сокращение или увеличение длительности определенных реакций, а также чередование и возврат фаз, обусловленные индивидуальными особенностями больного.

По данным отечественных исследователей, среди выраженных психогенных реакций у онкологических пациентов могут быть выделены десять основных патопсихологических синдромов, среди которых на первом месте по частоте в первые три периода заболевания стоит тревожно-депрессивный синдром — более 50 % больных. При этом у стенических в преморбиде личностей чаще превалирует тревога, у астенических — депрессивная симптоматика. На катамнестическом этапе преобладают гипернозогностические реакции в форме затяжных депрессий, сопровождающиеся идеями о собственной малоценности, ненужности.

В самом общем виде в литературе выделяют три главных типа реакции на заболевание: стеническая (активная) позиция, негативной стороной которой является слабая способность к выполнению необходимых ограничений, накладываемых заболеванием, в том числе рекомендаций лечащего врача; астеническая, когда имеется склонность к пессимизму и мнительности, но с относительно более легким, чем у больных со стенической реакцией, психологическим приспособлением к заболеванию; рациональная, при которой имеет место реальная оценка ситуации и рациональный уход от фрустрации (Сидоров П. И., Парников А. В., 2000).

Таким образом, реакция на заболевание является сложной динамической картиной, изменяющейся во времени в зависимости от личностных особенностей, этапа заболевания, на котором находится больной, и зависящей от тяжести установленного диагноза. Особенности реакций на онкологическое

заболевание описываются исследователями чаще всего как патопсихологические. При этом в современной онкологической клинике исследования проводятся, как правило, в рамках определенной локализации заболевания, что позволяет выделять особенности психических реакций, связанные с соматическим влиянием (Васиянова В. В., 1996; Шафигуллин М. Р., 2008; Самушия М. А., Мустафина Е. А., 2008) Однако недостаточно разработанными проблемными областями являются типология ВКБ, оценка адекватности и неадекватности личностной реакции на болезнь. Некоторые авторы отмечают, что исследования в этих областях затруднены сложным характером взаимовлияния процесса развития болезни и психической деятельности больного (Абрамова Г. С., Юдчиц Ю. А., 1998).

На целостное изучение устойчивости человека к воздействию стресса, прогнозированию эффективности деятельности в экстремальных условиях и оценки последствий воздействия экстремальных факторов на человека направлен подход А. Г. Маклакова, согласно которому к значимым характеристикам относятся: нервно-психическая устойчивость, самооценка личности, определяющая степень адекватности восприятия условий деятельности и своих возможностей, ощущение социальной поддержки, уровень конфликтности личности, опыт социального общения. От уровня развития этих характеристик зависит диапазон факторов, к которым человек может приспособиться. Опираясь на понятие «адаптация», А. Г. Маклаков считает, что оптимизация функционирования систем организма и сбалансированность в системе «человек — среда» достигается благодаря процессу адаптации, поскольку ее механизмы обеспечивают возможность существования организма в постоянно изменяющихся условиях среды.

Описывая факторы, имеющие значение при адаптации к ситуации онкологического заболевания, исследователи придают большое значение межличностным взаимоотношениям, что относится к социально-психологическому уровню функционирования. Так, А. В. Гнездилов отмечает,

что к ресурсным психосоциальным факторам, способствующим адаптивному совладанию с заболеванием на всех его этапах, относится сложившийся до болезни положительный стереотип межличностных отношений, базирующийся на глубоких чувствах, гармоничные отношения с окружением, которые остаются устойчивыми и после установления диагноза и проведения лечения. Ресурсным на этапе установления диагноза является отсутствие или минимальный уровень эмоциональных расстройств, определяемый во многом уровнем стресса. На стационарном этапе существенным фактором, влияющим на эффективность проводимого лечения, является характер отношений, установившихся между врачом и пациентом, активность позиции пациента, его готовность к партнерским взаимоотношениям с врачом. На катаретическом этапе существенна включенность пациента в систему социальных отношений в противовес изолированности и одиночеству. Показано, что работающие пациенты меньше подвержены влиянию депрессии, у них более широкая жизненная перспектива. Отмечается, что возвращение к работе служит действенным способом купирования явлений самоизоляции, способствует развитию чувства уверенности и оптимистических взглядов (Андрющенко А. В., 2006; Гнездилов А. В., 2007).

Еще одним фактором является возраст. Известно, что в пожилом возрасте неопластические процессы протекают медленнее, чем у молодых людей, когда при некоторых особо злокачественных формах рака заболевание может иметь стремительное течение. В литературе отмечается также, что психологическая реакция молодых людей на диагностику онкологического заболевания оказывается более выраженной по сравнению с пожилыми. Однако отмечается также, что уровень выживаемости при онкологических заболеваниях оказывается выше у молодых, что может быть связано со снижением адаптационного потенциала с возрастом, и не только на биологическом, но и на психологическом уровне.

ГЛАВА ВТОРАЯ. ИЗМЕНЕНИЕ СИСТЕМЫ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫХ ЗАЩИТ И ТИПОВ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ КАК СИСТЕМА АКТИВАЦИИ СТРАТЕГИЙ СОВЛАДАНИЯ У ОНКОУРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Приступая к изложению результатов непосредственной практической деятельности в рамках настоящего исследования, а также результатов диагностических процедур и мероприятий, необходимо сделать несколько важных предварительных замечаний.

В тех случаях, когда речь идёт о специфике сложных хронических заболеваний, при разработке концептуальных подходов к исследованию картины болезни, динамики клинико-психологических характеристик больного, очевидно, необходимо учитывать ряд факторов, важнейшими из которых являются возраст пациента, специфика самого заболевания, включая степень тяжести и особенности собственно клинической картины (в ситуации онкологических заболеваний — тип поражения).

При этом существует ряд обстоятельств, которые не нивелируют значение этой специфики, но определенным образом унифицируют ее. Так, в рамках поставленной нами гипотезы и собственно обоснования центральной идеи исследования мы сознательно сформировали сложную и неоднородную экспериментальную выборку исследования, в которую вошло несколько клинических групп, различающихся по возрастным, гендерным, клинико-морфологическим характеристикам заболеваний. Нашей главной задачей была необходимость понимания относительного единообразия действия определенных клинико-психологических механизмов, которые, условно говоря, «связывают» больного и его болезнь, мы имеем в виду, разумеется, представления о себе как заболевшем и представление о своей болезни, согласно нашим исследованиям, развивающимся, в частности, ряд положений исследований М. В. Новиковой-Грунд о встроенности картины болезни в

контекст картины мира больного и специфике, и динамике изменения этой системы, превращения этих изменений в единый «вектор» — механизм, лежащий в основе активации (в нашем случае) или дезактивации стратегий совладания, защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций. В этой связи особенно важным является также акцентировка внимания на механизмах саморегуляции, на развитости предпосылок к активизации этих механизмов у больного (что, в свою очередь, связано с его, больного, личностными особенностями), на возможностях реализации механизма саморегуляции в ситуации активного течения болезни. Глобализируя данный «сектор» исследования, мы можем утверждать, что речь идет о попытке понимания основ мотивационной системы, связанной с преодолением болезни, желании выздороветь, с одной стороны, и о возможности (и желании) поиска и активации ресурса для реализации этого желания.

Очевидно, что в случае, когда речь идет об обыденном понимании основ и собственно наличии такого желания, не найдется ни одного человека, который на данный вопрос ответил бы отрицательно, исключение составляют отдельные личности, воспринимающие собственную болезнь в контексте специфических личностных (ценностных и социальных) переживаний, таких, например, как возможность (и необходимость) реализации чувства вины и, соответственно, наказания за эту «вину», или в контексте психологической парадигмы «безусловного смирения», но даже и в этом случае опять-таки очевидна в большой степени искусственность, заместительность такого мотива. Следовательно, за аксиому, с известной долей условности, можно брать факт желания любого человека выздороветь, особенно в ситуации такого пула болезней, как онкологическая патология. В этом случае речь должна идти, да собственно, и идет, только о непосредственных психологических затратах на активацию и поддержание этого желания, на фоне общефизического самочувствия. Мы ни в коем случае не исключаем тот факт, что результатом резкого ухудшения общего состояния является значимое падение внутреннего

сопротивления болезни, своеобразное «смирение» с ситуацией в одних случаях и острая психологическая усталость — в других. Необходимо отметить в этой связи, что сам феномен прекращения «психологической борьбы» за себя, причинный ряд, содержательные, личностные, ценностные и мотивационные аспекты этого состояния на сегодняшний день практически не исследованы, несмотря на то что именно они лежат в основе понимания психологических механизмов «продлонгации» жизни больного. Основной профессиональной задачей психолога и психотерапевта, работающего с заболевшими, является активация именно этого «резервного» потенциала, большая часть которого лежит в сфере сложных личностных экзистенций.

2.1. Общая структура и выборка исследования, установочное клиническое интервью

1-й этап отбора пациентов предполагал наличие в анамнезе двух клинических диагнозов: почечно-клеточный рак и рак мочевого пузыря.

2-й этап отбора пациентов «выравнивал» выборочную совокупность по гендерному и возрастному признаку.

3-й этап формирования выборки учитывал особенность течения основного заболевания и лечебной стратегии.

Таким образом, была сконструирована многоступенчатая, производственная, случайная, стратифицированная выборка.

В первую группу вошли 62 пациента в возрасте от 51 до 65 лет (30 мужчин и 32 женщины), имеющих диагноз «почечно-клеточный рак», равномерно распределенные между тремя лечебными стратегиями.

Во вторую группу вошли 60 пациентов: 30 мужчин и 30 женщин от 47 до 61 года, имеющих диагноз «рак мочевого пузыря», равномерно распределенные между тремя лечебными стратегиями.

Для решения вопроса об эффективности системы психотерапевтической

(коррекционной) работы, реализуемой автором, на этапе формирования выборки для исследовательских практик была определена необходимость участия контрольной группы пациентов, которая соответствовала всем параметрам выборочной совокупности (65 пациентов: 33 мужчины и 32 женщины от 47 до 65 года, наличие диагноза и определенной медицинской стратегии), проходила все процедуры исследовательского этапа, однако не принимала участие в коррекционной работе.

Таблица 2 – Экспериментальная группа 1: пациенты с диагнозом «почечно-клеточный рак» (далее в тексте — Группа 1), количество

Лечебная стратегия	Возраст 51–65 лет		Количество человек
	Мужчины	Женщины	
Показана операция (сделана операция)	10	12	22
Показана химиотерапия	10	10	20
Показана лучевая терапия	10	10	20
Всего	30	32	62

Таблица 3 – Экспериментальная группа 2: пациенты с диагнозом «рак мочевого пузыря» (далее в тексте — Группа 2), количество

Лечебная стратегия	Возраст 47–61 лет		Количество человек
	Мужчины	Женщины	
Показана операция (сделана операция)	10	10	20
Показана химиотерапия	10	10	20
Показана лучевая терапия	10	10	20
Всего	30	30	60

Таблица 4 – Контрольная группа: пациенты с онкологическим диагнозом урологического профиля (далее в тексте — Группа 3), количество

Лечебная стратегия	Возраст 50-60 лет		Количество человек
	Мужчины	Женщины	
Показана операция (сделана операция)	12	13	25
Показана химиотерапия	12	10	22
Показана лучевая терапия	9	9	18
Всего	33	32	65

Общий методический инструментарий исследования

1. Клиническое (глубинное) интервью.
2. Методика «Интегративный тест тревожности» (ИТТ).
3. Методика субъективного ощущения одиночества (МСПО (одиночество)).
4. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Госпитальная шкала (тревога)).
5. Опросник страха прогрессирования заболевания (ОСПЗ (страхи)).
6. Шкала экзистенций А. Лэнгле — К. Орглер (Шкала экзистенций Лэнгле).
7. Индекс жизненного стиля (ИЖС).
8. Методика диагностики копинг-механизмов (Методика Хейма копинг-механизмы).
9. Диагностируемые типы отношения к болезни (ТОБОЛ).

Статистический анализ связей

1. Для сопоставления показателей, измеренных в двух разных условиях на

одной и той же выборке пациентов, использовался T-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.

Описание результатов установочного клинического интервью

Клиническое (глубинное) интервью

Клиническое интервью по методической основе представляло собой вариант глубинного интервью и проводилось по следующему путеводителю (гайд интервью):

1. Субъективные ощущения состояния здоровья на момент поступления в онкодиспансер.
2. Представления о наличии хронических заболеваний в анамнезе.
3. Представления о себе: личностные характеристики и особенности, специфика выбора жизненных стратегий, опыт преодоления препятствий, типичные реагирования на стрессовые ситуации.
4. Семейный статус и отношения в семье: динамика в связи с появлением заболевания.
5. Круг ближайшего общения — референтные группы: динамика в связи с появлением заболевания.
6. Наличие профессиональных интересов, профессиональный статус, опыт, род занятий: динамика в связи с появлением заболевания.
7. Субъективное восприятие своего эмоционального состояния в текущий жизненный период (тревоги, страхи, вопросы).
8. Личностное отношение к заболеванию.
9. Степень доверия к медицинскому учреждению и медицинскому персоналу.

10. Видение жизненных перспектив и актуальной жизненной ситуации в связи с заболеванием.

Описание результатов, полученных в ходе процедуры первичного интервьюирования

Таблица 5 – Субъективные ощущения состояния здоровья на момент поступления в онкодиспансер, %

Название состояния	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Общий итог
Состояние здоровья можно обозначить как отличное	0	0	0	0
Состояние здоровья хорошее	8	7	8	7
Состояние здоровья трудно оценить	10	12	14	12
Состояние здоровья скорее неудовлетворительное	39	42	37	39
Плохое состояние здоровья	44	40	42	42
Общий итог	100	100	100	100

Таким образом, у пациентов преобладают позиции, указывающие на неудовлетворительное и плохое состояние своего здоровья, зафиксированные в ходе интервью. Распределение этих позиций представлено на диаграмме (рисунок 1).



Рисунок 1. Оценка состояния здоровья (сводные результаты по трем группам), %

Таблица 6 – Представления о наличии хронических заболеваний в анамнезе на момент поступления в онкодиспансер, %

Названия строк	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Общий итог
Имеют	95	97	94	95
Не имеют (по их словам)	3	3	5	4
Затруднились с ответом	2	0	2	1
Общий итог	100	100	100	100

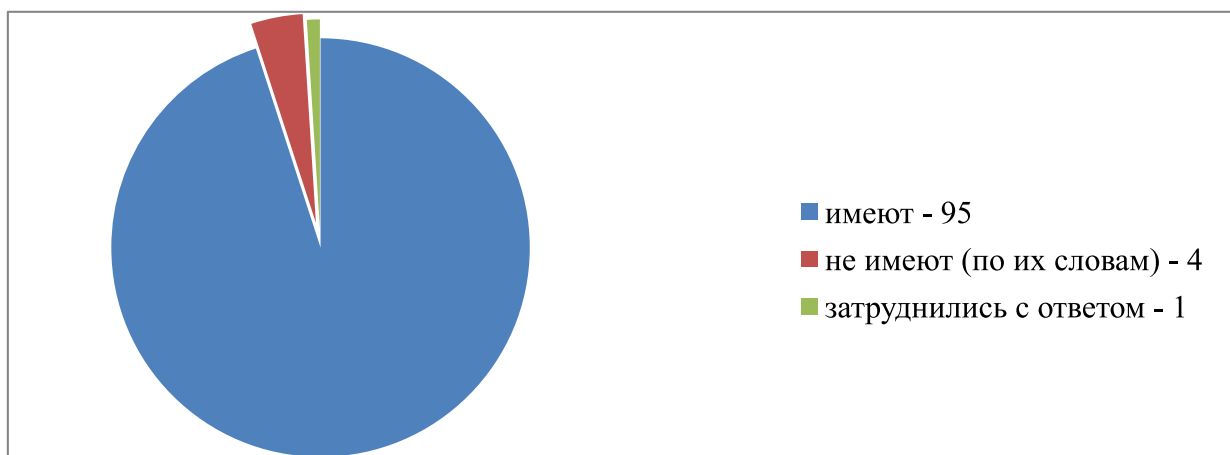


Рисунок 2. Представления о наличии хронических заболеваний в анамнезе (сводные результаты по трем группам), %

Таким образом, большинство участвовавших в интервью указывают на наличие хронических заболеваний в своих анамнезах. Основная часть участвовавших в интервью свободно вспоминала и называла их.

Таблица 7 – Представление пациентов о себе (на основе часто встречающихся вариантов ответов), %

Характеристики	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Общий итог
Активный	6	3	5	5
Жизнерадостный (позитивный)	5	5	8	6
Целеустремленный	3	3	5	4
Стрессоустойчивый	2	2	2	2
Общительный	3	2	2	2
Тревожный	6	7	8	7
«Неудачник»	2	3	8	4
Робкий, застенчивый	3	3	6	4
Исполнительный	3	2	3	3

Другие варианты (в формулировках информантов-пациентов): - заботливый; - любящий; - внимательный; - чуткий; - вредный; - завистливый; - жадный; - требовательный; -принципиальный; - надежный; - счастливый.	66	70	55	64
Общий итог	100	100	100	100

В ходе интервью мы попросили у информантов обсудить вопросы, связанные с их семьями: наличие семьи, характер семейных отношений, наиболее значимое окружение и т. д.

Таблица 8 – Семейный статус пациентов, %

Семейный статус	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Общий итог
Женат (замужем)	82	80	74	79
Разведен	11	10	12	11
Холост (не замужем)	2	3	5	3
Вдовец	5	7	9	7
Общий итог	100	100	100	100

Таким образом, основной массив опрошенных пациентов указывает на свой актуальный семейный статус независимо от номера группы, что позволяет развивать в ходе диалогов беседу в этом направлении и рассчитывать на ресурсную помощь данного блока.

Таблица 9 – Оценка отношений в семье, %

Оценка отношений в семье	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Общий итог
В семье преобладают близкие и теплые отношения	32	40	40	37
В семье преобладают ровные, уважительные, но нейтральные отношения	47	38	38	41
Члены семьи автономны, каждый живет своей жизнью	21	22	22	21
Общий итог	100	100	100	100

Таким образом, на основе ответов информантов можно выделить три модели семейных отношений: близкие и теплые, ровные и нейтральные, автономные. Следует подчеркнуть, что пропорции между выборами этих моделей сходны во всех трех исследуемых группах. Прежде всего пациенты упоминали о ровных и нейтральных отношениях в их семьях на сегодняшний день. Каждый третий убежден, что его окружают любящие родственники. И почти каждый пятый в нашей общей выборке считает, что семья не выступает для него сферой понимания и принятия — близкие люди ведут весьма автономный образ жизни.

Представим это на следующей диаграмме.

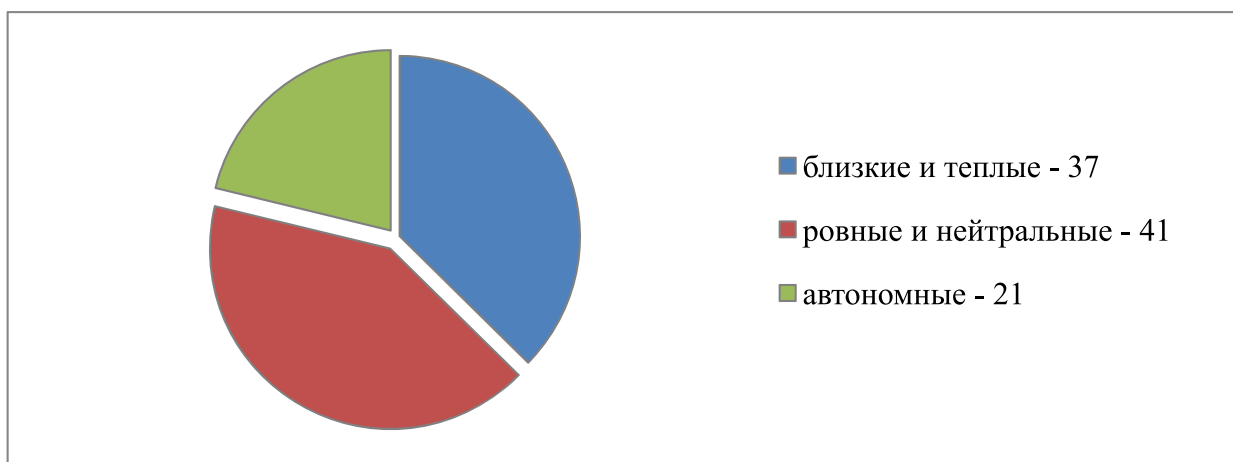


Рисунок 3. Представления о преобладающих свойствах семейных отношений (сводная характеристика трех групп), %

Тем не менее семья все-таки остается той средой, в которой живут самые дорогие люди, по оценкам наших пациентов. Это видно по результатам, представленным в следующей таблице. Причем среди всех семейных статусов

наиболее важны дети и внуки — значительное большинство наших информантов указали на них. На втором месте по значимости и близости — родственники, а на третьем — друзья.

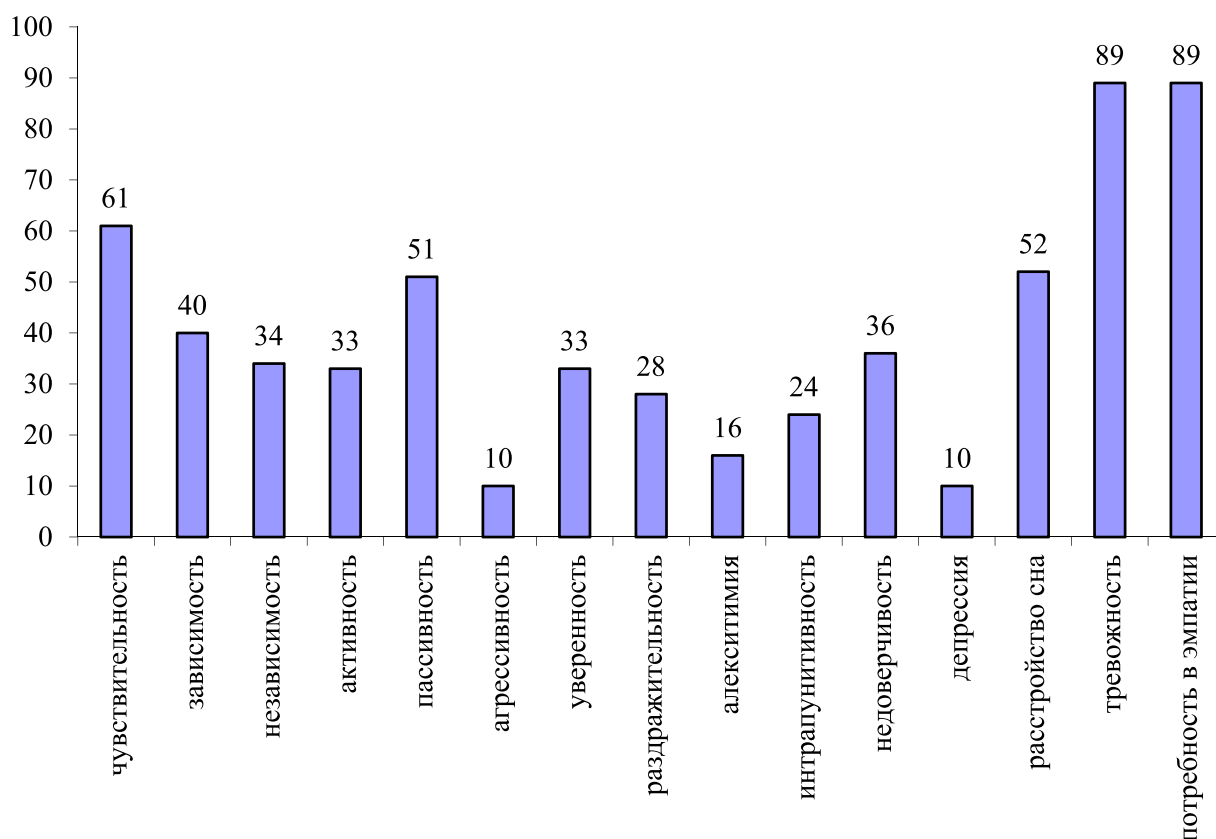
Таблица 10 – Особенности референтных групп, %

Ближайшее окружение, которое обозначается как «люди, которые мне особо дороги»	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Общий итог
Семья, с которой проживаю совместно (совместное хозяйство)	27	25	29	27
Родственники	19	20	15	18
Друзья	18	17	17	17
Коллеги по работе	13	13	14	13
Дети, внуки	10	12	11	11
Соседи	8	8	9	9
Другое: — соседи по саду (даче); — друг по переписке; — «друг» из соц. сетей; — бывший одноклассник; — бывший армейский приятель; — приятель, с которым когда-то занимался спортом; — педагог сына; — руководитель (начальник); — священник.	5	5	5	5
Общий итог	100	100	100	100

Помимо семейного окружения, о наличии и важности которого рассказывали наши информанты, в их мыслях были воспоминания о работе и карьере, о своей профессиональной деятельности, хотя распределение нашей выборки по этому признаку выглядит весьма неоднородно. Мы представили его в следующей таблице.

Таблица 11 – Профессиональный статус, %

Профессиональная деятельность в настоящий момент	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Общий итог
Я работаю (имею трудовой договор, контракт и т. д.)	21	40	34	32
Я пенсионер	61	50	51	54
Я «работающий пенсионер»	15	7	11	11
Другое: — у меня ИП, работаю «на себя»; — у меня статус «инвалид»; — официально не трудоустроен, но подрабатываю время от времени; — беру работу на дом; — работаю частным образом; — человек «свободной профессии»; — занимаюсь с внуками.	3	3	5	4
Общий итог	100	100	100	100

**Рисунок 4. Субъективное восприятие своего эмоционального состояния в текущий жизненный период (сводные результаты интервьюирования трех групп), %**

В целом, описывая свое эмоциональное состояние, наши информанты

признавались в том, что переживают 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 частоте выбора со стороны участников интервью.

Таким образом, можно сделать вывод, что в ходе интервью информанты отмечали сниженный фон настроения, упадок сил и настроения, высокую тревожность и серьезные опасения за дальнейшие перспективы. В связи с этим следующий тематический блок нашего глубинного интервью был нацелен на выявление специфики восприятия своего заболевания.

Таблица 12 – Отношение к заболеванию, %

Отношение к заболеванию	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Общий итог
Болезнь как испытание	37	32	29	33
Болезнь как «кара божья»	11	15	11	12
Болезнь близкий конец	16	15	20	17
Болезнь «не понимаю – за что?»	18	17	15	17
Болезнь как шанс стать лучше	10	13	15	13
Болезнь как неизбежность	5	5	5	5
Другое: — не могу говорить об этом; — все как в тумане; — будет, как будет; — жалко, что так; — еще поборемся; — у всех что-нибудь; — мне не повезло.	3	3	5	4
Общий итог	100	100	100	100

Как видно из данных таблицы, вариантов ответов было выделено пациентами немало. Уточним, что эти варианты назывались ими самостоятельно. Мы обратились к методу группировки, чтобы объединить их по определенным смысловым основаниям. В целом можно подчеркнуть, что

отношение к болезни весьма неоднозначное, оно еще проходит стадии формирования, и эти процессы не останавливаются на этом жизненном периоде. Однако в этом отношении на сегодняшний день превалируют фаталистические и пессимистические установки.

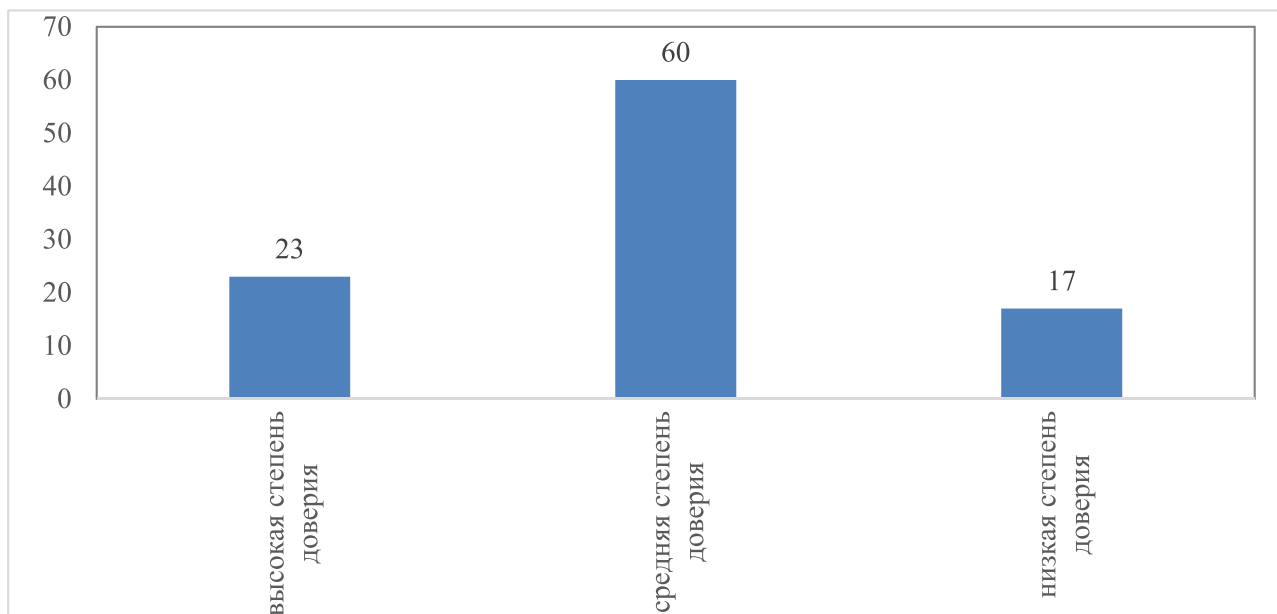


Рисунок 5. Степень доверия к медицинскому учреждению и медицинскому персоналу (сводные данные трех групп), %

Высказываясь о медицинском учреждении и медицинском персонале, с которым сейчас происходит непосредственное взаимодействие, наши информанты подчеркнули среднюю степень доверия к ним. Она преобладает в целом по трем группам опрошенных. Только каждый пятый участник интервью считает, что может доверять медицине полностью и безоговорочно на этом этапе лечения. Доля тех, кто выразил свои сомнения и недоверие, составляет 17 % от всех опрошенных респондентов.

В связи с этим актуальным стал следующий блок нашего интервью, в котором мы попытались выяснить представления наших информантов о перспективах своего лечения и дальнейших жизненных горизонтах. В ходе анализа этого блока удалось выявить преобладание пессимистической позиции

у всех трех групп опрошенных. Более подробно распределение между позициями представлено в таблице 13.

Таблица 13 – Видение жизненных перспектив, %

Видение жизненных перспектив	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Общий итог
Позитивная позиция	3	5	8	5
Пессимистическая позиция	65	68	63	65
Неопределенная позиция	32	27	29	29
Общий итог	100	100	100	100

Таким образом, на первом месте по частоте присутствия в ответах информантов находится пессимистическая позиция («ничего хорошего я не ожидаю», «все закончится плохо» и т. д.). Для каждого третьего респондента картина будущего представляется весьма туманной и неясной. Доля оптимистов в этом вопросе невелика. Пропорция между долями этих позиций в нашей выборочной совокупности представлена на следующей диаграмме.

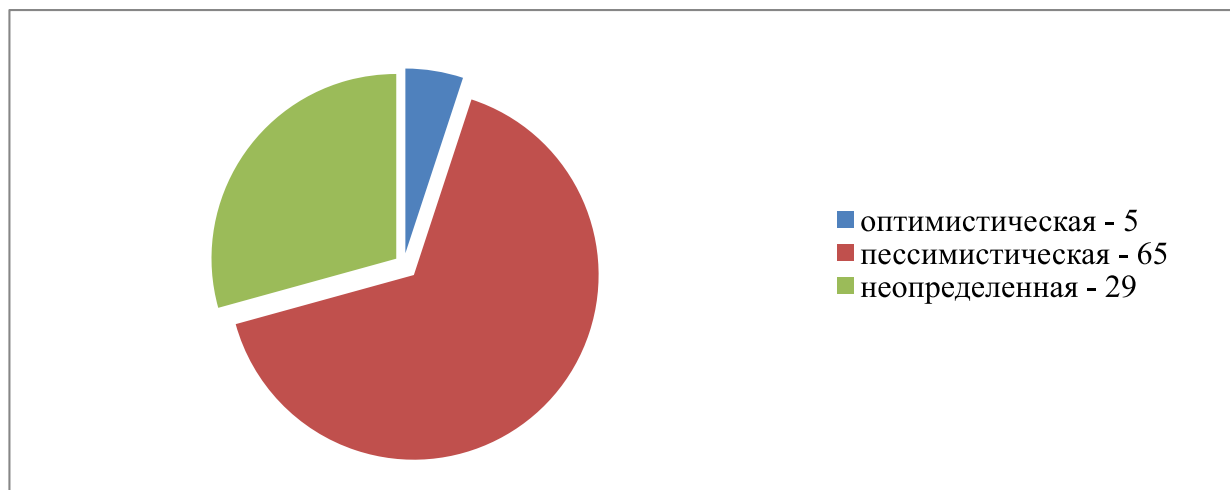


Рисунок 6. Представления о жизненных перспективах (сводные характеристики трех групп), %

Основные выводы по результатам установочного клинического интервью:

На момент поступления в онкологический диспансер большинство испытуемых страдают различными хроническими заболеваниями (артериальная

гипертензия, хронический бронхит, пиелонефриты и др.).

При описании своих личностных особенностей половина испытуемых характеризуют себя как уверенных в себе и активных людей, подчеркивая, что таковыми были до начала заболевания, однако на сегодняшний день эти свойства они ставят под сомнения.

Достаточно большая доля информантов-пациентов (около 40 % опрошенных) описывали себя как чувствительных и ранимых. Они подчеркивали наличие серьезных переживаний и эмоционального напряжения в ситуациях стресса, вспоминали случаи из детства и школьной юности, в которых эти переживания проявлялись наиболее ярко (ситуации ответов у доски, контрольных работ, экзаменов).

Каждый третий информант описывает целый ряд меланхолических черт.

Отношение испытуемых к своей болезни различное: от восприятия болезни как «кары», до принятия ее как испытания. Большинство участников, как правило, о своем заболевании знают мало, причем судят о его специфике в основном со слов знакомых и родственников. Превалирует отношение к болезни как к бесперспективному будущему. Информанты использовали фразы: «я не верю в излечение», «будь что будет», «на работу меня уже никто не возьмет», «кому я буду нужен».

При этом необходимо отметить, что степень доверия к медицинскому персоналу и медицинскому учреждению характеризуется ими по преимуществу как средняя. Тем не менее большинство информантов выражали готовность к сотрудничеству и выполнению всех назначений «во имя здоровья». Порядка 12 % пациентов, участвовавших в интервью, прочитали специальную литературу на эту тему, чтобы поближе познакомиться с особенностями протекания заболевания и медицинскими стратегиями. Вместе с тем около 7 % информантов определили свою позицию фразой «ничего не знаю и знать не хочу».

Испытуемые предъявляли жалобы на наличие тревоги, страха, вялость, расстройство сна. Причиной своего эмоционального состояния называют поставленный им диагноз «рак».

Большинство испытуемых свои переживания связывают:

- с неопределенностью прогноза лечения;
- со страхом перед физической болью;
- со страхом отвержения, одиночества;
- со страхом смерти.

В процессе проведения клинического интервью были выявлены особенности эмоционального реагирования на онкологические заболевания.

Анализируя результаты клинического интервью, наиболее высокие показатели получены по шкалам «тревожность» (89 % информантов отметили эти характеристики) и «потребность в эмпатии» (89 % пациентов указали на нее). Больные в ряде случаев подчеркивают у себя повышенную ранимость, обидчивость (раздел «чувствительность» — 61 % информантов); под предлогом неверия в лучший исход заболевания реагируют пассивностью. 52 % информантов отмечают у себя упадок сил, расстройство сна.

Мнение окружающих важно более чем для половины информантов. Активность отмечается у 20 % опрошенных пациентов. Уверенность в себе отмечают у себя 10 % участников интервью. 28 % пациентов отмечают несдержанность и раздражительность по отношению к близким и медперсоналу. 24 % информантов склонны в создавшемся положении обвинять самих себя. 16 % пациентов не могут выразить свои чувства. Агрессивность замечают у себя 11 % информантов. 10 % заболевших описывают себя в ситуации отчаяния.

На основании анализа результатов клинического интервью можно сделать вывод, что у онкологических больных доминирует пониженный фон настроения и повышена тревожность. Больным хочется, чтобы их понимали и

сочувствовали. На общем фоне пониженного настроения развивается пассивность, раздражительность, расстройства сна, формируется неуверенность в себе и неверие в лучший исход заболевания. Значимой разницы в отношении этих реакций между группами выборки по гендеру, возрасту и типу заболеваний не выявлено.

2.2. Результаты и интерпретация эмпирических процедур, связанных с исследованием защитных механизмов и типов отношений к болезни онкоурологических больных различной нозологии

Непосредственное исследование защитных механизмов и типов отношений к болезни у онкоурологических больных различной нозологии включало в себя:

— группу методик на выявление содержательных и смысловых элементов экзистенциальных переживаний, по поводу которых, в контексте онкологического заболевания, формируется система защитно-компенсаторных реакций: интегративный тест тревожности — комплексная методика на выявление уровней тревоги и фобических реакций; методика субъективного ощущения одиночества; госпитальная шкала тревоги и депрессии; опросник страха прогрессирования заболевания;

— группу методик, связанную с исследованием защитных механизмов личности: опросник для исследования психологических защит от тревоги, связанной с экзистенциальными проблемами, шкала экзистенций (А. Лэнгле — К. Орглер);

— методики, непосредственно связанные с исследованием типов отношения к болезни и стратегий совладающего поведения: ТОБОЛ, ИЖС (индекс жизненного стиля), элементы копинг-теста А. Хайми.

Методика «Интегративный тест тревожности» (ИТТ)

Методика «Интегративный тест тревожности» (ИТТ) предназначена для выявления уровня и структуры личностной тревожности и ситуативной тревоги

как показателей социально-психологического стресса онкологических больных.

Максимальная выраженность тревоги 10 баллов, минимальная — 0 баллов, средний уровень тревоги (норма) — 0–3 баллов, 4–6 баллов — умеренный уровень тревожности, 7–10 баллов означает высокий уровень тревожности, свидетельствующий об устойчивой тенденции воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие.

Таблица 14 – Первый срез, %

	СТ-С			СТ-Л		
	слабо выражено	выражено	очень выражено	редко	часто	почти все время
Группа 1	16	27	57	19	37	44
Группа 2	15	37	48	22	42	37
Группа 3	20	29	51	15	42	43

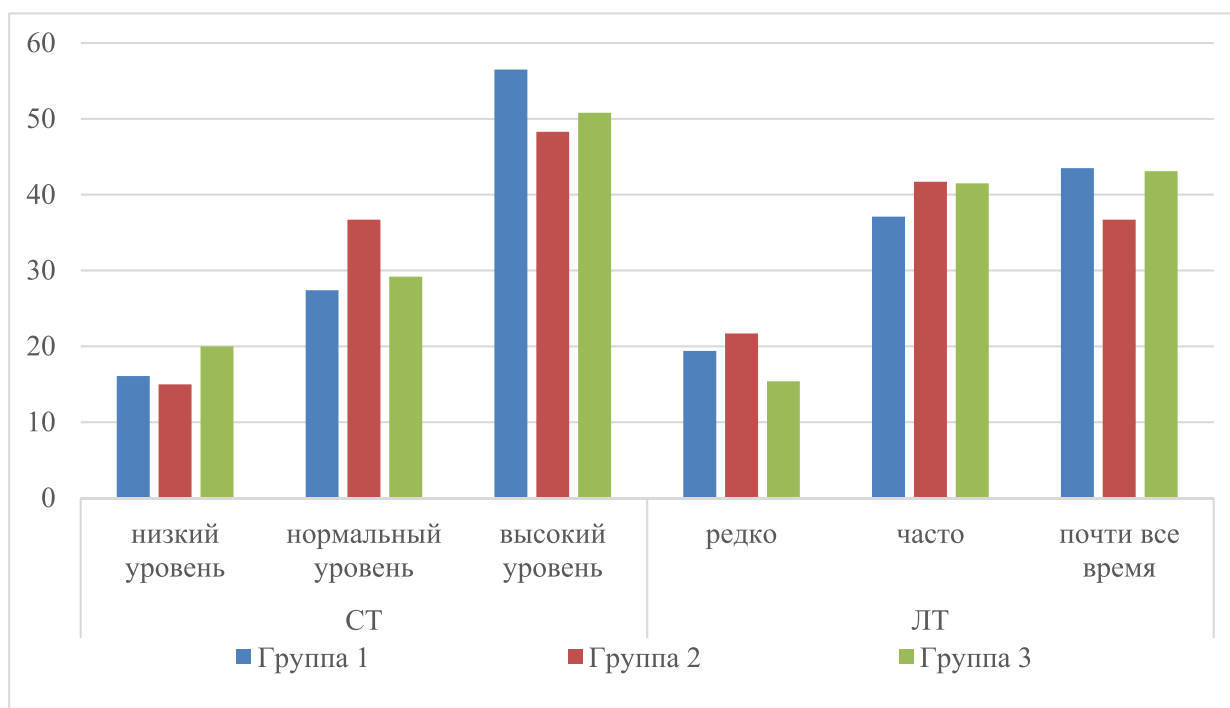


Рисунок 7 распределение в группах по уровню выраженности тревоги

Таблица 15 – Первый срез, %

-	ЭД			АСТ			ФОБ			ОП			СЗ		
	не выражен или мало выражен	не превышает уровня нормы	преобладает	не выражен или мало выражен	не превышает уровня нормы	преобладает	не выражен или мало выражен	не превышает уровня нормы	преобладает	не выражен или мало выражен	не превышает уровня нормы	преобладает	не выражен или мало выражен	не превышает уровня нормы	преобладает
Группа 1	0	27	73	79	21	0	6	47	47	3	32	65	40	56	3
Группа 2	2	30	68	73	27	0	3	38	58	2	32	67	47	53	0
Группа 3	3	31	66	79	22	0	3	46	51	2	40	59	46	54	0

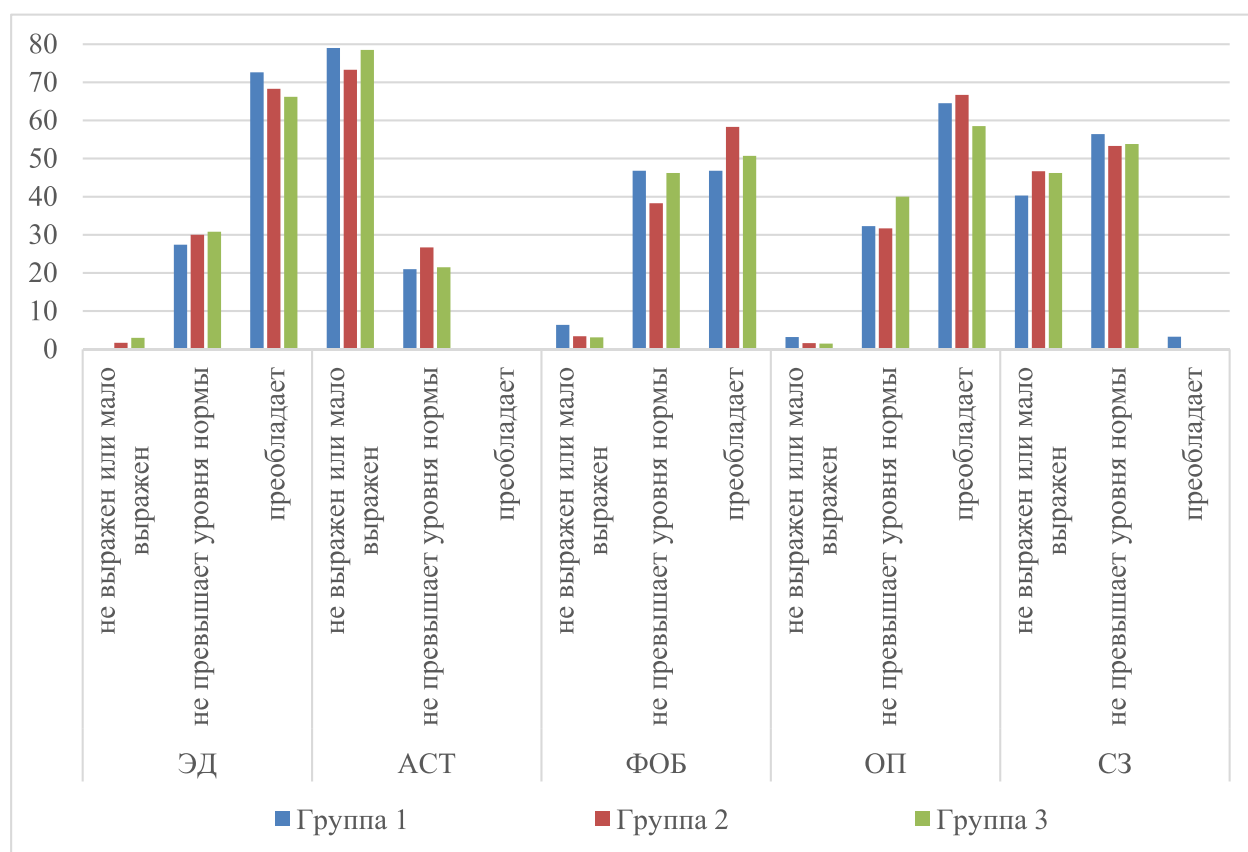


Рисунок 8. Соотношение уровня выраженности тревоги и типа реакции

Методика субъективного ощущения одиночества

Таблица 16 – Первый срез, %

	Высокий уровень одиночества	Средний уровень одиночества	Низкий уровень одиночества
Группа 1	52	39	9
Группа 2	52	37	12
Группа 3	55	37	8

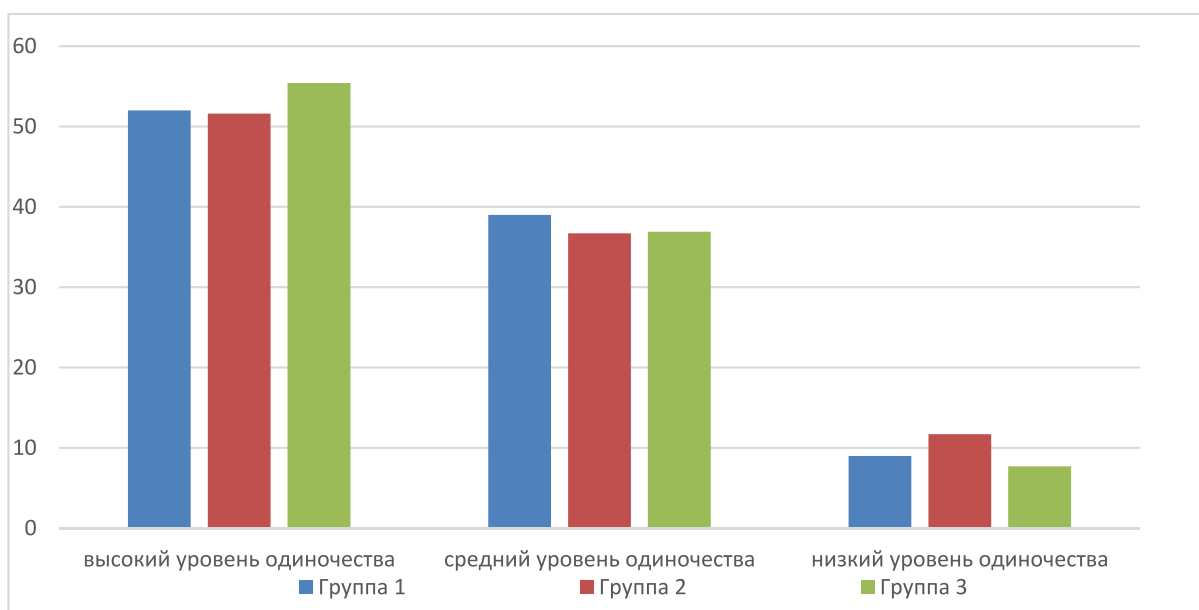


Рисунок 9. Распределение уровней субъективного ощущения одиночества, по группам

Анализируя полученные результаты следует отметить, что ситуативная и личностная тревожность коррелируют с уровнем сформированности регуляторной гибкости (0,70, $p \leq 0,05$). При активизации ситуативной тревожности пациент чувствует себя неуверенно, не способен адекватно реагировать на ситуацию. При наличии высокой личностной тревожности пациент с трудом привыкает к смене образа жизни, возникают регуляторные сбои, неудачи в различных видах деятельности. Важно отметить, что в условиях лечения онкологического заболевания в стационаре пациент в той или иной мере (по высказываниям — в достаточно высокой) ощущает опасность, не может сконцентрироваться на выполняемой деятельности, ему трудно

чувствовать себя уверенно в этой ситуации и объективно оценить происходящее вокруг. В связи с отмеченным наблюдением возникает отдельная дополнительная линия исследования, связанная со спецификой экзистенциального конфликта пациента в связи с пребыванием (в особенности длительным) в стационаре. В этой связи необходимо рассматривать ряд особых личностных и поведенческих характеристик, в частности, связанных с изменением представлений о «синдроме госпитализма» и его проявленности в конкретной психотравматической ситуации. В задачи настоящего исследования это не входило, но может рассматриваться как одно из направлений перспектив данного исследования.

Коэффициент обратной корреляции между шкалой «Общий уровень саморегуляции» со шкалами «Раздражение» и «Вербальная агрессия» по опроснику Басса — Дарки составил 0,68 и 0,72 соответственно, $p \leq 0,05$. Таким образом, можно сказать, что чем ниже уровень саморегуляции у данных пациентов с онкопатологией, тем выше их готовность к проявлению негативных чувств при малейшем возбуждении как через форму (крик, визг), так и через содержание словесных ответов (проклятия, угрозы).

Выявлены корреляционные связи между тревожным (0,75 и 0,71, $p \leq 0,05$), неврастеническим (0,69 и 0,70, $p \leq 0,05$), меланхолическим (0,60 и 0,62, $p \leq 0,05$), апатическим (0,53 и 0,51, $p \leq 0,05$) типами отношения к болезни и ситуативной и личностной тревожностью. Эти показатели свидетельствуют о том, что в данный момент ситуационные влияния актуализируют конституциональное личностное свойство тревожности, трансформируя его в состояние тревоги. Чрезмерная тревожность сопровождается нарушениями социальной адаптации больных с этими типами отношения.

В силу необходимости понимания смысловой содержательности экзистенциальных характеристик, выделяемых и проявляемых пациентами, стало возможным проведение факторного анализа с выделением значимых факторов, которые, по сути, могут описываться как смылосодержащие переменные, элементы картины мира, на основе которых далее будет

проводиться формирующая часть эксперимента.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии

Таблица 17 – Первый срез, %

	Тревога			Депрессия		
	в норме	выше нормы	высокая	в норме	выше нормы	высокая
Группа 1	36	27	37	32	34	34
Группа 2	61	17	22	58	20	22
Группа 3	45	28	28	46	23	31

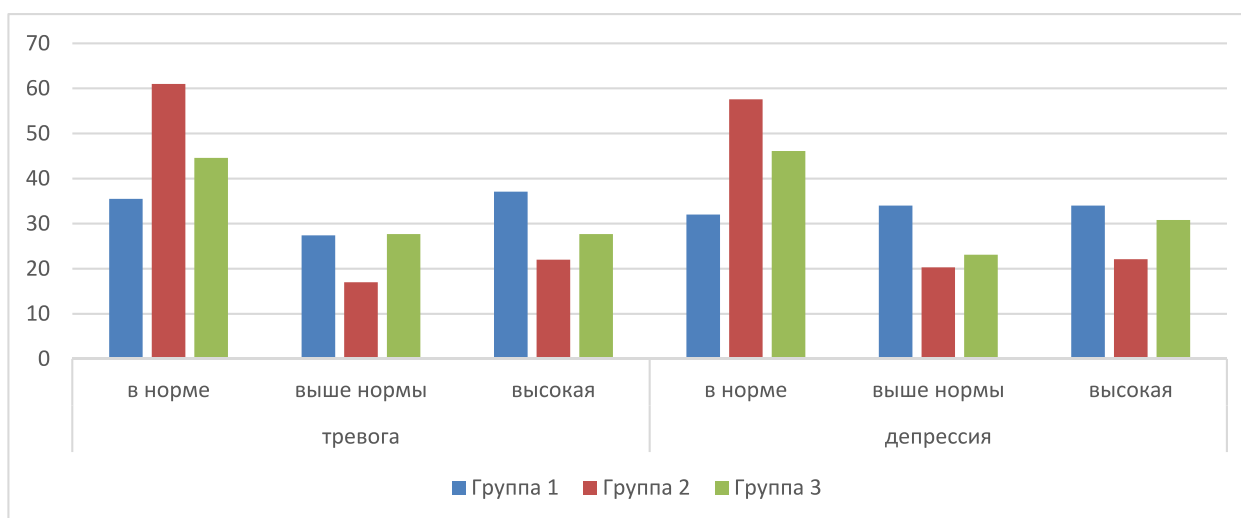


Рисунок 10. Распределение нормативности тревоги и депрессии по группам

Опросник страха прогрессирования заболевания (ОСПЗ (страхи))

Таблица 18 – Первый срез, %

	Общий уровень страха прогрессирования заболевания			Эмоциональные реакции			Семейные страхи			Страх утраты автономии		
	высокий	средний	низкий	высокий	средний	низкий	высокий	средний	низкий	высокий	средний	низкий
Группа 1	53	44	3	52	45	3	45	55	0	27	73	0
Группа 2	58	40	2	55	43	2	48	48	3	20	80	0
Группа 3	58	40	2	54	45	2	51	49	0	22	79	0

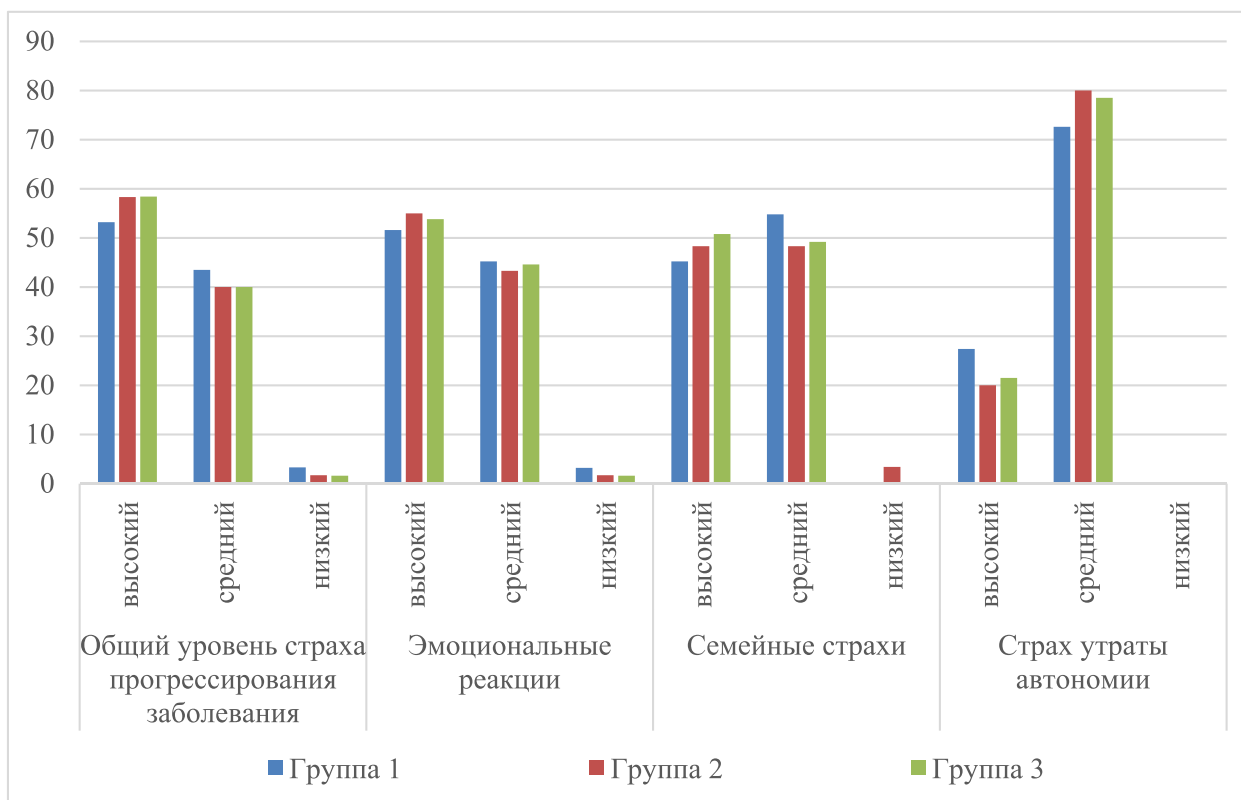


Рисунок 11. Распределение интенсивности выраженности и типов страхов по группам

Шкала экзистенций А. Лэнгле — К. Орглер (Шкала экзистенций Лэнгле)

В то же время отметим явные различия в профиле выраженности средних значений экзистенциальных защит в двух исследованных группах. Так, в первой группе пациентов с диагнозом «почечно-клеточный рак» только две группы защит превышают 50 % уровень выраженности. Это, как уже отмечалось выше, продуктивные защиты от бессмысленности и защиты от страха одиночества. Во второй же группе (пациентов с диагнозом «рак мочевого пузыря») уже «напряжены» пять групп защит: защиты от страха смерти («вера в собственную исключительность» и «вера в конечного спасителя»), защиты от страха свободы («избегание проявлений воли»), защиты от страха одиночества и продуктивные защиты от бессмысленности. Нужно отметить у пациентов, страдающих раком мочевого пузыря, бóльшую степень напряжения экзистенциальных защит, а также существование бóльшего количества разнообразных страхов, касающихся практически всех аспектов их существования.

Исследуя динамику и специфику экзистенциальных переживаний онкологических больных, мы можем акцентировать внимание ещё на одном феномене, соотносимом с ранее упоминавшейся нами «травматической свободой», — прерывании формирования экзистенциально-ценностной матрицы. Фактически, изменяясь в силу травматических обстоятельств, картина мира онкологического больного с момента постановки диагноза начинает оформляться по травмозаместительному типу, т. е. в нее изначально, на уровне значимых ценностных и смысловых переменных встраивается и отношение к болезни, и восприятие себя как «условно полноценного». Но в этой же связи в большом проценте случаев активизируется и своеобразная «жажда жизни», фактически мы можем говорить о своеобразном компенсаторном процессе, используя терминологию А. Лэнгле, — стремлении к реализации исполненности жизни.

Таблица 19 – Первый срез, %

Группа	Самодис- танцирование (SD)			Самотранс- ценденция (ST)			Свобода (F)			Ответственность (V)		
	высокий	средний	низкий	высокий	средний	низкий	высокий	средний	низкий	высокий	средний	низкий
Группа 1	0	29	71	3	42	55	0	31	69	0	27	73
Группа 2	0	32	68	2	47	52	0	35	65	2	32	67
Группа 3	0	35	65	2	42	57	0	42	59	0	35	65

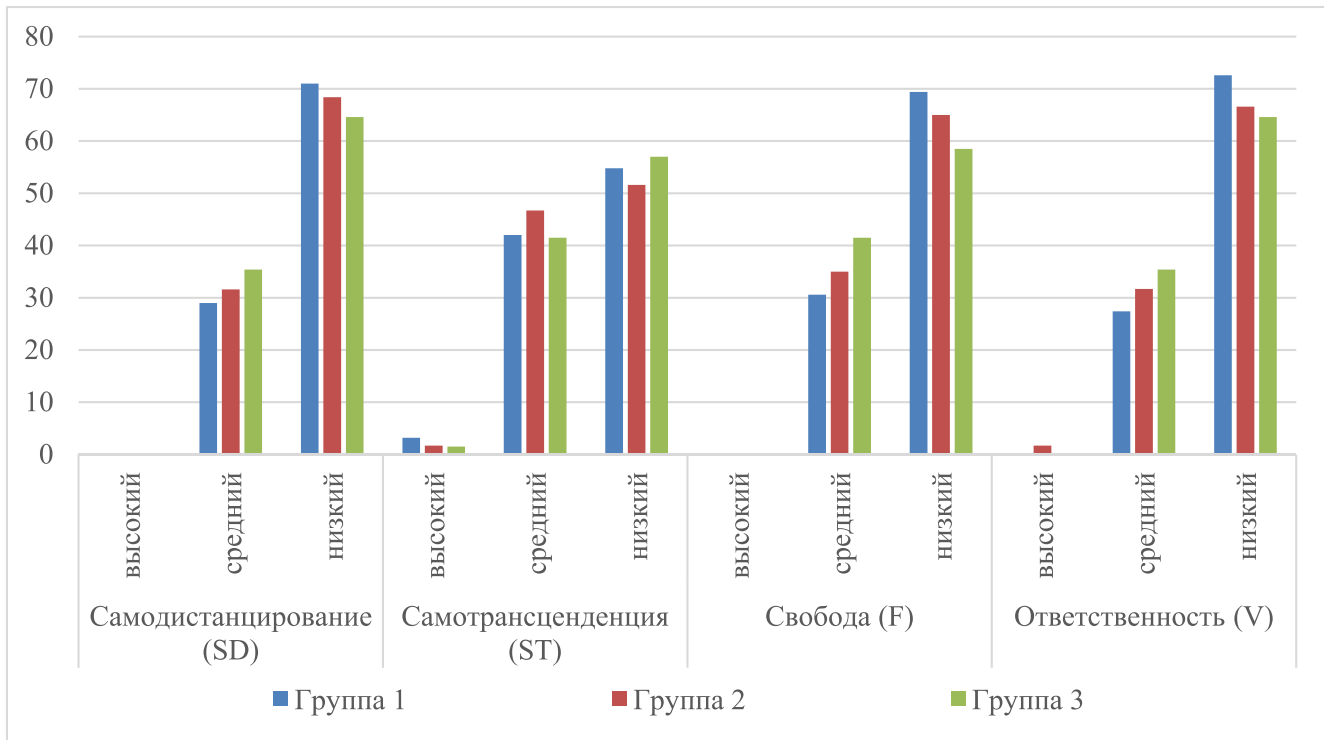


Рисунок 12. Распределение интенсивности выражения и типов экзистенциальных реакций

По результатам данной методики можно видеть, что большинство испытуемых имеет высокий уровень экзистенциальной исполненности жизни, который характеризует взрослого человека. В целом большинство испытуемых имело средний уровень по основным шкалам (SD, F, V), из этого среднего уровня выходила только шкала ST. Из чего можно сделать вывод, что испытуемые оценивают себя как склонных к принятию себя в конкретной ситуации. Фактически речь идет об активированной способности чувствования, переживания ценностного отношения к миру, стремлении понять экзистенциальную значимость происходящего.

Индекс жизненного стиля (ИЖС)

Таблица 20 – Первый срез, %

Группа	Отрицание	Вытеснение	Регрессия	Компенсация	Проекция	Замещение	Интеллектуализация	Реактивные образования
Группа 1	13	24	11	7	5	8	8	24
Группа 2	17	33	3	7	13	7	8	12
Группа 3	15	22	8	9	8	6	6	26

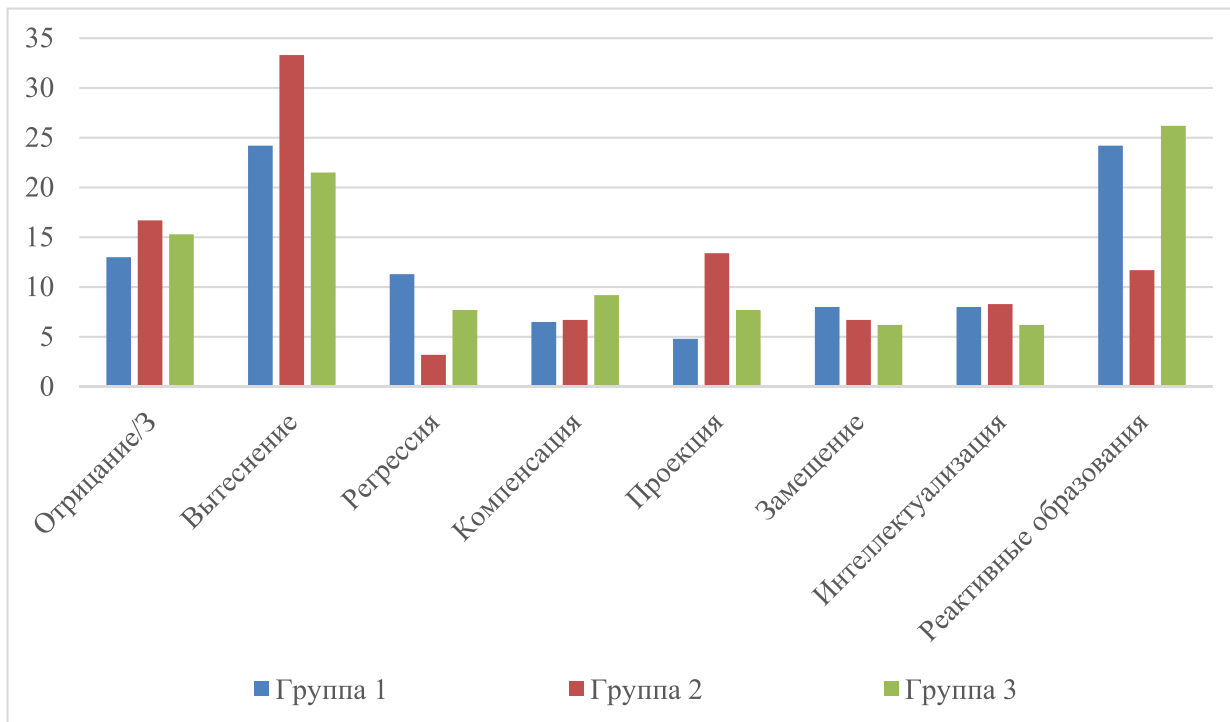


Рисунок 13. Распределение выраженности и типов ижс по группам

Методика диагностики копинг-механизмов (Методика Хейма копинг-механизмы)

Согласно теории и методики Хайми, в когнитивном компоненте мы разделяем адаптивные и неадаптивные копинг-стратегии. К адаптивным копинг-стратегиям относятся формы поведения, направленные на анализ

возникших трудностей и возможных путей выхода из них, повышение самооценки и самоконтроля, более глубокое осознание собственной ценности как личности, наличие веры в собственные ресурсы в преодолении трудных ситуаций. К неадаптивным же копинг-стратегиям относятся пассивные формы поведения с отказом от преодоления трудностей из-за неверия в свои силы и интеллектуальные ресурсы, с умышленной недооценкой неприятностей.

В поведенческом компоненте у большей доли 27 респондентов выявляются относительно адаптивные копинг-механизмы поведения. Следом 26 человек показывают адаптивные копинг-стратегии поведения, и только у 3 человек выявляются неадаптивные варианты копинга. Относительно адаптивные копинг-механизмы поведения характеризуются стремлением к временному отходу от решения проблем с помощью погружения в любимое дело, исполнения своих желаний. Адаптивные копинг-стратегии демонстрируют такое поведение личности, при котором она вступает в сотрудничество со значимыми (более опытными) людьми, ищет поддержки в ближайшем социальном окружении. Неадаптивные копинг-механизмы говорят о поведении, предполагающем избегание мыслей о неприятностях, отказ от решения проблем, пассивность, уединение.

В эмоциональном компоненте наибольшая часть испытуемых (11 чел.) демонстрирует неадаптивные варианты копинг-механизмов поведения. Относительно адаптивные выявлены у 3 респондентов, адаптивные — у 2-х. Неадаптивные варианты поведения характеризуются подавленным эмоциональным состоянием, состоянием безнадежности, покорности, переживанием злости и возложением вины на себя и других. Относительно адаптивные варианты копинг-стратегий направлены либо на снятие напряжения, либо на передачу ответственности по разрешению трудностей другим лицам. Адаптивные варианты характеризуют эмоциональное состояние с активным возмущением и протестом по отношению к трудностям и уверенностью в наличии выхода в любой, даже самой сложной, ситуации.

Таблица 21 – Адаптивные варианты копинг-поведения. Первый срез, количество

	Проблемный анализ	Сохранение самообладания	Установка собственной ценности	Протест	Оптимизм	Сотрудничество	Обращение	Альтруизм
Группа 1	0	0	6	5	8	13	0	0
Группа 2	0	0	8	8	0	5	2	2
Группа 3	0	0	12	6	0	8	0	0

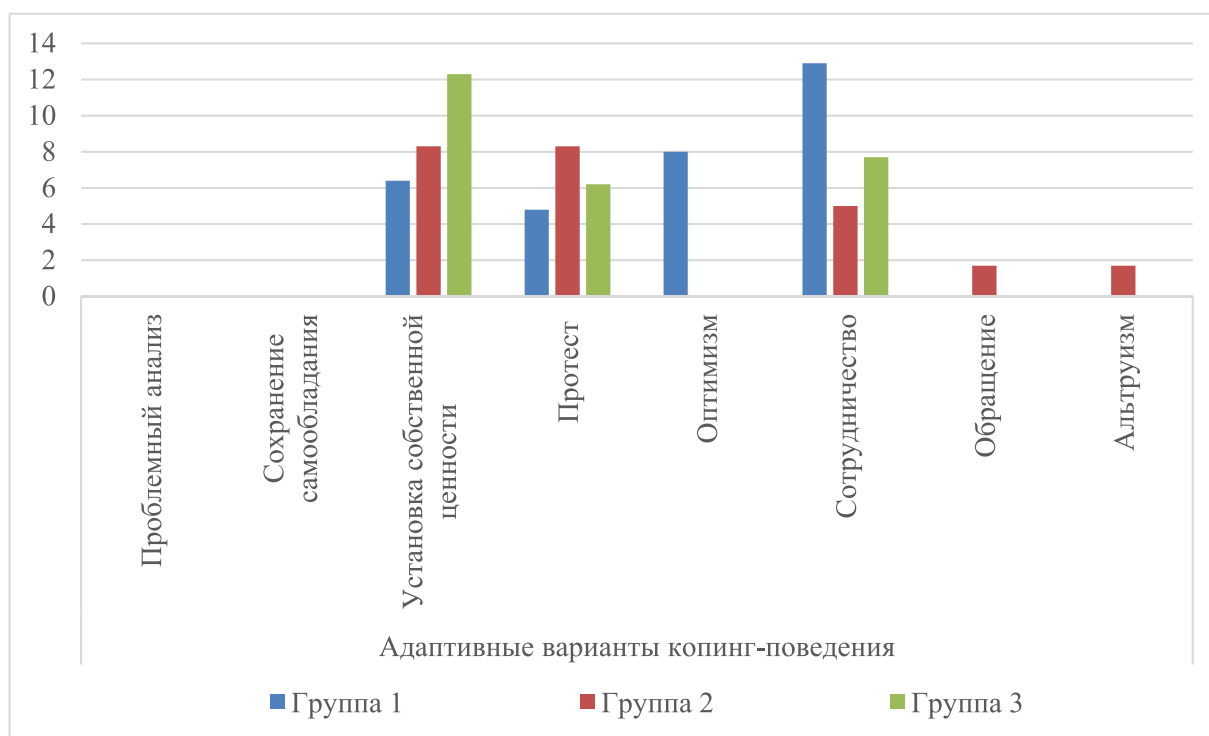


Рисунок 14. Распределение интенсивности выраженности адаптивных стратегий

Таблица 22 – Неадаптивные варианты копинг-поведения. Первый срез, количество

	Смирение	Растерянность	Диссимуляция	Игнорирование	Подавление эмоций	Покорность	Самообвинение	Агрессивность	Активное избегание	Отступление
Группа 1	3	17	3	5	0	0	0	5	5	10
Группа 2	0	0	12	5	0	0	3	0	5	5
Группа 3	12	3	2	2	0	0	0	5	6	8

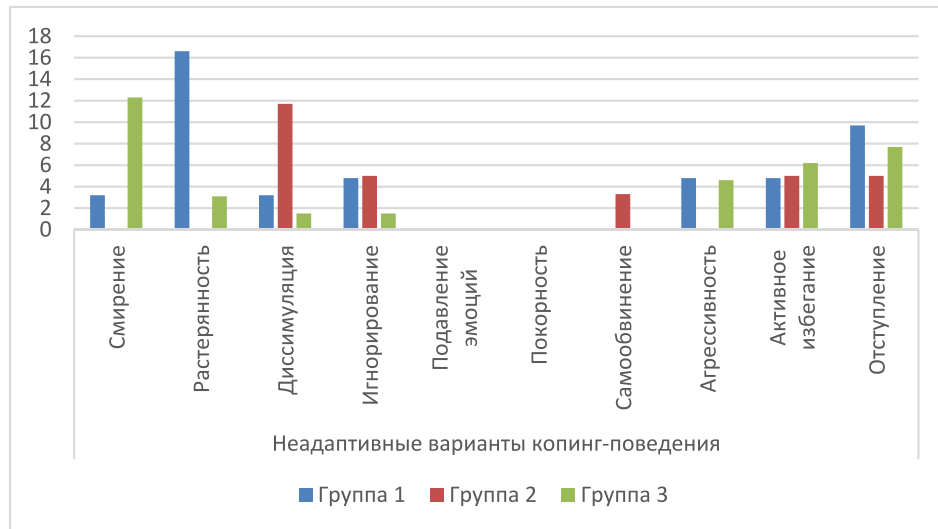


Рисунок. 15. Распределение интенсивности выраженности неадаптивных стратегий

Таблица 23 – Относительно адаптивные варианты копинг-поведения, количество

	Относительность	Придание смысла	Религиозность	Эмоциональная разрядка	Пассивная кооперация	Компенсация	Отвлечение	Конструктивная активность
Группа 1	21	0	0	15	0	0	0	0
Группа 2	20	0	0	22	3	0	0	0
Группа 3	22	0	0	8	8	0	0	0

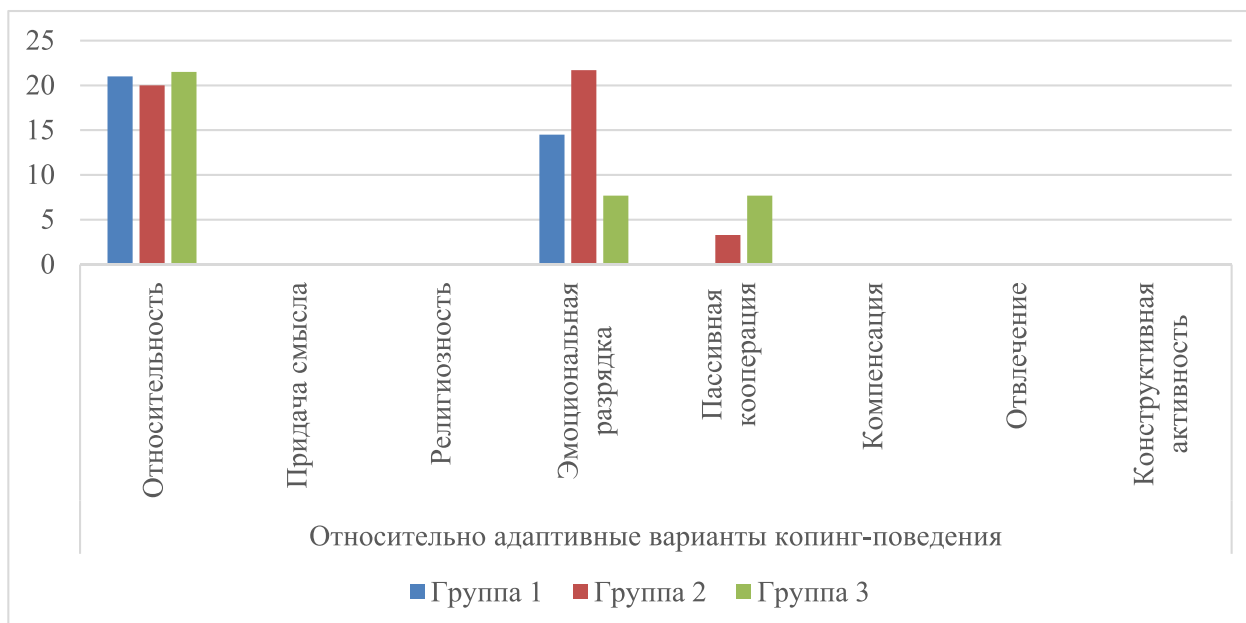


Рисунок 16. Распределение выраженности относительно адаптивных стратегий

Диагностируемые типы отношения к болезни (ТОБОЛ)

Таблица 24 – Типы отношения к болезни, Первый срез

	Гармоничный (Г)	Эргопатический (Р)	Анозогнозический (З)	Тревожный (Т)	Тревожно-неврастенический	Ипохондрический (И)	Неврастенический (Н)	Меланхолический (М)	Меланхолически-ипохондрический	Апатический (А)	Анозогнозически-апатический	Сенситивный (С)	Эгоцентрический (Э)	Паранойяльный (П)	Дисфорический (Д)
Группа 1	0	10	5	21	7	13	3	5	3	5	5	15	5	0	5
Группа 2	0	8	7	20	13	13	3	5	0	5	0	12	5	3	3
Группа 3	0	12	6	22	0	8	3	3	15	5	0	14	5	3	5

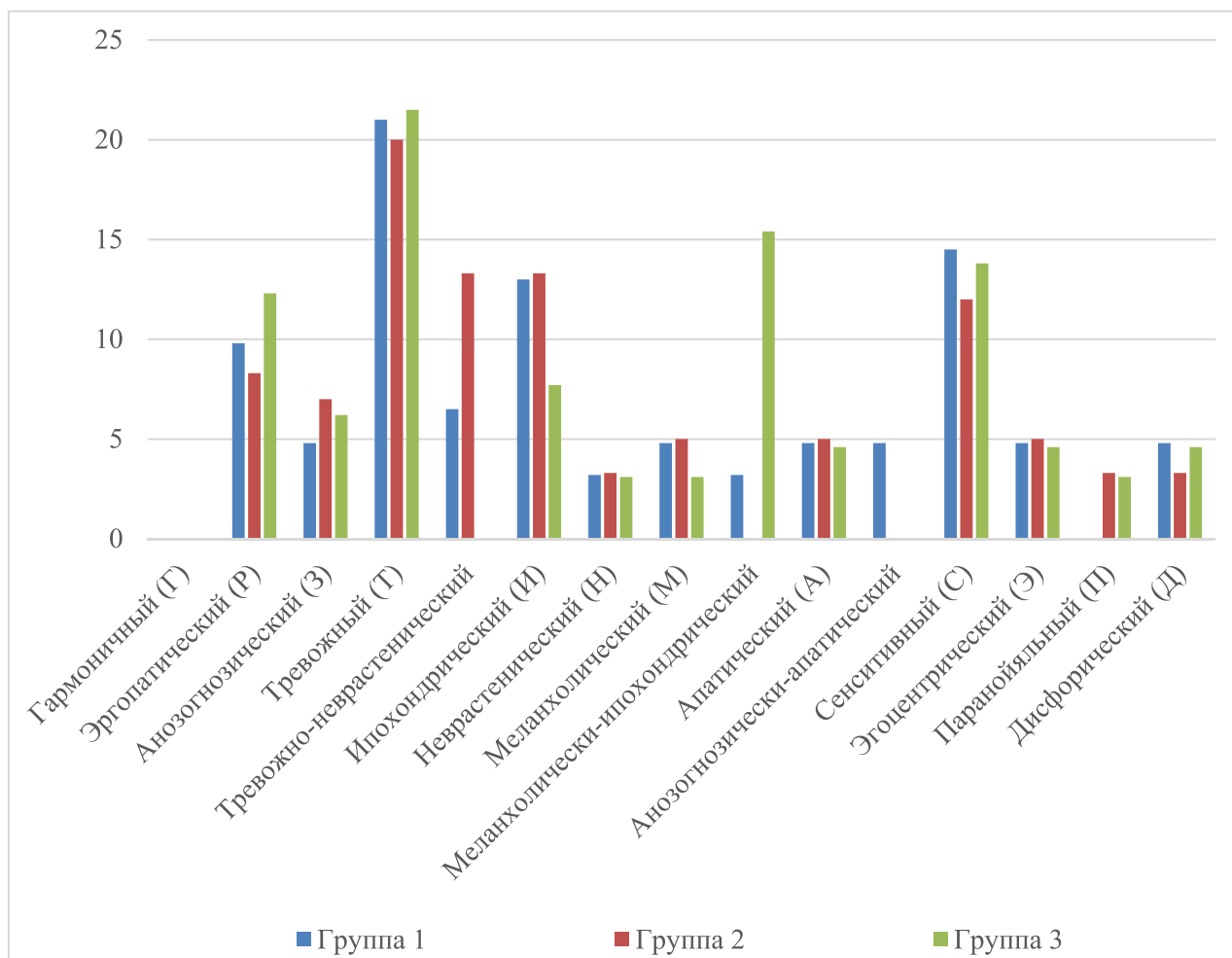


Рисунок 17. Распределение представленности типов отношения к болезни

Внутренняя картина болезни (ВКБ) как «продукт» собственной внутренней творческой активности субъекта формируется в своих более или менее развернутых формах при любом соматическом страдании, начиная от однократных эпизодов боли, дискомфорта до грубых проявлений соматической патологии (при тяжелых хронических заболеваниях). Изучение сущности этого процесса — важнейшее условие успешного изучения личности и ее изменений у онкологических больных.

Изучение ВКБ позволяет в значительной степени рассмотреть весь сложный процесс самопознания заболевшего человека, выявить те средства, которые использует человек для осуществления этого познавательного процесса. В то же время изучение ВКБ открывает возможность понимания особых способов, приемов преодоления, овладения собственным поведением,

используемых человеком в сложной жизненной ситуации. Тем самым анализ внутренней картины болезни открывает возможность проникновения в компенсаторный потенциал личности.

Болезнь как патологический процесс в организме двояким образом участвует в построении внутренней картины болезни:

1. Телесные ощущения местного и общего характера приводят к возникновению сенсорного уровня отражения картины заболевания. Степень участия биологического фактора в становлении внутренней картины болезни определяется тяжестью клинических проявлений, астений и болевыми ощущениями.

2. Болезнь создает для больного трудную психологическую ситуацию. Эта ситуация включает в себя множество разнородных моментов: процедуры и прием лекарств, общение с врачами, перестройка отношений с близкими и коллегами по работе.

Эти и некоторые другие моменты налагают отпечаток на собственную оценку болезни у пациента и формируют его окончательное отношение к своему заболеванию.

В научной литературе для описания субъективной стороны заболеваний используется большое количество терминов, которые были введены различными авторами, но часто употребляются весьма сходным образом. Е. К. Краснушкин субъективную сторону болезни раскрывает в термине «сознание болезни», Р. А. Лурия называет ее «внутренней картиной болезни», а Е. А. Шевалев — «переживание болезни». Немецкий интернист Гольдшейдер писал об «аутопластической картине болезни», выделяя две взаимодействующие стороны: сенситивную (чувственную) и интеллектуальную (рассудочную, интерпретативную) [19].

Углубление знаний о психической стороне заболеваний в отечественной теории и практике медицины привело к появлению к настоящему времени множества различных концептуальных схем, раскрывающих структуру внутреннего мира больного человека.

При адекватном типе реагирования (нормозогнозия) больные правильно оценивают свое состояние и перспективы, их оценка совпадает с оценкой врача.

При гипернозогнозии больные склонны переоценивать значимость отдельных симптомов и болезни в целом, а при гипозогнозии склонны их недооценивать [4].

Можно выделить три главных реакции больного на свое заболевание: стеническая, астеническая и рациональная.

1. При активной позиции больного в отношении обследования и лечения говорят о стенической реакции на болезнь. Есть, однако, и негативная сторона этого поведения, так как больной может быть слабо способным к выполнению необходимых ограничений стереотипа жизни, накладываемых заболеванием.

2. При астенической реакции на заболевание у больных имеется склонность к пессимизму и мнительности, но они относительно легче, чем больные со стенической реакцией, психологически приспособляются к заболеванию.

3. При рациональном типе реакции имеет место реальная оценка ситуации и рациональный уход от фрустрации [4].

Ряд авторов (Рейнвальд Н. И., 1969; Степанов А. Д., 1975; Лежепекова Л. Н., Якубов П. Я., 1977) описывает типы отношения к болезни, имея в виду характер взаимодействия, складывающийся при этом между врачом и пациентом.

Типы личностной реакции на заболевание (Якубов Б. А., 1982):

Содружественная реакция. Эта реакция характерна для лиц с развитым интеллектом. Они с первых дней заболевания становятся как бы «ассистентами» врача, демонстрируя не просто послушание, но и редкую пунктуальность, внимание, доброжелательность. Они безгранично доверяют своему лечащему врачу и признательны ему за помощь.

Спокойная реакция. Такая реакция характерна для лиц с устойчивыми эмоционально-волевыми процессами. Они пунктуальны, адекватно реагируют

на все указания врача, точно выполняют лечебно-оздоровительные мероприятия. Они не просто спокойны, а даже представляются «солидными» и «степенными», легко вступают в контакт с медицинским персоналом. Могут иногда не осознавать свою болезнь, что мешает врачу выявить влияние психики на болезнь.

Неосознаваемая реакция. Такая реакция, имея патологическую основу, выполняет в ряде случаев роль психологической защиты, и эту форму защиты не всегда следует устранять, особенно при тяжелых заболеваниях с неблагоприятным исходом.

Следовая реакция. Больные находятся во власти предубеждений, тенденциозности. Они подозрительны. Недоверчивы. С трудом вступают в контакт с лечащим врачом, не придают серьезного значения его указаниям и советам. У них часто возникает конфликт с медицинским персоналом. Несмотря на психическое здоровье, они демонстрируют подчас так называемую «двойную переориентировку».

Паническая реакция. Больные находятся во власти страха, легко внушаемы, часто непоследовательны, лечатся одновременно в разных лечебных учреждениях, как бы проверяя одного врача другим врачом. Часто лечатся у знахарей. Их действия неадекватны, ошибочны, характерна аффективная неустойчивость.

Разрушительная реакция. Больные ведут себя неадекватно, неосторожно, игнорируя все указания лечащего врача. Такие лица не желают менять привычный образ жизни, профессиональную нагрузку. Это сопровождается отказом от приема лекарств, от стационарного лечения. Последствия такой реакции бывают часто неблагоприятными [4].

В типологии реагирования Н. Д. Лакосиной и Г. К. Ушакова (1976) в качестве критерия, взятого за основу классификации типов, выделяется система потребностей, которые фрустрируются заболеванием: витальная, общественно-профессиональная, этическая или связанная с интимной жизнью [19]. Другие авторы (Бурн Д. Г., 1982) полагают, что реакция на болезнь в

значительной степени обуславливается прогнозом заболевания [18].

В любом случае в целях преодоления изменившегося самочувствия и различных проявлений болезни личностью вырабатывается комплекс адаптационных (приспособительных) приемов. Е. А. Шевалев (1936) и Щ. В. Кербиков (1971) определяют их как реакции адаптации, которые могут быть как компенсаторного (искусственное ограничение контактов, подсознательная маскировка симптомов, сознательное изменение режима дня, характера работы и т. п.), так и псевдокомпенсаторного характера (отрицание и игнорирование болезни). Другими словами, заболевший на основе своей концепции болезни определенным образом изменяет привычный образ жизни, свою трудовую деятельность, и в этом отношении самые разные соматические заболевания могут создать однотипные жизненные обстоятельства для человека.

Р. Баркер (1946) выделяет 5 типов отношения к болезни: избегание дискомфорта с аутизацией (характерен для пациентов с невысоким интеллектом), замещение с нахождением новых средств достижения жизненных целей (лиц с высоким интеллектом), игнорирующее поведение с вытеснением признания дефекта (у лиц со средним интеллектом, но высоким образовательным уровнем), компенсаторное поведение (тенденции агрессивного переноса неадекватных переживаний на окружающих и др.), невротические реакции.

В содержании внутренней картины болезни отражается не только наличная жизненная ситуация (ситуация болезни), но и преморбидные (доболезненные) особенности личности больного, его характер и темперамент. Преморбидные особенности личности во многом могут объяснить предпочтительность появления у больных тех или иных форм реагирования на заболевание.

Патологические формы реагирования на болезнь (переживание болезни) описываются исследователями в психиатрических терминах и понятиях: депрессивный, фобический, истерический, ипохондрический, эйфорически-анизогностический и другие варианты (Шевалев Е. А., 1936; Рохлин Л. Л., 1971;

Ковалев В. В., 1972). В этом аспекте довольно широкую популярность приобрела классификация типов отношения к болезни, предложенная А. Е. Личко и Н. Я. Ивановым (1980).

Тип отношения к болезни (Личко А. Е., Иванов Н. Я., 1980):

1. Гармонический — правильная, трезвая оценка состояния, нежелание обременять других тяготами ухода за собой.

2. Эргопатический — «уход от болезни в работу», желание сохранить работоспособность.

3. Анизогностический — активное отбрасывание мысли о болезни, «обойдется».

4. Тревожный — непрерывное беспокойство и мнительность. Вера в приметы и ритуалы.

5. Ипохондрический — крайняя сосредоточенность на субъективных ощущениях и преувеличение их значения, боязнь побочного действия лекарств, процедур.

6. Неврастенический — поведение по типу «раздражительной слабости». Нетерпеливость и вспышки раздражения в отношении первого встречного (особенно при болях), затем — слезы и раскаяние.

7. Меланхолический — неверие в выздоровление, удрученность болезнью, депрессивное настроение (угроза суицида).

8. Апатический — полное безразличие к своей судьбе, пассивное подчинение процедурам и лечению.

9. Сензитивный — чувствительный к межличностным отношениям, полон опасений, что окружающие его избегают из-за болезни, боязнь стать обузой для близких.

10. Эгоцентрический — «уход в болезнь» с выставлением напоказ страданий, требование к себе особого отношения.

11. Паранойяльный — уверенность, что болезнь является результатом чьего-то умысла, а осложнения в лечении являются результатом халатности медицинского персонала.

12. Дисфорический — доминирует мрачно-озлобленное настроение, зависть и ненависть к здоровым. Вспышки гнева с требованием от близких угождения во всем [4].

Также существуют классификации типов реакции на болезнь, которые учитывают социальные последствия заболевания. По мнению З. Д. Липовски (1983), психосоциальные реакции на болезнь складываются из реакций на информацию о заболевании, эмоциональных реакций (типа тревоги, горя, депрессии, стыда, чувства вины) и реакций преодоления болезни.

Реакции на информацию о заболевании зависят от «значения болезни» для больного:

1) болезнь — угроза или вызов, а тип реакций — противодействие, тревога, уход или борьба (иногда паранойяльная);

2) болезнь — утрата, а соответствующие типы реакций — депрессия или ипохондрия, растерянность, горе, попытка привлечь к себе внимание, нарушение режима;

3) болезнь — выигрыш или избавление, а типы реакций при этом — безразличие, жизнерадостность, нарушение режима, враждебность по отношению к врачу;

4) болезнь — наказание и при этом возникают реакции типа угнетенности, стыда, гнева.

Реакции преодоления болезни дифференцируются по преобладанию в них компонентов: когнитивного (приуменьшение личностной значимости болезни либо пристальное внимание ко всем ее проявлениям) или поведенческого (активное сопротивление либо капитуляция и попытки «ухода» от болезни) [30].

Помимо того, что болезни возникают в разные эпизоды жизни человека (хочется сказать, что они возникают всегда не вовремя), они еще имеют временную характеристику, т. е. имеют временное измерение.

Поэтому в переживаниях и отношении человека к своей болезни в динамике можно наблюдать следующие этапы:

1. Предмедицинская фаза — длится до начала общения с врачом, появляются первые признаки болезни и заболевший стоит перед решением вопроса об обращении за медицинской помощью.

2. Фаза ломки жизненного стереотипа — переход в такую стадию болезни, когда больной становится изолированным от работы, а часто и от семьи при госпитализации. У него нет уверенности в характере и прогнозе своего заболевания, и он полон сомнений и тревог.

3. Фаза адаптации к болезни, когда снижается чувство напряженности и безысходности, т. к. острые симптомы болезни постепенно уменьшаются, больной уже приспособился к факту заболевания.

4. Фаза «капитуляции» — больной примиряется с судьбой, не предпринимает активных усилий к поиску «новых» методов лечения и понимает ограниченность возможностей медицины в его полном излечении. Он становится равнодушным или негативно угрюмым.

5. Фаза формирования компенсаторных механизмов приспособления к жизни, установки на получение каких-либо материальных или иных выгод от болезни (рентные установки) [15].

Согласно полученным нами данным, для пациентов из группы 1 (диагноз «почечно-клеточный рак») ведущий тип отношения к болезни «эргопатический». При этом для них также характерны «гармоничный» и «сензитивный» типы отношения к болезни. При таких показателях для пациентов наиболее характерно сверхответственное, подчас одержимое, стеническое отношение к работе, которое в ряде случаев выражено еще в большей степени, чем до болезни. Избирательное отношение к обследованию и лечению, обусловленное прежде всего стремлением, несмотря на тяжесть заболевания, продолжать работу. Пациенты из данной группы стремятся во что бы то ни стало сохранить профессиональный статус и возможность продолжения активной трудовой деятельности в прежнем качестве. Интересно, что пациенты и первой, и второй группы пенсионного возраста либо продолжают трудовую деятельность, либо активно переключаются на

домашние дела. При этом они не недооценивают тяжесть своей болезни, но и не преувеличивают ее. Они не противодействуют ходу лечения. Они боятся стать обузой для близких и стремятся сделать все, чтобы этого не произошло (это также часто проговаривалось пациентами). В случае понимания неблагоприятного прогноза заболевания — переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными больному, сосредоточение внимания на своих делах, заботе о близких. При этом иногда они чрезмерно ранимы и уязвимы, что обусловлено, по всей вероятности, их переживаниями, что окружающие станут их жалеть, считать неполноценными, пренебрежительно или с опаской относиться к ним, распускать неблагоприятные слухи о причине и природе болезни и даже избегать общения с больным.

Для пациентов с диагнозом «рак мочевого пузыря» также наиболее характерен «эргопатический» тип отношения к болезни. В меньшей степени для них характерны «гармоничный» и «сенситивный» типы отношения к болезни.

По сравнению с первой группой пациентов им также в значительной мере свойственен ипохондрический тип отношения к болезни. Проведенный анализ результатов показал, что они амбивалентно переживают свою болезнь. При их уходе в работу, заботе о своих делах они преувеличивают действительные и выискивают несуществующие болезни и страдания. Для них характерно преувеличение неприятных ощущений в связи с побочными действиями лекарств и диагностических процедур. Они выявляют сочетание желания лечиться и неверия в успех, постоянные требования тщательного обследования у авторитетных специалистов и боязни вреда и болезненности процедур.

2.3. Изменение отношения к значимым элементам в картине мира онкоурологического больного как основа психотерапевтической модели активации совладающего поведения

В этиопатогенезе опухолевых болезней существенную роль играют

психические факторы, поэтому значение психотерапии в комплексе мер по повышению неспецифической сопротивляемости организма признается многими исследователями.

Как считают В. Е. Рожнов и А. К. Мацанов (1979), в одних случаях у больных с опухолевой патологией психотерапия используется лишь для создания благоприятной психологической обстановки, при этом могут проводиться индивидуальные и групповые психотерапевтические беседы с больными; в других случаях широкий арсенал психотерапевтических методов может быть направлен на решение лечебно-реабилитационных задач, содержание которых определяется этапом болезни, ее выраженностью и прогнозом.

В период онкологической профилактики может применяться аутогенная тренировка, методы поведенческой психотерапии. В начальный, диагностический период, когда больные испытывают тревогу и страх, целесообразна рациональная психотерапия, направленная на успокоение больного, его активирование, формирование более адаптивного отношения к болезни и лечению. В тяжелых случаях рекомендуется гипнотерапия. В период сложных переживаний онкологических больных перед операцией также считается показанной рациональная психотерапия, приемы самовнушения, направленные на устранение страха, вселение уверенности в успех лечения.

В послеоперационный период психотерапевтические задачи определяются состоянием больного и дальнейшим лечением. С больными, получающими лучевую терапию, психотерапевтические мероприятия, направленные на коррекцию эмоционального состояния, устранение побочных эффектов лечения, проводятся индивидуально и в группе. Помимо указанных выше используются такие приемы, как «психотерапевтическое зеркало», «лечебная перспектива», «анонимное обсуждение». В запущенной стадии этих заболеваний применяются методы психотерапии, способствующие ослаблению болей, улучшению сна, включающие как важный компонент эмпатическое, сопереживающее отношение к больному, вселение надежды.

Знание психического состояния онкологических больных (Герасименко В. Н. и др., 1983; Гнездилов А. В., 1995; Биктимиров Т. З., Модников С. П., 1999) до и после операции, особенностей их «внутренней картины болезни», психологических защитных механизмов, процесса формирования «синдрома изоляции» позволяет также использовать отдельные элементы личностно-ориентированной групповой психотерапии как в лечении этих больных, так и в психопрофилактической работе с ними.

Вашон и Лиалл (Vachon M. L., Lyall W. A., 1976), обобщая свой многолетний опыт работы с больными раком, в качестве одной из форм групповой психотерапии указывают одночасовые ежедневные занятия, на которых члены группы обеспечивают взаимную моральную поддержку, делятся собственным опытом адаптации к своему заболеванию и нахождения альтернативных путей преодоления эмоционального напряжения и проблем, вызванных болезнью. Описаны попытки проведения групповой психотерапии даже с безнадежно больными пациентами с метастатической карциномой (Yalom I. D., Greaves C., 1977). Психотерапия проводилась ежедневно в течение 90 минут в группе из 6–7 пациентов. Авторы считают, что такая форма работы — эффективное средство, поддерживающее пациентов и позволяющее им преодолевать стресс путем совершенствования адаптации к эмоциональным расстройствам, сопровождающим заболевание. Открытая конфронтация со смертью позволяет пациенту ориентироваться не на прошлое или будущее, а на настоящее — на «жизнь», а не на «смерть»; уходит страх быть униженным, попасть в трудную ситуацию, поскольку «рак излечивает неврозы». Подчеркивается сложность роли психотерапевта, необходимость интеграции в ситуацию умирающего больного, умение не отделять больных от себя — не разделять понятия «Я» и «Вы».

Группы поддержки больных и их семей, ранняя психиатрическая помощь, отмечает Петерсон (Peterson L., 1981), могут существенно снизить риск возникновения выраженных и не поддающихся коррекции психологических и психопатологических реакций на заболевание раком.

Айзенк (Eysenck Н. J., 1993) также убедительно подтвердил роль психотерапии в онкологии. Исследования проводились с учетом копинг-механизмов пациентов и включали индивидуальные и групповые формы поведенческой психотерапии и копинг-тренировки. Под наблюдением находилось 100 человек; это были здоровые люди, по результатам специальных психологических исследований предрасположенные к заболеваниям либо раком легкого, либо ишемической болезнью сердца. Пациенты были распределены на 50 пар, состоявших из лиц одного пола и возраста. Далее методом случайного выбора одного из пары направляли в психотерапевтическую группу, с другими же психотерапевтические занятия не проводились. Через 13 лет в контрольной группе от рака легкого умерли 16 человек, в экспериментальной (в которой проводилась психотерапия) — ни одного. В контрольной группе заболели раком легкого 21 человек, в экспериментальной — 13. Смертность по другим причинам составила в контрольной группе 13 человек, в экспериментальной — 5. Исследования подтвердили эффективность психотерапии в профилактическом плане. Был рассмотрен также вопрос о возможности продления жизни неизлечимым онкологическим больным с помощью психотерапевтических методов. Двадцать четыре таких больных были разделены попарно. С одним пациентом из пары проводилась поведенческая психотерапия, другой пациент получал лишь общепринятое лечение. Средняя продолжительность жизни (с момента наблюдения) составила у первых более 5 лет, у вторых — более 3 лет. Близкие результаты были получены при поведенческой терапии женщин в терминальной стадии рака молочной железы (Биктимиров Т. З., 1999; Чулкова В. А., 1999). По мнению авторов, физиологические процессы в организме находятся под выраженным влиянием психологических воздействий (в стрессовых ситуациях, в частности, повышается содержание кортизола в крови, что оказывает негативное влияние на деятельность иммунной системы).

Особые условия работы в онкологической клинике требуют специальной

подготовки врачей и среднего медицинского персонала. Уайз (Wise T., 1977) описывает опыт групповой работы в форме семинара для врачей и медицинских сестер. Основное внимание было уделено чувству озабоченности и тревоги, возникающему при работе с раковыми больными; приемам работы с умирающими; пониманию группой того, что она трудится в сложнейшей области медицины. Уайз подчеркивает эффективность использованной формы обучения. Одной из важных особенностей работы с такими пациентами в психотерапии является работа со страхом смерти (чаще всего неминуемой и в представлениях — мучительной), страхом перед болью и мыслями о невозможном будущем. Особенно выраженный страх может обуславливаться неизбежностью рискованного оперативного вмешательства, что нередко усиливается тревогой психотерапевта, вызванной беспомощностью перед лицом фатального прогноза заболевания. В больнице пациентом одновременно занимаются лечащий врач, медсестры, консультанты, социальные работники и др., и тем не менее он чувствует себя одиноким. Чтобы достойно или относительно спокойно, рассудительно встретить приближающуюся смерть, больному необходимы родственники и врачи, которым он может доверять. У постели умирающего не следует вести (даже шепотом) беседы, содержание которых не всегда в достаточной мере понятно, что может усиливать его тревогу и неуверенность в благополучном исходе заболевания.

Одна из типичных ошибок в общении с умирающими или неизлечимо больными — сознательное или неосознанное стремление окружающих избегать с ними лишних контактов. В этих случаях стоит подходить комплексно к работе с больным и по возможности проводить терапию и с родственниками умирающего или ближайшего его окружения.

Сам психотерапевт может идентифицировать себя с пациентом, с неизлечимо больным и его родственниками, а постоянно поднимаемый пациентом вопрос о прогнозе воспринимается специалистом как конфронтация с ним или вызов собственному бессилию и смерти.

Не получив должной поддержки, терминальный больной может исключить

возможность лечения для самого себя и перестать посещать специалистов, что в подавляющем большинстве случаев отражается на работе медицинского персонала и их эмоциональном состоянии.

В работе с терминальными больными имеются определенные особенности:

1. Значимость и сила страха перед болезнью. Пациенты представляют свое заболевание опасным для своих близких и верят, что оно может им передаться. Подобное представление о болезни может проявиться в избегании пациентом своих близких и родственников. Это ведет к его социальной изоляции и стигматизации, что, естественно, снижает эффективность специализированной медицинской помощи.

2. Другой проблемой является стремление лечащих врачей и медицинского персонала обязательно излечить больного, избавить его от тревог и страданий. Это проявляется в усилении воздействия на пациента и вредит взаимоотношениям между пациентом и медицинским персоналом. Огромное значение имеет чаще всего именно «нахождение рядом» с пациентом, присутствие поблизости и готовность помочь, нежели непосредственно само лечение.

Огромное значение для терминального пациента имеет то, как ему сообщили о его диагнозе. Искренность в беседах с больным — основной закон терминальной психотерапии. Это касается не только медицинского персонала, которые занимаются умирающим, но и родственников, обслуживающего персонала и священнослужителей.

Диагноз озвучивается честно и без утаиваний, однако и учитываются особенности личности пациента и его возможной реакции. Особое внимание нужно уделить тому, что сам пациент действительно хочет знать и что для него имеет большее значение. По возможности, диагноз сообщается именно лечащим врачом. Одновременно с сообщением диагноза следует сформировать в сознании пациента лечебную перспективу, сделать по возможности терапевтическое предложение или подчеркнуть в разговоре с ним обнадеживающие данные обследования. Тем самым врач обещает больному не

оставлять его наедине с болезнью и поддерживает его ощущение собственной ценности.

Врач, как сопровождающий партнер, облегчает больному путь через отвержение, надежду и безнадежность. Эти чувства часто внезапно сменяются у пациента, но могут и сосуществовать, вызывая неуверенность и вынуждая к поиску ориентира.

Эффективность терминальной психотерапии во многом зависит от умелого использования специалистом (по ходу ее проведения) помощи семьи. Психотерапевту необходимо также разобраться, какое значение имеет страдание для больного и для его родственников, какие системные механизмы действуют как до, так и — в особенности — во время заболевания и после возможной смерти пациента.

Иногда родственники могут просить врача не сообщать больному о диагнозе, что может привести к разному уровню информированности членов семьи и в дальнейшем повлиять на отношения. Отсутствие информации не меняет сути диагноза, и пациент чувствует отдаление и изоляцию, не понимая при этом причины этого состояния. Поэтому важно, чтобы все члены семьи владели информацией в полном объеме. В таком случае пациент может рассчитывать на мобилизацию ресурсов семьи и раскрытию отношений. Помимо этого, такая ситуация более комфортна для работы в русле психотерапии как индивидуальной, так и групповой, как личной, так и семейной.

В контексте работы с терминальным больным рекомендуется применять следующие меры:

- 1) выработать положительный перенос и создать стабильные отношения с психотерапевтом;
- 2) по возможности обеспечить большую доступность психотерапевта для пациента, жесткие границы не очень уместны;
- 3) использовать любые возможности для проявления чувств у пациента (агрессии, тревоги, вины и т. д.);

4) психологическая поддержка в качестве дополнительного фактора программы соматической терапии;

5) использовать убеждения и верования пациента на улучшение его самочувствия.

Современные организационные формы для проведения терминальной психотерапии представлены учреждениями паллиативной медицины, хосписом, специализированными отделениями или центрами для лечения больных СПИДом, геронтологическими отделениями в многопрофильных и психиатрических больницах. Терминальную психотерапию проводят стационарно и амбулаторно. В последнем случае к работе с пациентом можно подключать и других специалистов (например, медсестру или социального работника).

В современных направлениях (например, эриксоновский гипноз, краткосрочная позитивная психотерапия) важным принципом избавления пациента от развития «психотерапевтического дефекта или пристрастия» является краткосрочность, она же предотвращает до известной степени «бегство в психотерапию» и перекладывание ответственности за свою жизнь на психотерапевта. Большинство краткосрочных методов директивны и подразумевают работу терапевта в качестве учителя, тренера, помощника, который помогает пациенту самому решать свои проблемы.

Понятие «краткосрочная психотерапия» нельзя рассматривать вне связи с конкретными концептуальными рамками: от краткосрочной психодинамической психотерапии в течение нескольких месяцев до психотерапии одной встречи в рамках поведенческой психотерапии или краткосрочной позитивной психотерапии. В любом случае подразумеваются существенные (в среднем 10-кратные) ограничения во времени по сравнению с аналогичными «классическими» формами психотерапии. В среднем в краткосрочной терапии на проработку одной проблемы уделяется от 4–8 до 16–18 сессий.

Одним из достаточно популярных в России краткосрочных методов

является краткосрочная позитивная психотерапия, центрированная на активизации собственных ресурсов. Как и в любой теории, в краткосрочной позитивной психотерапии можно выделить ее источники и принципы. Источники — это установки, опыт системной и стратегической семейной психотерапии и психоанализ.

Основные принципы:

- 1) опора только на позитивное в жизни пациента, его ресурсы;
- 2) использование только позитивных подкреплений в работе с пациентом и его близкими;
- 3) позитивистский (в философском смысле) подход.

Поиск ресурсов может быть ориентирован на прошлое («Что раньше помогало Вам преодолевать подобные проблемы? Как такие проблемы разрешали Ваши родственники, знакомые?»), на настоящее («Что сейчас помогает Вам разрешать проблему хотя бы временно?») и на будущее («Кто или что могло бы Вам помочь в разрешении проблемы?»).

Признавая односторонность и иллюзорность такого мировосприятия, позитивные психотерапевты подчеркивают столь же однобокое, но «черное» мировосприятие, характерное для абсолютного большинства пациентов, и задачей психотерапии считают формирование более диалектического мировоззрения, расширяя его подключением «светлого» видения и надежды. Использование только положительных подкреплений в работе с пациентом позволяет раскрепостить и активизировать его позитивные воспоминания, интуицию и способность конструктивно фантазировать, сделать доступной его субъективную концепцию здоровья — болезни, которую обычно пациенты стыдятся предъявлять психотерапевту в связи с ее «ненаучностью и наивностью». Позитивистский подход к психотерапии, принципиальное предоставление ведущей роли опыту и интуиции пациента, его близких и психотерапевтов, сознательное преодоление жестких рамок любых психотерапевтических концепций позволяют позитивным психотерапевтам разрешить стереотип поэтапного врачебного взаимодействия с пациентом

(симптоматическая диагностика — постановка синдромального и/или нозологического диагноза — построение модели психотерапевтического воздействия — собственно психотерапевтические мероприятия с оценкой обратной связи) и начинать работу с пациентом непосредственно с коррекционных мероприятий, лишь в случае неэффективности приемов на когнитивном уровне анализировать проблемы пациента и моделировать психотерапевтические воздействия с учетом отрицательной обратной связи на первичное воздействие.

Курс психотерапии — в среднем 3–4 занятия при ориентации психотерапевтов на желательность и возможность психотерапии одной беседы. Продолжительность занятия обычно более часа, первого — зачастую более двух часов. Промежутки между занятиями — от нескольких дней до нескольких месяцев. Такая психотерапия осуществляется нередко несколькими психотерапевтами. Пациент может прийти один, но приветствуется участие в занятиях его родственников или знакомых.

Основные теоретические положения краткосрочной позитивной психотерапии заключаются в нескольких важных постулатах:

1. Причины проблем каждого человека лежат в прошлом, но в его собственном опыте заложены и ресурсы для разрешения этих проблем. «Каждый пациент знает решение своей проблемы даже в том случае, если ему кажется, что он этого не знает» (Эриксон).

2. Анализ причин проблемы сопровождается самообвинительными переживаниями пациента и обвинениями своих близких, что не способствует психотерапевтическому сотрудничеству. Поэтому более конструктивно выявлять и активизировать ресурсы пациента для решения проблемы.

3. Рамки любой психотерапевтической концепции всегда уже, чем индивидуальные особенности и опыт конкретных пациентов. Принимаемая концепция может навязывать нереалистичные и неэффективные решения в силу догматической веры и логической «красоты». Интуитивный опыт закрепляет и подсказывает только эффективные решения.

4. Человек не волен освободиться от всех болезней и проблем, но у него есть возможность сменить «черное» видение своей жизни и мира на более диалектическое мировоззрение. Это способствует преодолению проблем. Конфронтация, «борьба» с проблемой в большинстве случаев неэффективна, принятие проблемы — путь к компромиссному решению.

Термин «краткосрочная» в отношении психодинамической психотерапии был предложен в 50-60-х годах прошлого века представителями психоаналитического, психодинамического направления. До сих пор продолжаются острые дискуссии его адептов о возможности и допустимости краткосрочных форм психотерапевтической помощи, вступающих в противоречие с базисным психотерапевтическим постулатом «глубинности — долгосрочности».

Несмотря на то что курс психоанализа, проводимого самим Фрейдом, был относительно коротким (от 3 до 6 месяцев), а некоторые из его ближайших учеников целенаправленно ограничивали психотерапию 10—12 занятиями, только историческая необходимость периода после окончания Второй мировой войны, количественное и качественное (за счет малоимущих и защищаемых обществом слоев) расширение спроса на психотерапевтическую помощь заставили ортодоксальных психоаналитиков отказаться от своих позиций. Предметом обсуждения и исследования становится радикальная психотерапия в течение лишь нескольких лет и допустимость краткосрочных ее форм.

Несмотря на различия в психотерапевтических позициях сторонников краткосрочной психодинамической психотерапии, можно выделить и общие принципы, касающиеся целей, отбора пациентов, фаз и приемов.

1. Краткосрочной считается психодинамическая психотерапия, целенаправленно ограниченная 1—40 занятиями (наиболее распространенный вариант 10—12) при частоте встреч с пациентом приблизительно 1 раз в неделю.

2. Цель краткосрочной психодинамической психотерапии — поведенческие изменения в фокусированной области конфликта, в отличие от установки ортодоксальной психодинамической психотерапии на личностное развитие

посредством тотального преодоления комплекса базальных конфликтов.

3. Соответственно цели ведущий стратегический принцип краткосрочной психодинамической психотерапии — выделение и переработка фокального конфликта, в большинстве случаев эдиповой природы (соперничество, проблемы выигрыша — проигрыша и т. п.). Маркерами такого фокального конфликта являются указания пациента на связанные с ним травмы раннего возраста, повторяющиеся стереотипы травматических переживаний, связь данного конфликта с одной фигурой переноса (отцовской или материнской) и с проявлениями блокирования (ингибиции) каких-либо сфер жизнедеятельности пациента. Косвенным показателем адекватного выбора фокального конфликта является аффективная ответная реакция пациента на пробную его интерпретацию.

4. Требования к ролевой позиции психотерапевта: способность установить аффективный контакт с пациентом, сочетающаяся с «добросердечным отсутствием заботы», активность в контакте и интерпретациях (в отличие от позиции «нейтрального зеркала» ортодоксального психодинамического психотерапевта).

5. Определенные требования к пациенту. Показания: наличие фокального конфликта эдиповой природы или потеря любимого объекта, высокая мотивация, наличие опыта как минимум одних значимых взаимоотношений, способность рефлексировать чувства и конструктивная реакция на пробную интерпретацию. Противопоказания: выраженная депрессия, психотические нарушения (параноидного и/или нарциссического характера), тенденции к патологической переработке переживаний (суицидальное или наркоманическое поведение). Косвенным противопоказанием является преимущественное использование пациентом механизмов проекции и отрицания. Краткосрочная психодинамическая психотерапия в значительно большей степени, чем долгосрочная психотерапия, ориентируется на способность самого пациента обобщать и использовать материал, полученный в процессе психотерапии.

6. Фазы краткосрочной психодинамической психотерапии. Первая,

отборочная фаза направлена на диагностику мотивации и силы «Я» пациента и выделение фокального конфликта (1–2 первых занятия), заключение психотерапевтического контракта. Вторая фаза посвящена переработке фокального конфликта. Заключительная, третья, фаза сепарации направлена на разрешение переноса и достаточно директивное завершение психотерапии. Дискутируется вопрос об изначальном сообщении пациенту точной даты завершения психотерапии, но считается, что такой технический подход предпочтителен для начинающего психотерапевта, так как избавляет его от переживаний вины и чувства, что он «покидает пациента». Естественно, у больного остается возможность вновь обратиться к врачу при возникновении проблем. Но даже в случае планирования повторного курса перерыв полезен для проверки практикой полученных инсайтов.

7. Помимо обычных для психодинамической психотерапии реконструктивных приемов когнитивного и идентификационного научения, используются специфические их модификации. Ведущий технический принцип «кресло вместо кушетки» означает для психодинамического психотерапевта ориентацию на чувство стыда пациента вместо чувства вины, эксплуатируемого в ортодоксальной психодинамической психотерапии. Анализ защиты и сопротивления в процессе краткосрочной психодинамической психотерапии центрируется на выбранном психотерапевтом фокальном конфликте, а интерпретации переноса ограничиваются одним значимым лицом из прошлого, связанным с этим конфликтом.

8. Ведущий психотерапевтический принцип краткосрочной психодинамической психотерапии — переработка фокального конфликта, являющегося причиной блокирования в значимых жизненных сферах пациента, — позволяет ему пережить возврат энергии и активности, которые могут быть им использованы для разрешения жизненных проблем.

Позитивная психотерапия по Н. и Х. Пезешкианам — авторское название психотерапевтической концепции, разрабатываемой с 1972 г. Н. Пезешкианом и Х. Пезешкианом. Н. Пезешкиан обращает внимание на происхождение термина

positive psychotherapie от лат. positum — «имеющее место, реально существующее», а не от positivum — «положительное», подчеркивая тем самым необходимость проработки и позитивных, и негативных аспектов проблемы и жизни пациента, диалектического расширения его мировоззрения. Это терминологическое уточнение позволяет использовать в качестве синонимов данного вида позитивной психотерапии название «психотерапия реальностью» или «психотерапия здравым смыслом».

Позитивная психотерапия, по авторам, основывается на 3 принципах — надежд, баланса (гармонизации) и консультирования, которые соответствуют 3 этапам работы с пациентом как в процессе отдельного занятия, так и на протяжении всего психотерапевтического курса (в среднем 10 занятий по 1–2 часа).

На этапе работы с учетом принципа надежды используются:

1) позитивная интерпретация проблемы пациента (например, нервная анорексия — проявление способности терпеть ограничения, сопереживать голодающим всего мира и т. п.);

2) транскультурный подход — расширение представлений пациента о проблеме посредством знакомства с иным (часто — прямо противоположным) реагированием и отношением к сути его проблемы в других культурах (например, различия в отношении к еде и голоданию в восточных и западных культурах);

3) притчи и анекдоты с психотерапевтическим радикалом (авторы выделяют 9 психотерапевтических функций притчи: посредничество между врачом и пациентом, модель разрешения проблемы, привлечение культуры пациента и т. д.).

На этапе работы с учетом принципа гармонизации используется распределение энергии по 4 основным сферам жизнедеятельности — телесной, ментальной, социально-коммуникативной и духовной.

Телесная — еда, сон, секс, телесные контакты, забота о внешности,

физические упражнения, переживания боли и телесного комфорта — дискомфорта.

Ментальная — удовлетворение познавательной потребности и любознательности, профессиональные достижения.

Социально-коммуникативная — общение человека.

Духовная — мировоззренческие и религиозные переживания, фантазии о будущем, надличностные («гражданские») переживания и поступки.

В идеальной, гармоничной модели на каждую сферу выделяется 25 % жизненной энергии. Реальное же распределение энергии выявляется с помощью неформализованного теста; дисбаланс отмечается при совместном его обсуждении и распределении 10 значимых событий за последние 4 года жизни по 4 сферам жизнедеятельности. Дисбаланс в телесной сфере создает риск соматических и психосоматических заболеваний, в ментальной — агрессивных дисстрессовых реакций и перфекционизма, в коммуникативной — чувства одиночества и депрессии, а в духовной — чувства тревоги и психотических нарушений. При выявлении дисбаланса (менее 10 % или более 50 %) в какой-либо сфере с пациентом сначала рассматривают возможности гармонизации, перераспределения остальных 3 сфер и только на последнем этапе целенаправленно обсуждают мероприятия для сбалансирования наиболее проблемной сферы, если необходимость в этом остается. Достигается это посредством директивных, конкретных и простых предписаний по изменению стиля жизни пациента, а также с помощью методики планирования будущего с учетом всех 4 сфер жизнедеятельности.

На этапе гармонизации выявляются и прорабатываются актуальный и базальный конфликты пациента. Актуальный конфликт складывается под воздействием внешних событий (например, смена места работы, смерть близких и т. д.), микротравм в значимых межличностных отношениях при недостаточной способности к преодолению этих проблем. Авторы выделяют первичные (любовь, надежда, доверие) и вторичные способности (вежливость, честность, послушание, бережливость, пунктуальность и т. п.). Типичным

базальным конфликтом является конфликт между «честностью и вежливостью». Ярко выраженная вежливость способствует социально обусловленному поведению, агрессии, парасимпатикотонии и тревоге; доминирование же честности приводит к симпатикотонии и агрессии. Эти «пусковые механизмы» вызывают функциональные расстройства, а при наличии «зон наименьшего сопротивления» — и соматические или психические нарушения. На концептуальном уровне речь идет о гармонизации «правополушарных» проявлений и объектов (любовь — интуиция — тело — поиск смысла) и «левополушарных» аспектов (знание — время — поиск значения).

Существенная роль в психотерапии принадлежит религиозно-мировоззренческому аспекту. Авторы отмечают, что ни в какой другой области не вытесняются так отчетливо религия и смысл, как в психологии, медицине и психотерапии. Между тем веру, религию и мировоззрение можно считать общей системой отношений (базовой концепцией), формирующей установки и способы поведения. Так, религиозно-мировоззренческие установки могут служить базовой информацией об отношении к сексуальности (сексуальные запреты и нормы, обычаи сексуального поведения), о воспитании (роль родителей, авторитарное воспитание, антиавторитарные тенденции, предпочтение сына или дочери), о профессии (ограничение профессиональных возможностей, мотивация, стоящая в основе профессиональной деятельности, например служение человечеству, стремление к самореализации, работа как цель жизни, работа как общественное поручение, работа как нагрузка или уклонение от реальных задач), о партнерстве (равноправие между мужчиной и женщиной, мировоззренческая оценка партнерства как средства воспитания детей, как ячейки общества, как союза для получения удовольствий, как совместного процесса), о социальных контактах (предписываемые социальные отношения, например, между индийскими кастами или социальными группировками, слоями и классами; предписываемые религией ситуации общения, например, совместные молитвы, общие праздники, хоровое пение,

медитация или работа, требования социального аскетизма).

Авторы не противопоставляют свою психотерапевтическую систему другим концепциям, используют при необходимости психодинамические и поведенческие приемы, подчеркивая значимость собственной концепции в формировании контакта с пациентом и доступных его пониманию психотерапевтических целей (баланса). В отличие от других позитивно-ориентированных современных методов, позитивная психотерапия по Н. Пезешкиану и Х. Пезешкиану не фиксируется только на позитивных аспектах, а последовательно прорабатывает и позитивные, и негативные (от позитивных аспектов проблемы — к негативно окрашенным конфликтам и далее — к реалистичной проработке перспектив).

Когнитивно-поведенческая психотерапия основана на широком использовании приемов, позволяющих оценить неадекватные аспекты мышления, представления, правила, которыми личность реагирует на внешние события, переводя их из внешнего во внутренний план. Основные положения когнитивно-поведенческой психотерапии состоят в следующем:

1. Многие поведенческие проблемы являются следствием пробелов в обучении и воспитании.

2. Имеются реципрокные взаимоотношения между поведением и средой.

3. С точки зрения теории научения, случайный опыт оставляет более значимый след в личности, чем традиционная бихевиористская модель «стимул — реакция».

4. Моделирование поведения представляет собой одновременно обучающий и психотерапевтический процесс. Когнитивный аспект является решающим в ходе научения. Дезадаптивное поведение может быть изменено посредством личностных самообучающих приемов, активизирующих когнитивные структуры.

Считается, что поведение может быть изменено уже в результате наблюдения за ним. Каждая задача может решаться одним способом научения или сочетанием четырех: ответным, или классическим, оперантным,

наблюдательным и когнитивным.

Когнитивное научение включает в себя самоконтроль, самонаблюдение, составление контрактов, работу в системе правил пациента. Большое внимание уделяется целям обучения. Пока не достигнута одна цель, переходить с помощью психотерапевтических приемов к другой не следует. Важно работать только над теми решениями и обязательствами, которые вербализуются через «я хочу», а не «хотел бы». Проблемы лучше определять и формулировать в понятных для пациента терминах, можно также очертить барьер, который он хочет преодолеть, например: «Я хочу преодолеть страх общения с незнакомыми людьми».

Затем вместе с ним можно выбрать самые интересные. Заключаются психотерапевтические контракты в виде письменной фиксации предполагаемых изменений со стороны пациента. Избирается по возможности не бросающийся в глаза и удобный метод протоколирования любых изменений, наступающих в процессе психотерапии. Большое значение придается домашним заданиям: выполняются конкретные упражнения из программы тренинга самоутверждения, самоинструкций. Функциональные тренировки поведения часто не гарантируют того, что пациент будет пробовать использовать приобретенные заново способы поведения также в естественной окружающей среде. В беседе с ним надо вникнуть в систему правил проблемного поведения, начав с составления их списка. Желательно выяснить, кто и для чего это правило создал (нередко источник — родители), нет ли конфликта между правилами. Если когнитивные компоненты поведения являются предметом психотерапевтического вмешательства, то к концу каждого занятия рекомендуется модифицировать уже составленный список правил на основе опыта, полученного во время его проведения. При этом устаревшие правила могут быть исключены. Пациентам рекомендуется 2–3 раза в день перечитывать их определенное время, разделить на приемлемые (+) и неприемлемые (-). Цель занятий — переструктурирование негативных правил в позитивные. Следуя принципу переучивания, пациент при ежедневном

просмотре правил когнитивно кодирует и применяет их за рамками психотерапевтического занятия. Реализации планов отчетливо препятствуют зафиксированные правила, отсутствие готовности к изменениям, что, по сути, является психологической защитой. На каждом психотерапевтическом занятии необходимо подводить итоги, намечать дальнейшие шаги. Если удалось справиться с проблемой, то для закрепления успеха следует проанализировать, что этому способствовало.

Большинство авторов, использующих этот метод, рекомендуют на занятии применять следующие приемы. Мейхенбаум полагает, что неспособность пациента справиться со стрессом возникает в результате отсутствия специфических умений — релаксации, когнитивных самоубеждений, а также опыта столкновения со стрессовыми воздействиями. Практически тревога может быть уменьшена путем обучения пациента релаксации и изменения отношения к тревожным мыслям и чувствам. Ситуация, вызывающая тревогу, воспроизводится в безопасной обстановке психотерапевтического занятия, а затем переносится в реальную стрессовую обстановку. Использование малых доз стресса для выработки устойчивости к нему напоминает прививку от болезни и создание иммунитета. Одной из предложенных Мейхенбаумом методик является тренинг самоинструкций. Приводим один из вариантов:

1) подготовка к столкновению со стрессом: «Я смогу разработать план, чтобы справиться с ним»;

2) реагирование во время стресса: «Пока я смогу сохранить спокойствие, я контролирую события»;

3) совладание со стрессом: «Возбуждение мешает мне воспринимать ситуацию»;

4) отражение опыта: «Это оказалось не так страшно, как я думал».

Бандура, придавая большое значение наблюдательному научению, рекомендует на психотерапевтическом занятии применять следующие приемы:

1. Тренировка альтернативных самостоятельных описаний пациентом стрессовых ситуаций. Проводится она в состоянии релаксации, больному

предлагается вслух при закрытых глазах подробно описать стрессовую ситуацию. В отличие от метода имплозии, следует не уходить от повышения уровня тревоги, а применять тренинг самоинструкций или углублять релаксацию.

2. Подготовка психотерапевтом альтернативного решения проблем.

3. Выборочная проба переживаний, осуществленная пациентом.

4. Обсуждение достигнутых результатов и письменная фиксация их в дневнике пациента

5. Заучивание вслух альтернативного диалога, предложенного психотерапевтом.

6. Применение методики «стоп». Ее суть заключается в том, что в случае усиления тревоги психотерапевт громко произносит «стоп», представляя красный сигнал светофора. После этого больному предлагается воссоздать картину, вызывающую у него положительные эмоции. Пациент сам обучается субвокальному произнесению слова «стоп».

Махони акцентирует внимание на составлении индивидуальной программы психотерапевтического обучения. Личностные проблемы он рассматривает как проблемы научные. Обучение совладанию со стрессовыми и конфликтными ситуациями происходит через определение проблемы, постановку целей и задач исследования, сбор данных, их интерпретацию, выбор гипотетических возможностей разрешения проблемы, эксперимент, анализ результатов, пересмотр или замену гипотезы. Этот метод показан пациентам, у которых слабо развито умение разрешать проблемы. Суть лечения заключается в самонаблюдении, продуцировании умозаключений и приобретении навыка контроля за ситуацией.

Эллис в своей рационально-эмоциональной психотерапии предположил, что положительные эмоции, такие как чувство любви или восторга, часто связаны или являются результатом внутреннего убеждения, выраженного в виде фразы «Это для меня хорошо», а отрицательные эмоции, такие как гнев или депрессия, связаны с убеждением, выраженным фразой «Это для меня плохо».

Он также подтвердил, что эмоциональный отклик на ситуацию отражает «ярлык», который «приклеивают» ей (например, опасна она или приятна), даже в том случае, когда «этикетка» не соответствует действительности. Для достижения счастья, по Эллису, необходимо рационально сформулировать цели и выбрать адекватные средства. В любую ситуацию мы привносим два отличительных типа когнийций: убеждения и предположения. Приводим перечень наиболее типичных иррациональных убеждений, которые необходимо преодолеть пациенту:

1) существует жесткая необходимость быть любимым или одобряемым каждым человеком в значимом окружении;

2) каждый должен быть компетентным во всех областях знаний;

3) большинство людей подлые и испорченные и достойны презрения;

4) произойдет катастрофа, если события пойдут иным путем, чем запрограммировал человек;

5) человеческие несчастья обусловлены внешними силами, и у людей мало возможностей их контролировать;

6) если существует опасность, то не следует ее преодолевать;

7) легче избежать определенных жизненных трудностей, чем соприкасаться с ними и нести за них ответственность;

8) в этом мире слабый зависит от сильного;

9) прошлая история какого-либо человека должна влиять на его непосредственное поведение «сейчас»;

10) не следует беспокоиться о чужих проблемах;

11) необходимо правильно, четко и отлично решать все проблемы, а если этого нет, то произойдет катастрофа;

12) если кто-либо не контролирует свои эмоции, то ему невозможно помочь.

Когнитивно-поведенческую, в том числе в краткосрочном ее варианте, психотерапию предлагается осуществлять в такой последовательности:

предшествующие события — убеждение — следствие — обсуждение — эффект. Дискуссия затрагивает 3 уровня: когнитивный, эмоциональный и поведенческий.

В любой разновидности когнитивно-поведенческой психотерапии задача психотерапевта выступает как диагностически-обучающая, предполагающая максимальное вовлечение пациента во все этапы анализа, планирования и решения. Больной должен понимать, что происходит при психотерапевтическом обучении. Только так он сможет оптимально участвовать в поиске целей и принимать верные решения, касающиеся этапов изменений.

Задачи и методы психологического (психотерапевтического) взаимодействия в ситуации необходимости изменения негативных элементов картины мира и активации совладающего поведения онкологического больного:

В когнитивном компоненте задачи направлены на:

- избавление от страха перед болезнью;
- расширение границ представлений о норме, включающей теперь не только здоровье;
- позитивный настрой, запуск внутренних ресурсов.

В эмоциональном компоненте выделяется следующее:

- осознание своих эмоций, отреагирование;
- нивелирование и психопрофилактика негативных эмоциональных переживаний и их проявлений;

• гармонизация эмоционального состояния как потенциала для преодоления деструктивных изменений личности и личностного роста;

В поведенческом:

- выработка новых стереотипов поведения;
- формирование навыков преодоления стресса;

- ориентация на поиски выхода из критических ситуаций или на изменение отношения к ним.

Результатом проведённой нами экспериментально-коррекционной работы, связанной с изменением отношений к болезни как части картины мира и к себе как субъекту этих изменений, явилось динамическое изменение ряда характеристик, которые ставились в центр внимания в настоящем исследовании, в частности, уровня и специфики проявления тревоги, переживания одиночества, проявленности экзистенциальных защит и их качества, специфики и содержательных характеристик стратегий совладания.

Комплексная система психолого-психотерапевтического сопровождения

В связи с тем, что основанием (пусковым механизмом) изменений, произошедших в структуре защитных механизмов и отношении к болезни ранее указанных групп пациентов, являлась система психолого-психотерапевтического сопровождения, необходимо, предваряя результаты сравнительного анализа по методикам экспериментального исследования, дать о ней содержательное представление.

Предваряя представление о проводимой психологической работе с онкоурологическими пациентами, необходимо отметить, что мы в полной мере разделяем представления, сформированные и апробированные рядом отечественных исследователей и, в частности, представителями Санкт-Петербургской школы медицинских психологов, работающих в поле сопровождения больных с онкологическим страданием. Речь прежде всего идет о том, что переживание ситуаций, связанных с онкологическим заболеванием, вне зависимости от нозологии — системный феномен, затрагивающий и изменяющий образ жизни и, как следствие, эмоциональное и смысловое пространство не только самого заболевшего, но, в той или иной мере, и его социального окружения. В связи с этим сама система деятельности по оказанию психологической помощи и поддержки может рассматриваться только и исключительно как система комплексного психолого-психотерапевтического сопровождения, включающая в себя как составные элементы три

взаимосвязанных блока: 1) общение и взаимодействие непосредственно с пациентом, 2) общение и взаимодействие с ближайшим социальным окружением и кругом лиц, которых больной определяет как референтную группу, 3) общение и взаимодействие с медицинским персоналом.

В связи с задачами настоящего исследования содержательной основой реализуемой нами системы психолого-психотерапевтической работы являлись методы и методики, связанные и с представлениями о себе (образ «я» — прошлого — настоящего — будущего, образ своего мира, возможности его изменения в контексте субъективных усилий); работа с переживаниями — характер, спектр, глубина переживания; сопряжённая с отмеченным работа с переживанием и выражением чувств — вина, стыд; в частности, шла работа с непрожитыми и неотрагированными эмоциями, обидами, элементами неудовлетворенности; работа с тревожностью и агрессией (социальная агрессия, аутоагрессия); работа с экзистенциальными состояниями — одиночество, страхи, отчуждённость.

Учитывая, что, с нашей точки зрения (с опорой на теоретические исследования зарубежных и отечественных авторов), совладание с болезнью прямо связано с характеристиками смысловых образований личности, важной составляющей терапевтических занятий является направленная смыслоформирующая терапия (исследование и восстановление интегральной системы личностных смыслов, выступающих в качестве базисных составляющих картины мира личности). Этап работы с формированием психологических опор позитивных защит включал в себя элементы визуализаций по отношению к самой стрессовой ситуации, исследование ресурсных образований и возможности проявления сильных черт личности, отделение подсознания, наблюдение за собой с высоты прошлого опыта в момент максимальной работы сильных черт личности; управление изображением стрессорирующей ситуации (уменьшение и увеличение его объема, изменение яркости и т. п.).

В задачи формирования системы сопровождения, в частности, входили:

- 1) снижение уровня депрессивных проявлений, частых тревожных состояний и высокого уровня невротизации;
- 2) снижение уровня психического выгорания и эмоционального напряжения;
- 3) содействия активизации личностных ресурсных состояний; в частности,
- 4) обучение навыкам и приёмам саморегуляции;
- 5) формирование установки на сохранение и укрепление существующего психофизического и психоэмоционального ресурса, поиск новых ресурсных образований.

Представляя систему психологических занятий, необходимо сделать два важных замечания. Во-первых, развитие рефлексии и рефлексивности, даже рассматриваемой не как опорная личностная характеристика пациента, но как составляющая механизма психоэмоционального принятия ситуации и себя, не всегда является целесообразным и правильным, в контексте ситуации данная характеристика может служить фактором невротизации и негативизации переживаний.

Во-вторых, нами было отмечено, что значимым психологическим препятствием для психолого-психотерапевтической работы является психическая ригидность, но представляемая не как общесистемное свойство личности, а как искусственная, формируемая защитная стратегия в контексте психологической (психоэмоциональной) инкапсуляции, замыкания личности в собственных границах. В этой связи на первой стадии организации взаимодействия с онкологическим пациентом необходима выработка особых стратегий по преодолению данной реакции, но при этом не чрезмерно смещая спектр реакций в сторону флексибельности, поскольку в этом случае возникает очевидная проблема с психологической самостоятельностью пациента, формированием ответственного и внутренне эмоционально-зрелого, «взрослого», поведения.

Важно подчеркнуть, что общим фоном и сверхзадачей всей системы психолого-психотерапевтического сопровождения является снижение уровня субъективного ощущения одиночества, отчуждённости и изолированности в связи с заболеванием, а также снижение уровня проявления субъективных страхов, трансформация страхового контента в ресурсные категории.

2.4. Результаты и интерпретация повторного (посткоррекционного) исследования

2.4.1. Описание результатов, полученных в ходе процедуры вторичного интервьюирования

Проведение вторичного интервьюирования по единому гайду было продиктовано задачей изучить динамику субъективных представлений пациентов относительно себя как личности, своей болезни, общей картины мира и места в нем, которые входили в круг интересов психотерапевтического блока. Безусловно, метод глубинного интервью не предназначен для количественных измерений такого рода динамических процессов, поскольку является описательным и интерпретативным по своей природе. Однако направления таких изменений в ходе бесед с пациентами исследователь способен выявлять уже на этом этапе поисковой деятельности.

Динамические изменения удалось зафиксировать в нескольких тематических разделах проведенного вторичного интервью: это оценка состояния здоровья, представления о себе и своем эмоциональном состоянии, представления о семейных отношениях, отношение к медицинскому персоналу и учреждению, а также отношение к заболеванию.

Прежде всего, нас заинтересовали динамические изменения показателей субъективных оценок состояния своего здоровья.

Таблица 25 – Субъективные ощущения состояния здоровья после психотерапевтической работы, %

Название состояния	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Общий итог
Состояние здоровья можно обозначить как отличное	0	0	0	0
Состояние здоровья хорошее	8	7	8	8
Состояние здоровья трудно оценить	15	14	13	14
Состояние здоровья скорее неудовлетворительное	46	46	38	43
Плохое состояние здоровья	31	32	41	35
Общий итог	100	100	100	100

Сравнение данных таблицы 5 (стр. 75) и таблицы 25 показывает, что, при сохраняющемся преобладании у пациентов позиции, указывающей на неудовлетворительное и плохое состояние своего здоровья, зафиксированной в ходе первичного интервью, после проведения психотерапевтической работы у пациентов Группы 1 и Группы 2 наблюдается увеличение доли ответов «затрудняюсь оценить свое состояние» и уменьшение доли ответов, оценивающих состояние здоровья как однозначно «плохое». Увеличение доли ответов наблюдается в позиции «неудовлетворительное состояние здоровья».

Необходимо отметить, что изменения между долями ответов в оценке состояния своего здоровья не наблюдаются в контрольной группе при повторном интервью, а сохраняются практически в неизменной пропорции по сравнению с первичными беседами.

Распределение этих позиций на основе результатов вторичного интервьюирования представлено на следующем рисунке.

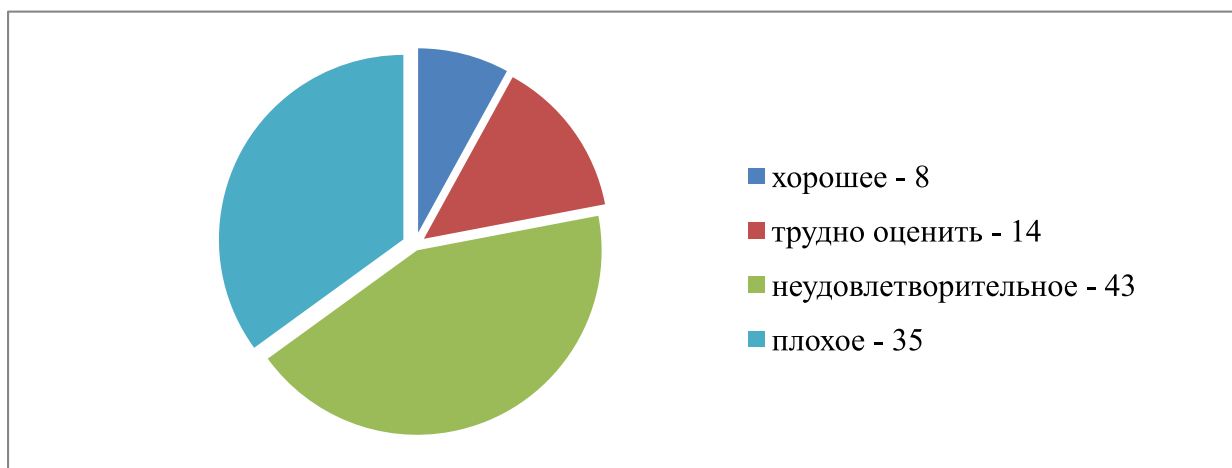


Рисунок 19. Оценка состояния здоровья после психотерапевтической работы (сводные результаты по трем группам), %

В ходе повторного интервью мы попросили у информантов вновь обсудить вопросы, связанные с их семьями. Благодаря первичной информации было выяснено, что большинство опрошенных пациентов указывали на свой актуальный семейный статус и были готовы развивать беседу в этом направлении.

Таблица 26 – Оценка отношений в семье, %

Оценка	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Общий итог
В семье преобладают близкие и теплые отношения	37	41	40	39
В семье преобладают ровные, уважительные, но нейтральные отношения	47	38	38	41
Члены семьи автономны, каждый живет своей жизнью	15	21	22	20
Общий итог	100	100	100	100

Сравнение результатов интервью в таблице 9 (стр. 78) и таблице 26 показывает незначительную динамику в направлении увеличения доли тех, кто выбирал модель «близких и теплых семейных отношений» с одновременным

уменьшением доли тех, кто выбирал модель автономных семейных отношений. Причем схожие тенденции мы наблюдаем только в первых двух группах, что дает основания предположить положительное воздействие фактора психотерапевтической поддержки, организованной с ними в процессе работы над исследовательским проектом. Результаты опроса контрольной группы остались без изменений.

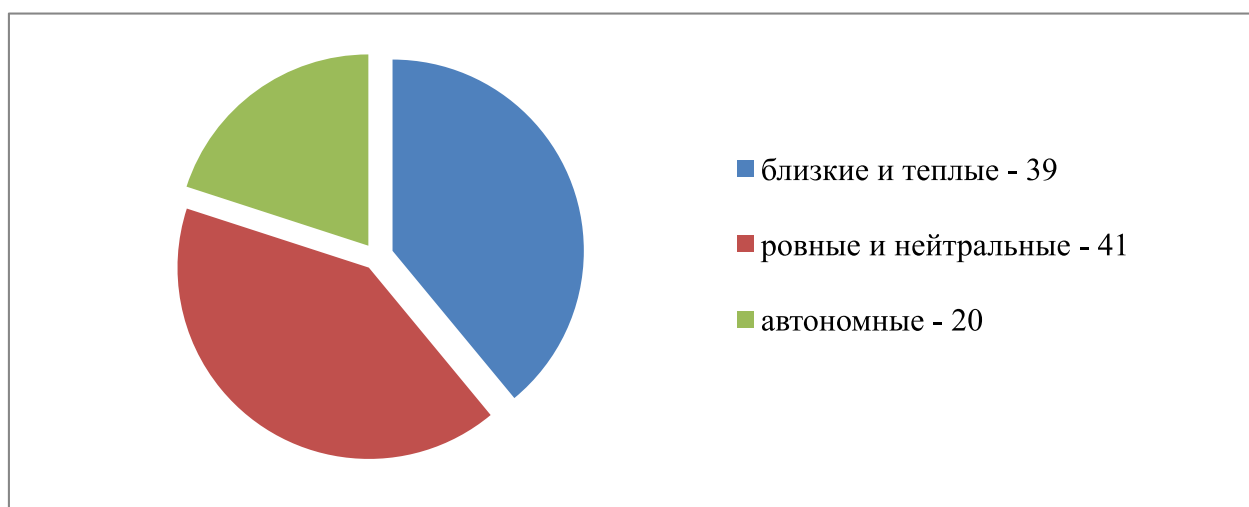


Рисунок 20. Представления о преобладающих свойствах семейных отношений после повторного интервью (сводные характеристика трех групп), %

Действительно, семья для них остается той средой, в которой живут самые дорогие люди, по повторным оценкам наших пациентов. Она может становиться ресурсом жизненной энергии и оптимизма, надежды и помощи.

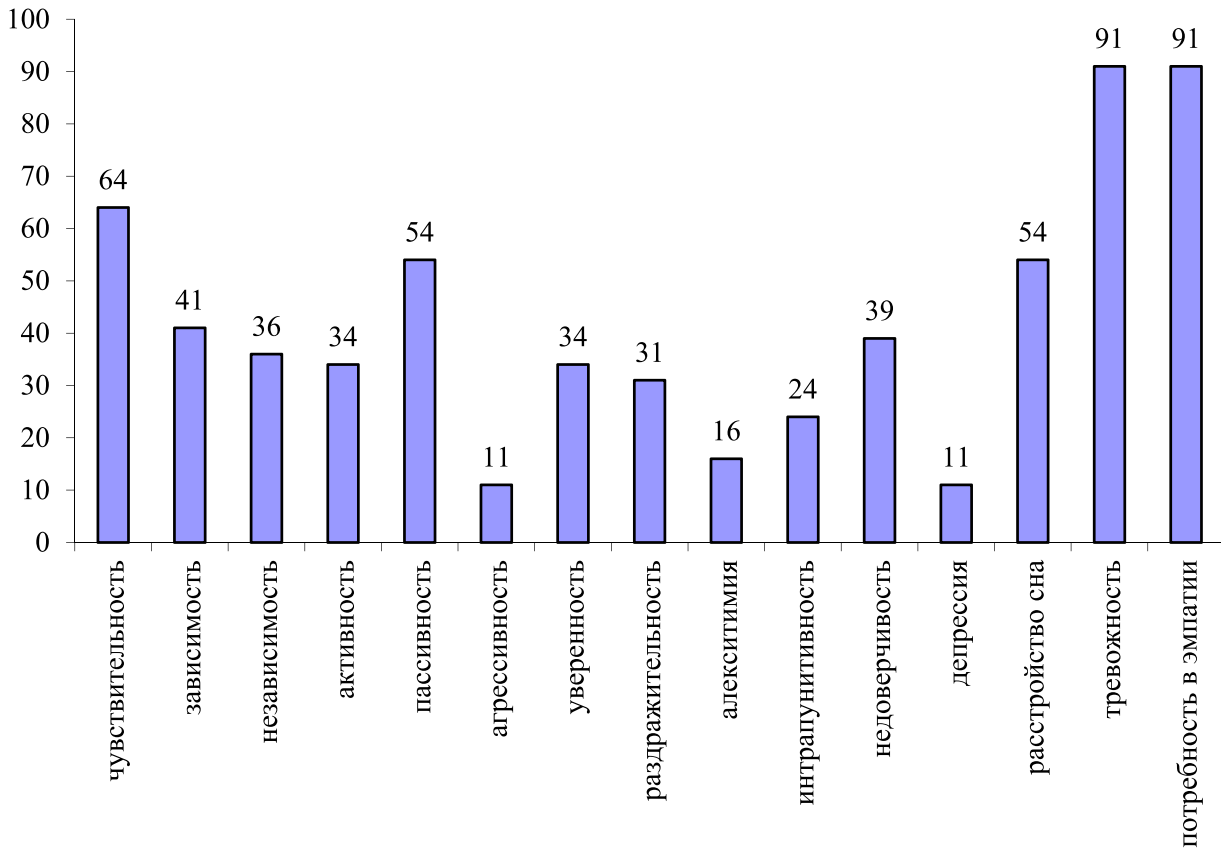


Рисунок 21. Субъективное восприятие своего эмоционального состояния после участия в психотерапевтической работе (сводные результаты интервьюирования Группы 1 и Группы 2, %)

В ходе описания результатов первичного интервью нами был сделан вывод о том, что у информантов отмечается сниженный фон настроения, упадок сил и настроения, высокая тревожность и серьезные опасения за дальнейшие перспективы. Повторное интервью данные тенденции подтвердило.

Однако сравнение показателей, которые нам удалось представить в виде условных шкал (от чувствительности до потребности в эмпатии), в процессе проведения двух серий интервью показывает небольшие изменения в ответах наших информантов в сторону снижения интенсивности их высказываний по таким критериям, как чувствительность, зависимость, агрессивность, раздражительность, тревожность и потребность в эмпатии. Эти изменения невелики в количественном измерении (подсчеты возможны лишь на

основании выделения долей ответов), однако в ходе беседы они были зафиксированы. Пациенты проговаривали, что «стали меньше беспокоиться без причины», «не срываюсь по пустякам», «хочу стать сильнее» и пр.

Обратимся к специфике восприятия своего заболевания, которое также показало ряд динамических изменений в представлениях наших информантов после участия в психокоррекционной работе.

Таблица 27 – Отношение к заболеванию, %

Тезис	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Общий итог
Болезнь – как испытание	41	35	30	35
Болезнь – как «кара божья»	7	7	10	8
Болезнь – близкий конец	10	9	18	12
Болезнь – «не понимаю – за что?»	17	14	16	16
Болезнь – как шанс стать лучше	10	8	10	9
Болезнь – как неизбежность	3	4	5	4
Другое	12	23	11	15
Общий итог	100	100	100	100

Необходимо подчеркнуть, что отношение к болезни остается наиболее болезненной темой в процессе беседы. Оно динамично. Пациенты сложно формируют свои представления на этот счет и затрудняются формулировать их. На сегодняшний день у них продолжают превалировать фаталистические и пессимистические установки.

Вместе с тем удалось зафиксировать небольшую динамику в позициях 1, 2 и 3. Так, доли тех, кто считал свою болезнь испытанием, в Группе 1 и Группе 2 увеличились, а доли тех, кто считал болезнь наказанием и свидетельством скорого конца, немного уменьшились, как показывает сравнение результатов таблицы 12 (стр. 81) и таблицы 27.

Эти изменения замечены лишь в тех группах, с которыми проводилась

психотерапевтическая работа медицинского психолога, что позволяет сделать предположение о положительном воздействии последней на процесс принятия своего положения как онкобольного.

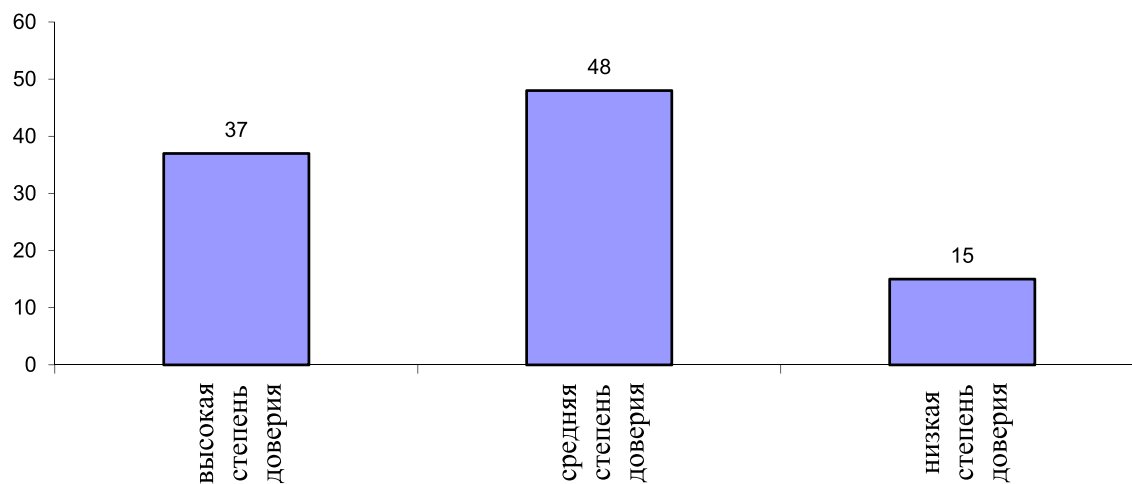


Рисунок 22. Степень доверия к медицинскому учреждению и медицинскому персоналу после психотерапевтической работы (сводные данные Группы 1 и Группы 2), %

Как мы показывали выше, высказываясь о медицинском учреждении и медицинском персонале, с которым взаимодействуют наши информанты, в первом интервью они подчеркивали среднюю степень доверия к ним. Она преобладала по трем группам опрошенных. Эта тенденция сохранилась и после обработки результатов второго интервью. Однако обращает внимание тот факт, что после проведенной психотерапевтической работы в Группе 1 и Группе 2 возрос уровень высокого доверия за счет доли среднего уровня доверия, при сохранении доли тех, кто определил наиболее подходящим для описания своего отношения «низкий уровень доверия». В контрольной группе пропорция степени доверия к медицинскому учреждению на втором интервью осталась неизменной.

Следующий блок повторного интервью, в котором мы попытались изучить наличие динамики в представлениях наших информантов после психотерапии, касался перспектив лечения и дальнейших жизненных планов. В

ходе анализе этого блока в повторном интервью сохраняется преобладание пессимистической позиции у всех трех групп опрошенных. Однако в Группе 1 и Группе 2 явно снизилась доля тех, кто выбирал пессимистические определения в видении жизненных перспектив. Следует отметить также незначительное увеличение доли оптимистов у этих же респондентов, а также увеличение доли не определившихся с обозначением жизненной позиции в настоящее время.

Пропорции между этими позиция в контрольной группе остались неизменными (сравниваем таблицу 13, стр. 83, и таблицу 28).

Таблица 28 – Видение жизненных перспектив, %

Видение жизненных перспектив	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Общий итог
Позитивная позиция	7	7	5	6
Пессимистическая позиция	59	57	60	59
Неопределенная позиция	34	36	35	35
Общий итог	100	100	100	100

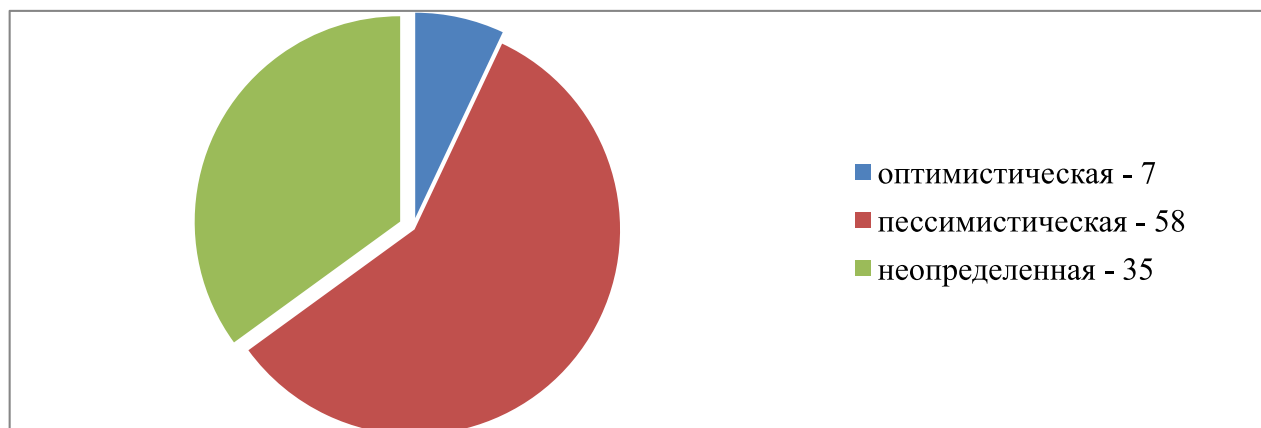


Рисунок 23. Представления о жизненных перспективах (сводные характеристики Группы 1 и Группы 2), %

Основные выводы по результатам проведенного вторичного интервью на заключительном исследовательском этапе

На основании анализа результатов первичного клинического интервью на

этапе начала лечения в условиях онкологического диспансера можно сделать вывод, что у онкологических больных доминировал пониженный фон настроения и была повышена тревожность. Больным хотелось, чтобы их понимали и сочувствовали. На общем фоне пониженного настроения развивалась пассивность, раздражительность, расстройства сна, отмечалась неуверенность в себе и неверие в лучший исход заболевания. Значимой разницы в отношении этих реакций между группами выборки по гендеру, возрасту и типу заболеваний, как мы уже упоминали, нами не было выявлено.

Необходимо отметить, что основные динамические изменения, произошедшие в представлениях пациентов, участвовавших в повторном клиническом интервью, нам удалось зафиксировать в нескольких тематических разделах: это оценка состояния здоровья, представления о себе и своем эмоциональном состоянии, представления о семейных отношениях, отношение к медицинскому персоналу и учреждению, а также отношение к заболеванию:

1) наблюдается увеличение доли ответов «затрудняюсь оценить свое состояние» и уменьшение доли ответов, оценивающих состояние здоровья как однозначно «плохое»;

2) удалось зафиксировать незначительную динамику в направлении увеличения доли тех, кто выбирал модель «близких и теплых семейных отношений» с одновременным уменьшением доли тех, кто выбирал модель автономных семейных отношений;

3) определены небольшие изменения в ответах наших информантов в сторону снижения интенсивности их высказываний по таким критериям, как чувствительность, зависимость, агрессивность, раздражительность, тревожность и потребность в эмпатии.

4) выявлено, что доли тех, кто считал свою болезнь испытанием, в Группе 1 и Группе 2 увеличились, а доли тех, кто считал болезнь наказанием и свидетельством скорого конца, немного уменьшились;

5) после проведенной психотерапевтической работы в Группе 1 и Группе

2 возрос уровень высокого доверия за счет доли среднего уровня доверия, при сохранении доли тех, кто определил наиболее подходящим для описания своего отношения «низкий уровень доверия»;

б) в Группе 1 и Группе 2 явно снизилась доля тех, кто выбирал пессимистические определения в видении жизненных перспектив; отмечается незначительное увеличение доли оптимистов у этих же респондентов, а также увеличение доли не определившихся с обозначением жизненной позиции в настоящее время, что свидетельствует о продолжающейся у пациентов внутренней работе в этом направлении.

2.4.2 Описание результатов, полученных в ходе повторных эмпирических процедур, связанных с исследованием защитных механизмов и типов отношений к болезни онкоурологических больных различной нозологии

Методика «Интегративный тест тревожности» (ИТТ)

Таблица 29 – Второй срез, %

	СТ-С			СТ-Л		
	слабо выражено	выражено	очень выражено	редко	часто	почти все время
Группа 1	20	41	39	22	42	36
Группа 2	23	41	36	25	52	23
Группа 3	13	43	43	17	43	40

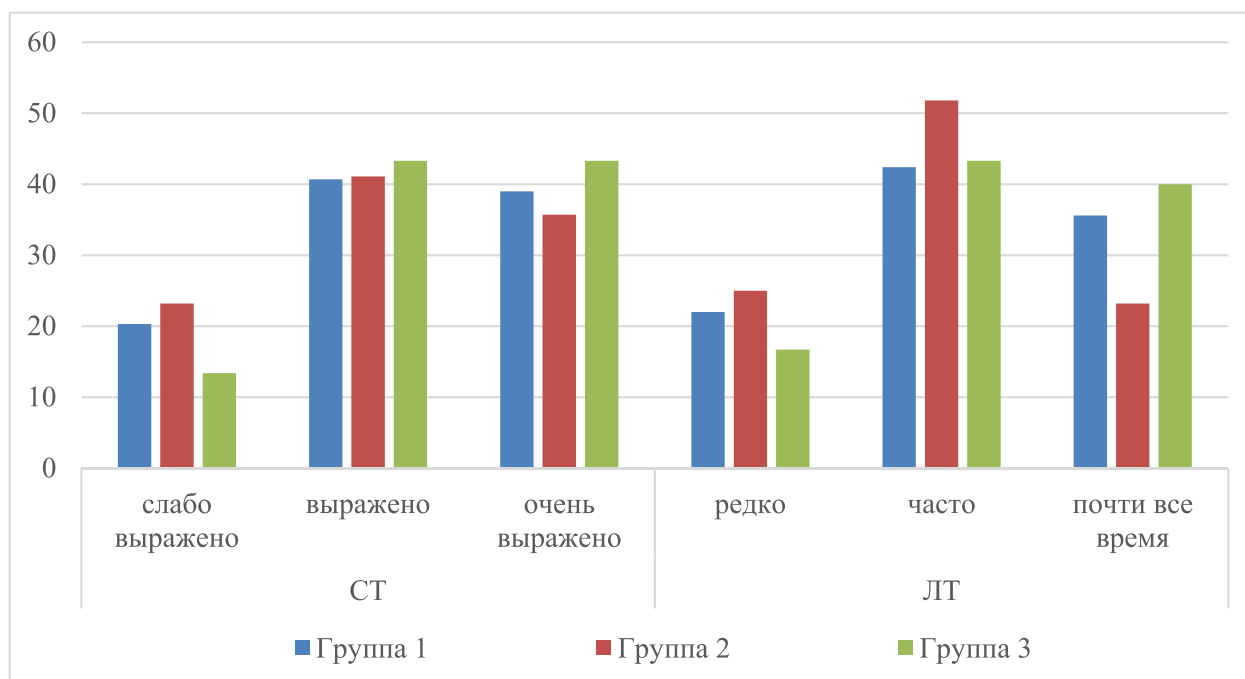


Рисунок 24. Распределение интенсивности выраженности тревожности по группам

Таблица 30 – Второй срез, %

	ЭД			АСТ			ФОБ			ОП			СЗ		
	не выражен или мало выражен	не превышает уровня нормы	преобладает	не выражен или мало выражен	не превышает уровня нормы	преобладает	не выражен или мало выражен	не превышает уровня нормы	преобладает	не выражен или мало выражен	не превышает уровня нормы	преобладает	не выражен или мало выражен	не превышает уровня нормы	преобладает
Группа 1	3	63	34	68	32	0	5	54	41	5	53	43	17	63	20
Группа 2	5	63	32	75	25	0	2	59	39	4	46	50	21	54	25
Группа 3	3	42	55	73	27	0	3	47	50	3	42	55	50	47	3

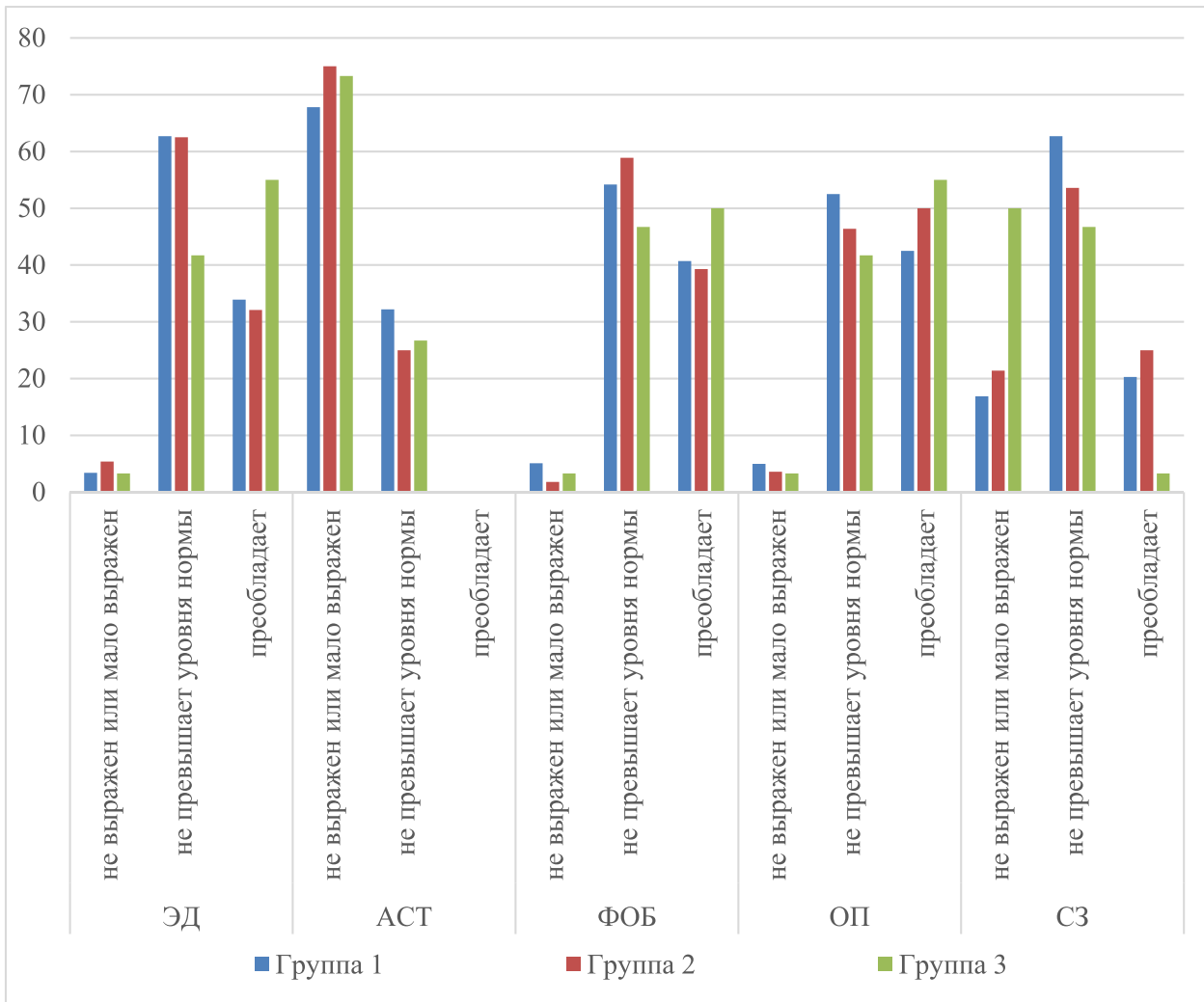


Рисунок 25. Распределение выраженности тревоги по группам в соотношении с защитными реакциями

Таблица 31 – Сравнение «Первый срез — Второй срез», %

	СТ			ЛТ		
	слабо выражено	выражено	очень выражено	редко	часто	почти все время
Группа 1, 1-й срез	16	27	57	19	37	44
Группа 1, 2-й срез	20	41	39	22	42	36
Группа 2, 1-й срез	15	37	48	22	42	37
Группа 2, 2-й срез	23	41	36	25	52	23
Группа 3, 1-й срез	20	29	51	15	42	43
Группа 3, 2-й срез	13	43	43	17	43	40

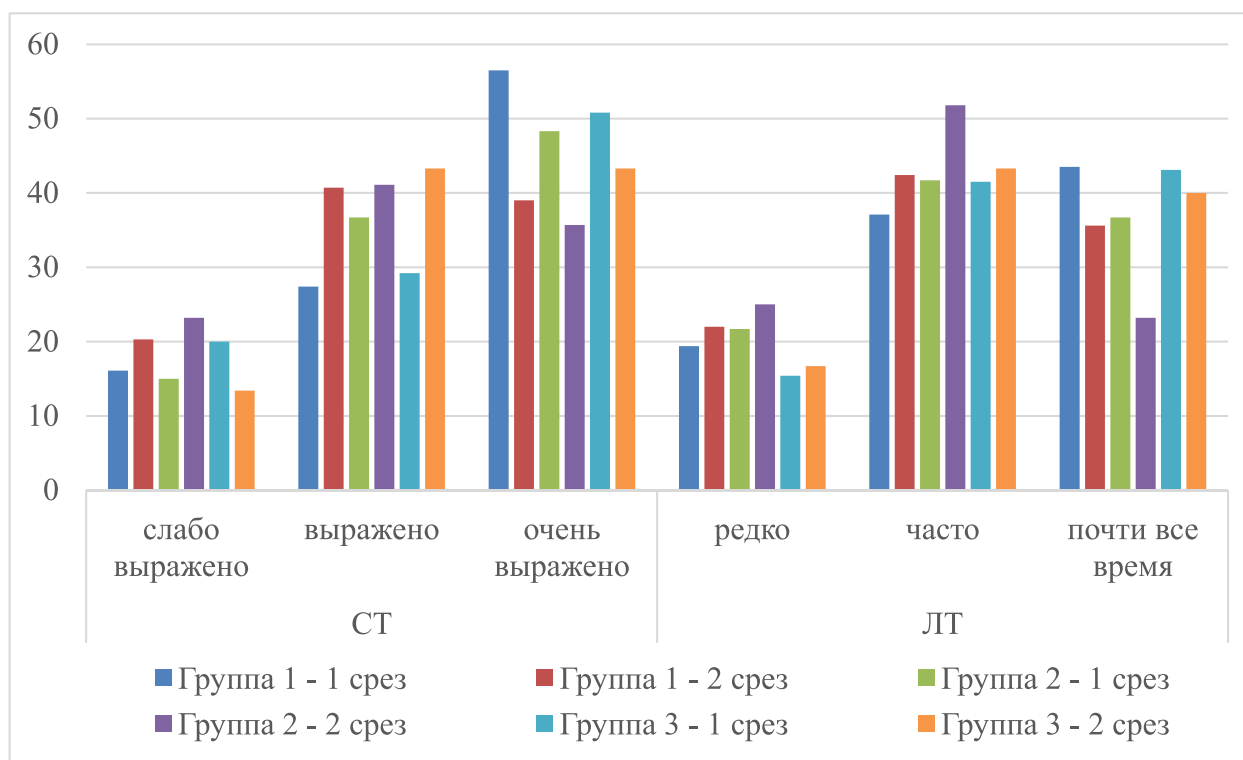


Рисунок 26. Сводные сравнительные характеристики выраженности тревоги по группам

По результатам методики ИТТ по шкале «Раздражение» изменилось распределение уровней выраженности: всего 1 респондент все еще демонстрирует очень высокий уровень, однако 3 человека улучшили свои показатели и показывают теперь средний уровень, который не был диагностирован раньше ни у одного испытуемого по этой шкале. Все участники показали значительное улучшение по шкале «Вербальная агрессия» по сравнению с первичной диагностикой. Теперь у 4 человек средний уровень выраженности по шкале, у 2 — повышенный. Самое большое улучшение здесь по шкале «Чувство вины». Ранее диагностировались уровни выраженности вплоть до высокого, после коррекции же у всех испытуемых диагностирован низкий уровень выраженности признака. По шкалам «Агрессивность» и «Враждебность» респонденты демонстрируют средний уровень.

У большинства респондентов не произошло принципиальных изменений в плане личностной тревожности, так как она представляет собой конституциональную черту, обуславливающую склонность воспринимать угрозу в широком диапазоне ситуаций. Для этого нужна более длительная и глубокая терапия. Улучшение показателей по ситуационной тревожности соответствовало нашим целям, здесь удалось добиться видимых целей. Лишь 1 респондент продолжает демонстрировать высокий уровень тревожности, остальные же либо сохранили данный (оптимальный) уровень, либо улучшили свои показатели с высокого на умеренный. Это можно объяснить, как естественной адаптацией к условиям стационара у некоторых респондентов, так и следствием прохождения программы развития эффективной системы саморегуляции.

Методика субъективного ощущения одиночества (МСПО)

Таблица 32 – Второй срез, %

	Высокий уровень одиночества	Средний уровень одиночества	Низкий уровень одиночества
Группа 1	32	52	16
Группа 2	34	48	18
Группа 3	53	38	8

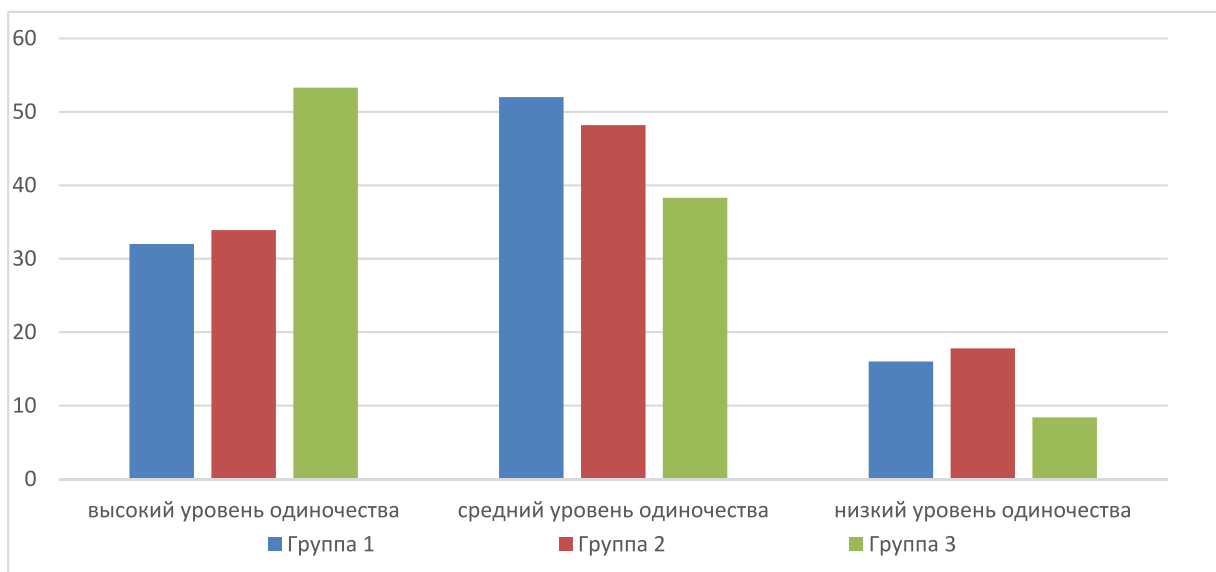


Рисунок 27. Распределение интенсивности переживания одиночества

Таблица 33 – Сравнение «Первый срез — Второй срез», %

	Высокий уровень одиночества	Средний уровень одиночества	Низкий уровень одиночества
Группа 1, 1-й срез	52	39	9
Группа 1, 2-й срез	32	52	16
Группа 2, 1-й срез	52	37	12
Группа 2, 2-й срез	34	48	18
Группа 3, 1-й срез	55	37	8
Группа 3, 2-й срез	53	38	8

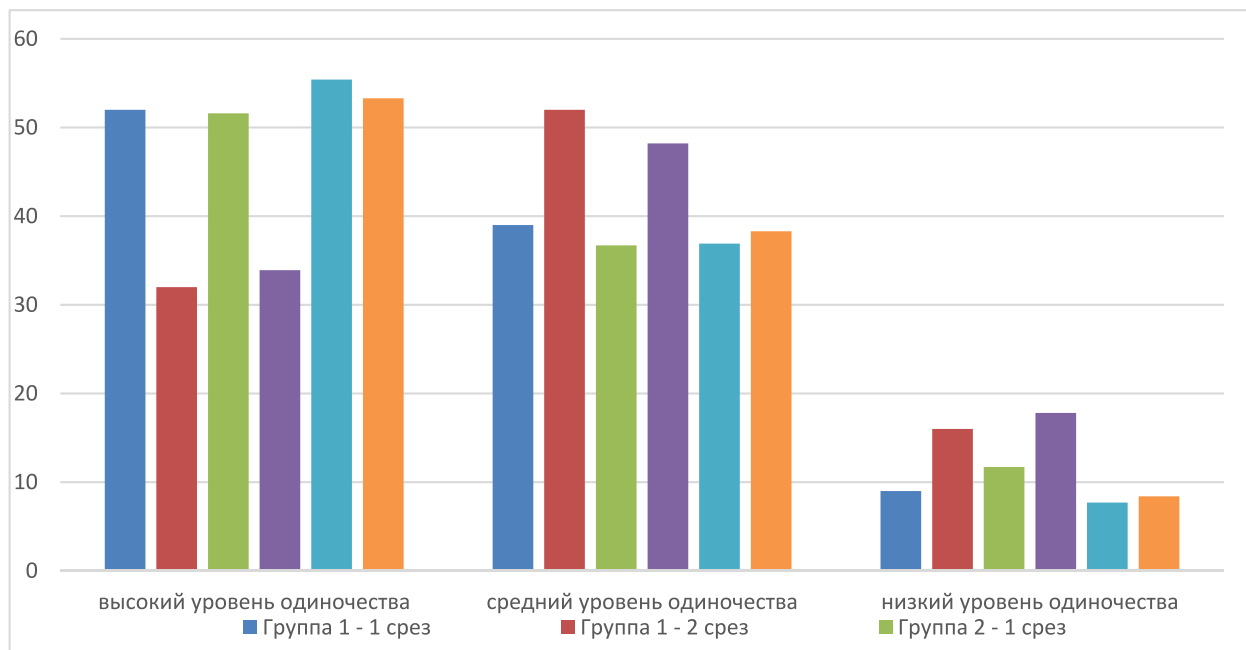


Рисунок 28. Сводное сравнительное представление о переживании одиночества по группам

В контексте рассмотрения переживания одиночества онкологических больных мы можем говорить о собственной динамике переживания одиночества у онкобольных (нижеизложенное подтверждается содержанием бесед с онкобольными, результатами анализа клинического интервью): первая стадия — узнавание диагноза и до периода осознания и принятия диагноза — переживание одиночества носит характер острого состояния в форме отчуждения, моментальной изолированности от социального сообщества («синдром прокажённого»), далее — по мере осознания и принятия ситуации, в зависимости от личностных характеристик, с одной стороны, и оказываемой психологической поддержки и помощи, с другой стороны, острота переживания одиночества снижается, но при этом хронизируется, констатацией факта в данном случае является логема «мир изменился» и следственное к этой логеме положение «мой мир изменился», происходит своеобразное психологическое разделение на ситуацию «до» и «после» (при исследовании временных параметров картины болезни в контексте картины мира нами будут выделяться, в частности, фрагменты представлений — до болезни (фактически — до

диагноза) и после констатации факта болезни (после диагноза)). Одиночество приобретает характер безусловного фонового процесса, на плоскости или, точнее, в пространстве которого и будет формироваться ряд экзистенциальных переменных, связанных с активацией или пассивизацией стратегий совладания и защитными механизмами.

В связи с рассматриваемой ситуацией необходимо обратить внимание на еще одну принципиально важную особенность: собственно переживание одиночества, в силу своей специфики — как одно из наиболее глобальных экзистенциальных переживаний в контексте «раскола» мира, по мере преодоления первичной растерянности и обретения контроля над страхом и тревогой порождает особое переживание, которое в контексте попытки преодоления конфликта, состоящего из осознания неизлечимости болезни, с одной стороны, необходимостью (но при этом не всегда желанием) жить в ситуации тяжелого хронического заболевания, принимая реальность ситуации как элемент наличного бытия, некий свершившийся факт, и острейшего неприятия, несмирения, протеста против «несправедливости судьбы» и надежды на «чудо», с другой стороны, активировать особое состояние экзистенциальной природы, которое мы назвали «травматической свободой». Речь идет о частном проявлении феномена, в принципе сцепленного с кризисной ситуацией непреодолимого характера. В рамках настоящего исследования детальное изучение данного феномена не представляется возможным и необходимым, но вместе с тем данное направление исследования можно и следует рассматривать как перспективное, в контексте понимания глубинных психологических механизмов активизации противостояния разрушительному процессу, «первичному хаосу», который является неизбежным первичным результатом любой критической ситуации.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии

Таблица 34 – Второй срез, %

	Тревога			Депрессия		
	в норме	выше нормы	высокая	в норме	выше нормы	высокая
Группа 1	61	17	22	58	20	22
Группа 2	64	18	18	57	23	20
Группа 3	42	30	28	57	17	27

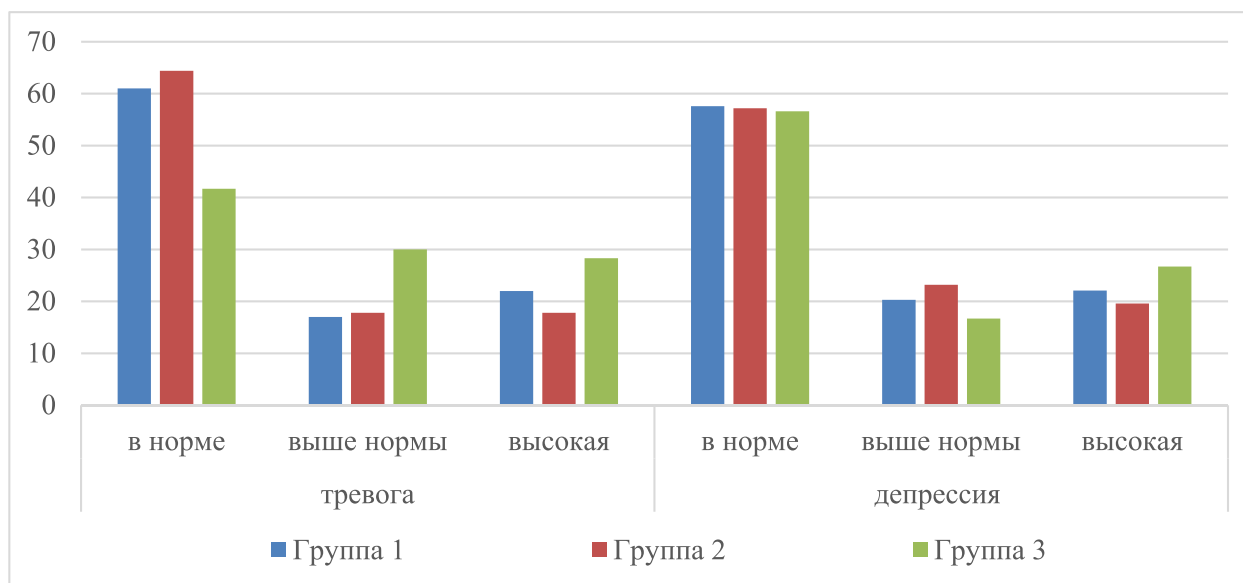


Рисунок 29. Представленность переживания тревоги и депрессии по группам

Таблица 35 – Сравнение «Первый срез — Второй срез», %

	Тревога			Депрессия		
	в норме	выше нормы	высокая	в норме	выше нормы	высокая
Группа 1, 1-й срез	36	27	37	32	34	34
Группа 1, 2-й срез	61	17	22	58	20	22
Группа 2, 1-й срез	42	25	33	37	30	33
Группа 2, 2-й срез	64	18	18	57	23	20
Группа 3, 1-й срез	45	28	28	46	23	31
Группа 3, 2-й срез	42	30	28	57	17	27

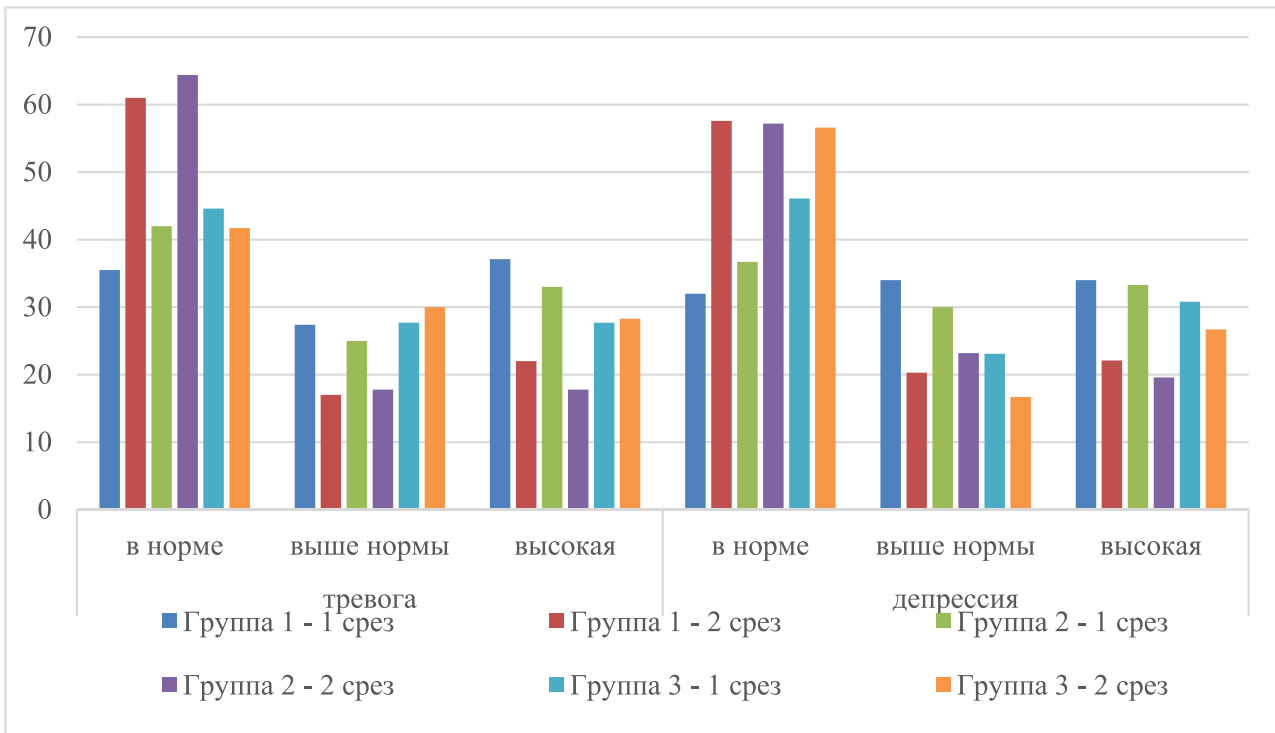


Рисунок 30. Сводная сравнительная представленность переживания тревоги и депрессии по группам

Опросник страха прогрессирования заболевания (ОСПЗ (страхи))

Таблица 36 – Второй срез, %

	Общий уровень страха прогрессирования заболевания			Эмоциональные реакции			Семейные страхи			Страх утраты автономии		
	высокий	средний	низкий	высокий	средний	низкий	высокий	средний	низкий	высокий	средний	низкий
Группа 1	44	39	17	34	46	20	31	53	17	15	85	0
Группа 2	45	36	20	39	45	16	30	55	14	13	88	0
Группа 3	58	42	0	55	43	2	50	47	3	20	80	0

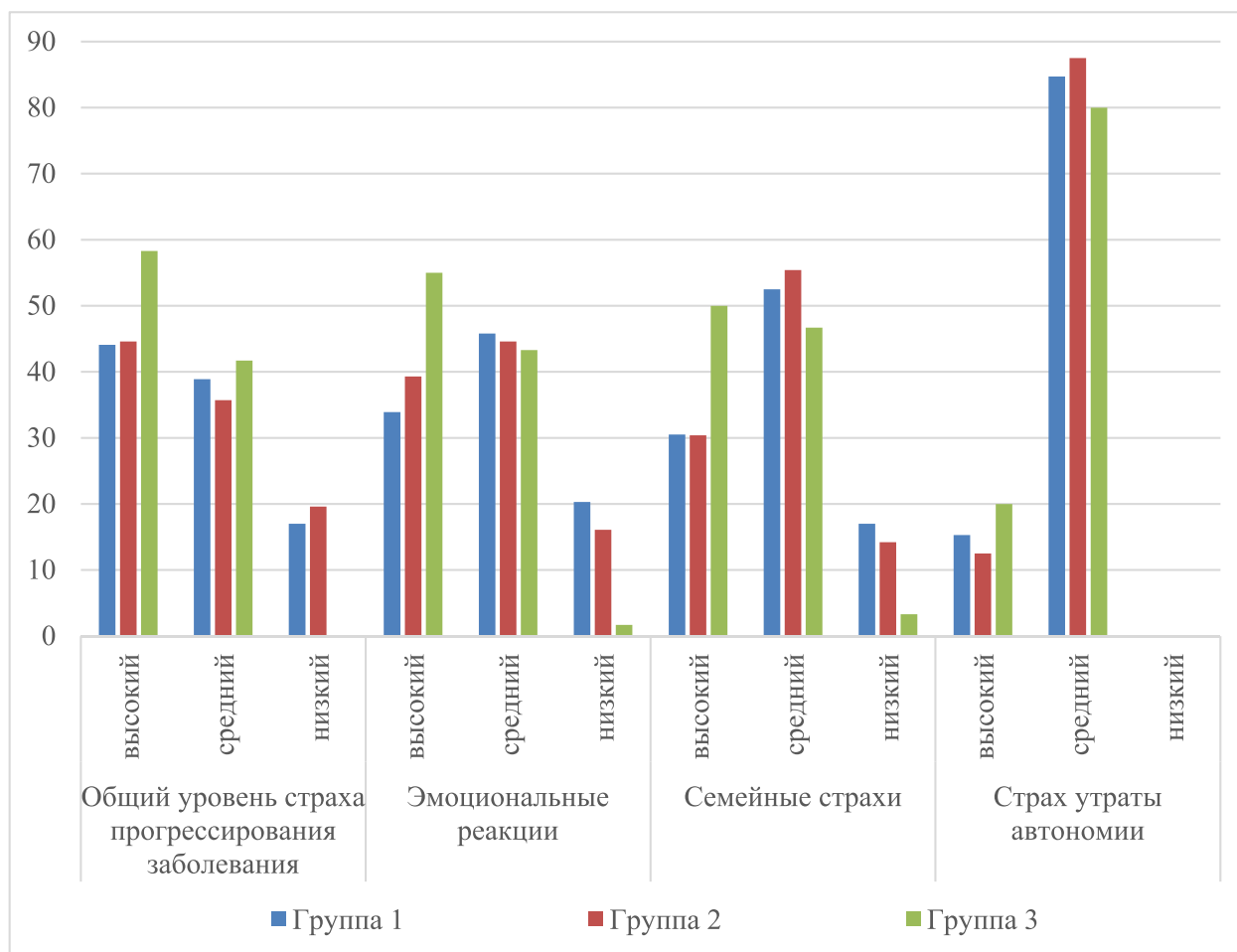


Рисунок 31. Представленность страхов по группам

Таблица 37 – Сравнение «Первый срез — Второй срез», %

	Общий уровень страха прогрессирования заболевания			Эмоциональные реакции			Семейные страхи			Страх утраты автономии		
	высокий	средний	низкий	высокий	средний	низкий	высокий	средний	низкий	высокий	средний	низкий
Группа 1, 1-й срез	53	44	3	52	45	3	45	55	0	27	73	0

Группа 1, 2-й срез	44	39	17	34	46	20	31	53	17	15	85	0
Группа 2, 1-й срез	58	40	2	55	43	2	48	48	3	20	80	0
Группа 2, 2-й срез	45	36	20	39	45	16	30	55	14	13	88	0
Группа 3, 1-й срез	58	40	2	54	45	2	51	49	0	22	79	0
Группа 3, 2-й срез	58	42	0	55	43	2	50	47	3	20	80	0

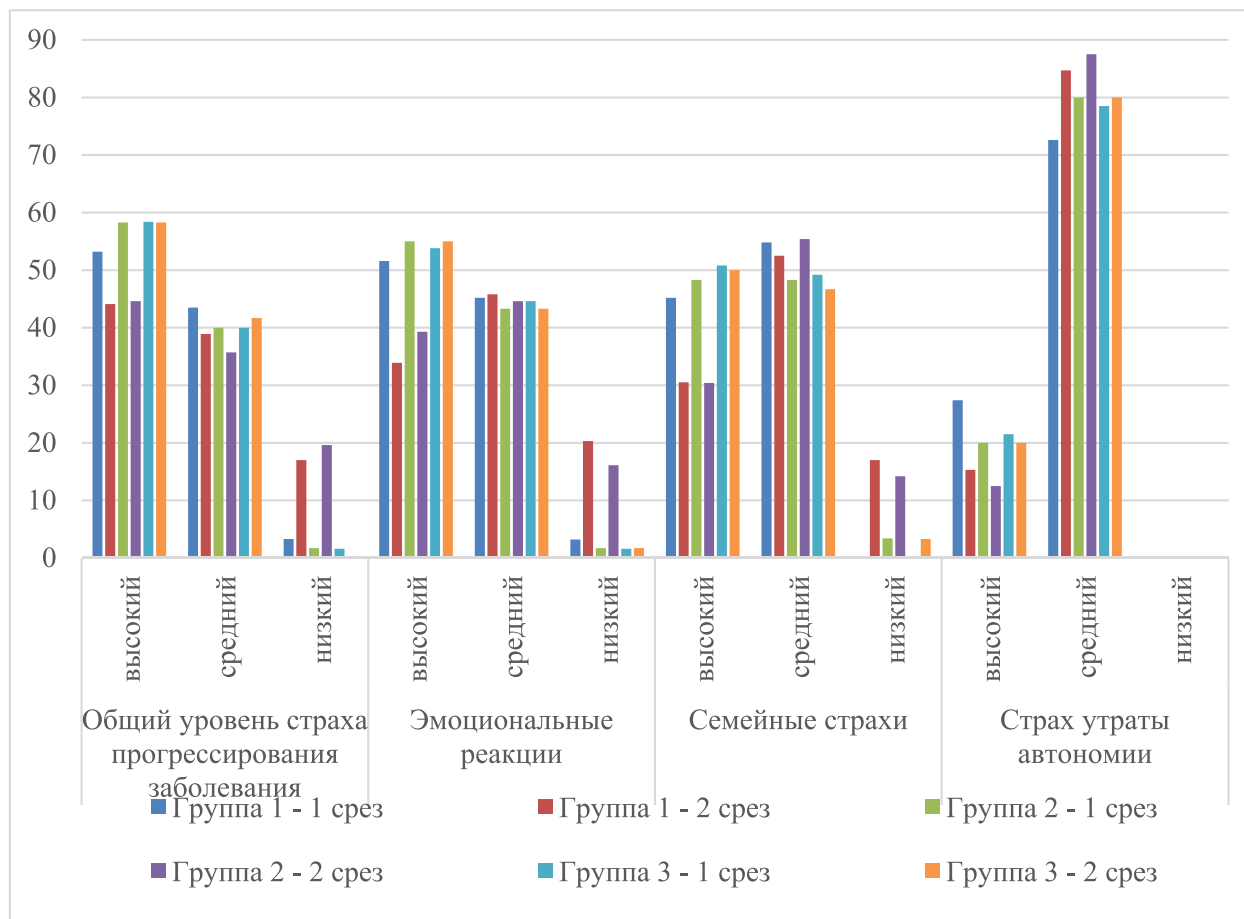


Рисунок 32. Сводная сравнительная представленность страхов по группам

Шкала экзистенций А. Лэнгле — К. Орглер (Шкала экзистенций Лэнгле)

Таблица 38 – Второй срез, %

	Самодистанцирование (SD)			Самотранценденция (ST)			Свобода (F)			Ответственность (V)		
	высокий	средний	низкий	высокий	средний	низкий	высокий	средний	низкий	высокий	средний	низкий
Группа 1	10	46	44	14	58	29	0	53	48	10	51	39
Группа 2	13	48	39	14	57	29	0	54	46	14	43	43

Группа 3	3	42	55	2	45	53	0	45	55	3	35	62
----------	---	----	----	---	----	----	---	----	----	---	----	----

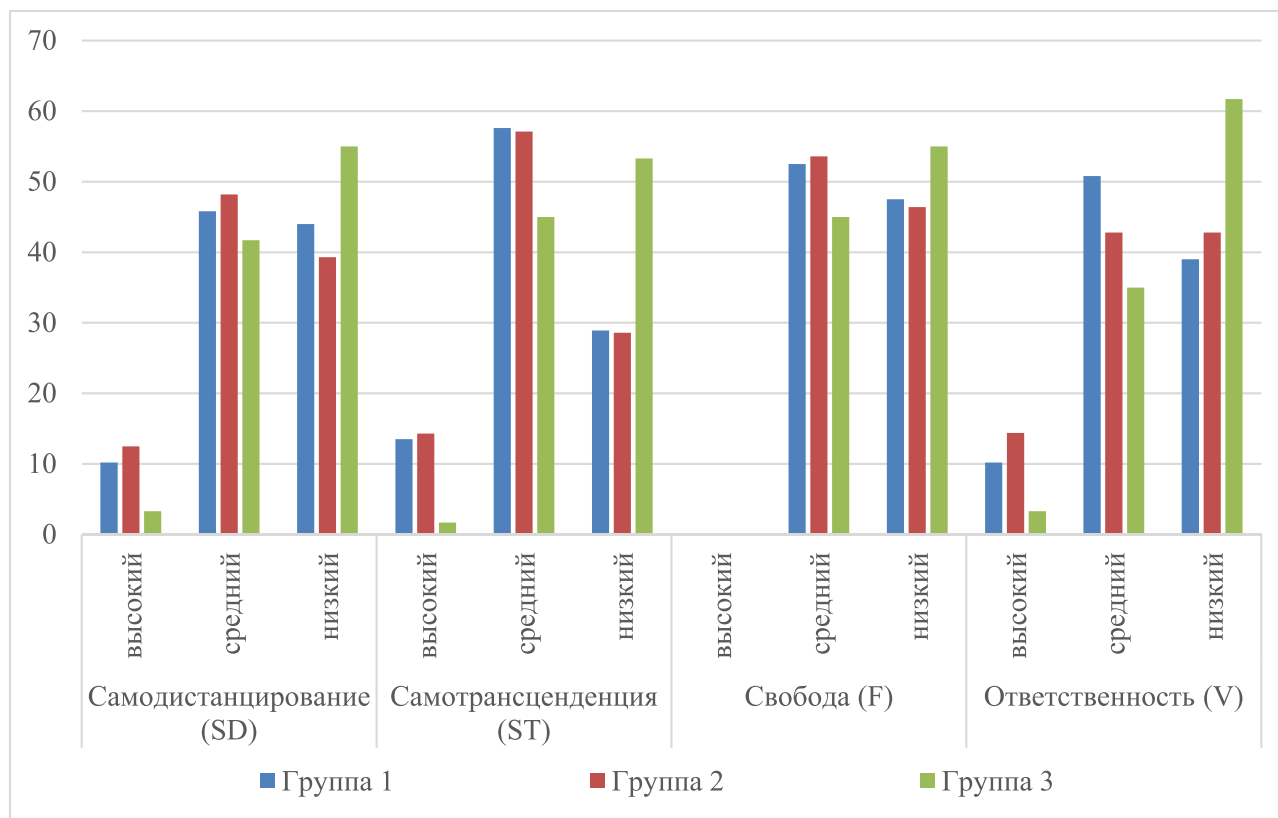


Рисунок 33. Представленность выраженности типов экзистенций по группам

Таблица 39 – Сравнение «Первый срез — Второй срез», %

	Самодистанцирование (SD)			Самотрансценденция (ST)			Свобода (F)			Ответственность (V)		
	высокий	средний	низкий	высокий	средний	низкий	высокий	средний	низкий	высокий	средний	низкий
Группа 1, 1-й срез	0	29	71	3	42	55	0	31	69	0	27	73
Группа 1, 2-й срез	10	46	44	14	58	29	0	53	48	10	51	39

Группа 2, 1-й срез	0	32	68	2	47	52	0	35	65	2	32	67
Группа 2, 2-й срез	13	48	39	14	57	29	0	54	46	14	43	43
Группа 3, 1-й срез	0	35	65	2	42	57	0	42	59	0	35	65
Группа 3, 2-й срез	3	42	55	2	45	53	0	45	55	3	35	62

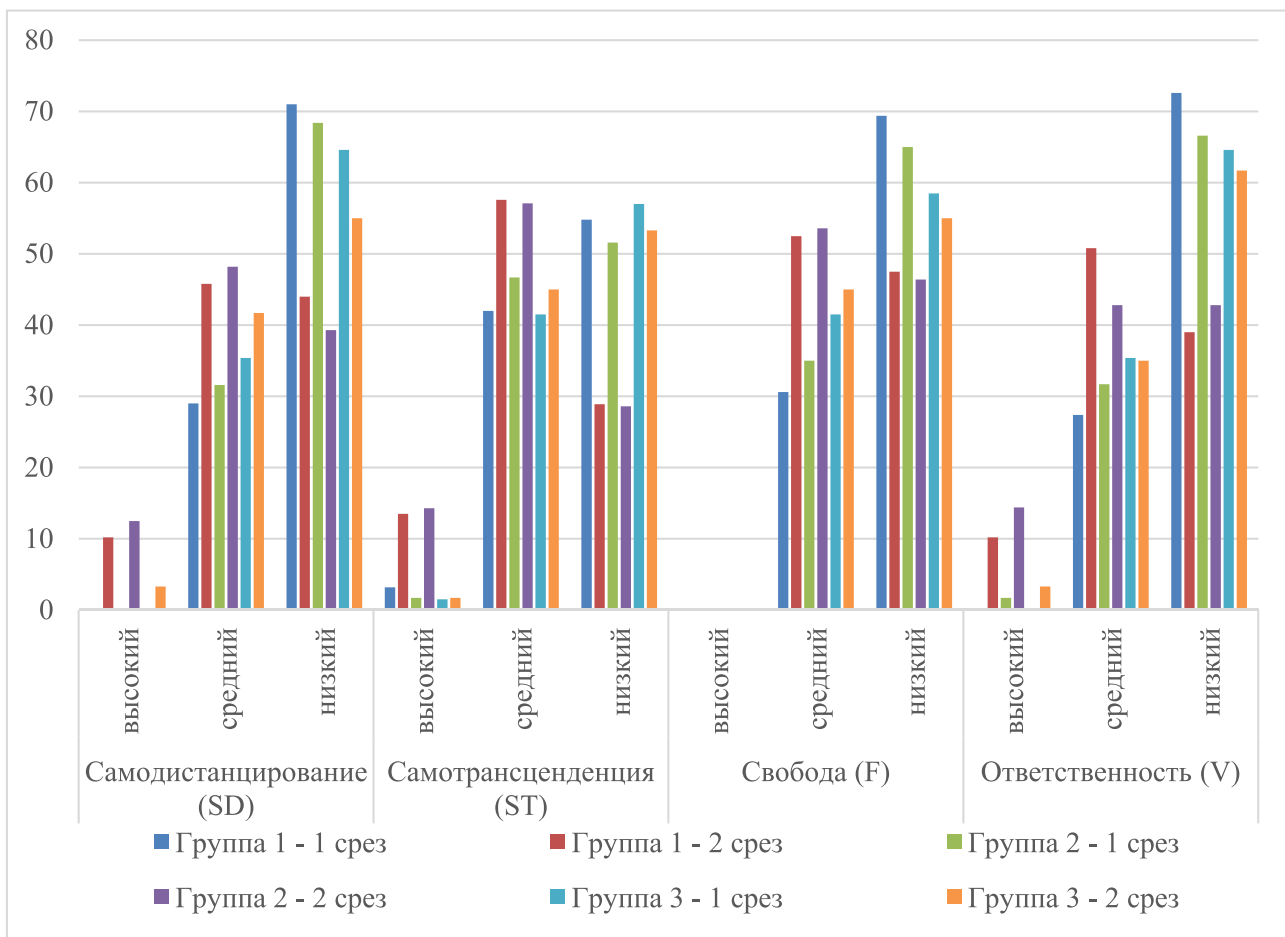


Рисунок 34. Сводная сравнительная представленность выраженности типов экзистенций по группам

Методика индекс жизненного стиля (ИЖС)

Таблица 40 – Второй срез, %

	Отрицание	Вытеснение	Регрессия	Компенсация	Проекция	Замещение	Интеллектуализация	Реактивные образования
Группа 1	7	15	9	14	14	12	15	15
Группа 2	9	9	2	25	30	2	18	5
Группа 3	18	22	8	10	7	5	5	25

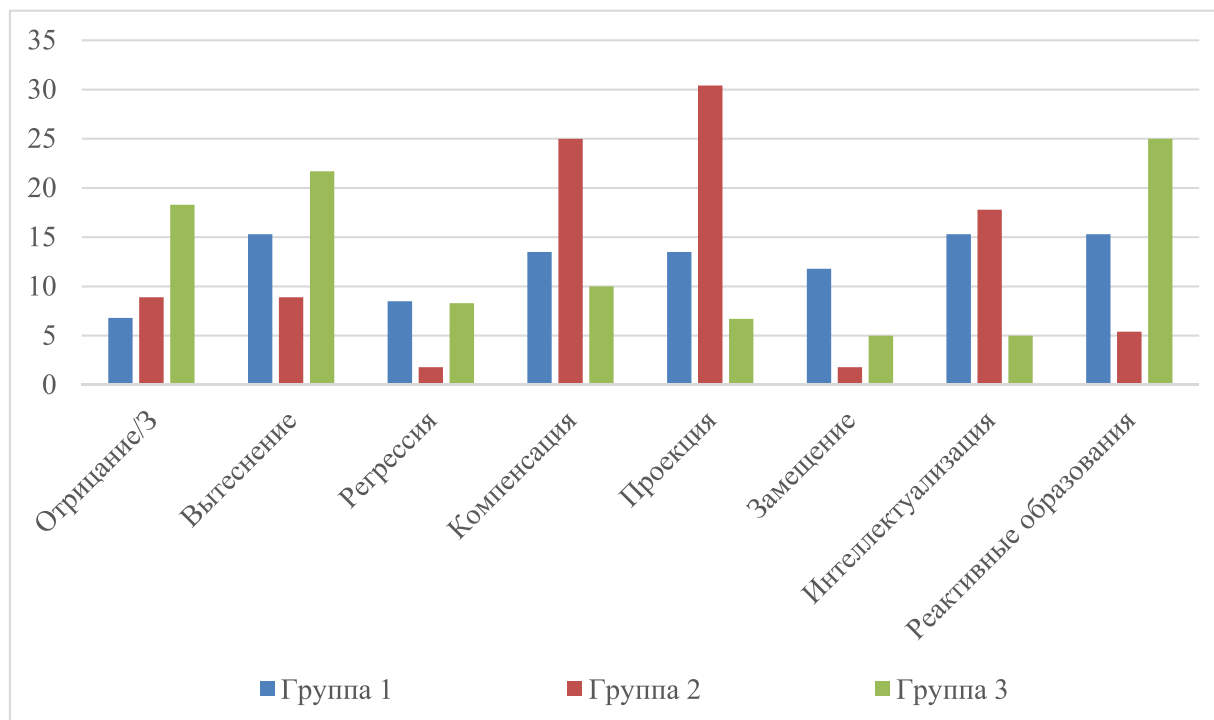


Рисунок 35. Представленность интенсивность типов жизненного стиля по группам

По результатам методики ИЖС можно сделать вывод о том, что в целом для обеих групп произошло снижение напряженности защитных механизмов (22–45 %), вместе с тем вырос уровень защитных проекций (17–59 %).

Анализ доминирующих типов психологической защиты показал, что для респондентов Группы 2 основными защитами являются защиты по типу

«реактивные образования», «отрицание» и «проекция», реже используется «интеллектуализация» и «вытеснение».

Проведенный анализ не показал значимых различий в использовании психологических защит между группами больных с диагнозом «почечно-клеточный рак» и больных с диагнозом «рак мочевого пузыря».

Проведенный анализ результатов показал, что для респондентов, выражающих высокую степень тревоги по отношению к своей болезни, характерно наибольшее количество психологических защит.

Например, чем более выражен защитный механизм «компенсация», тем ярче проявляется тревожный и меланхоличный тип отношения к болезни и тем меньше паранойяльный тип отношения к болезни.

Защитный механизм «регрессия» взаимосвязан с меланхолическим, сензитивным и тревожным типами отношения к болезни, а защитный механизм «реактивные образования» взаимосвязан с тревожным типом отношения к болезни и, следовательно, с диспозицией мании.

Проведенный анализ результатов показал наибольшее количество статистически значимых взаимосвязей по паранойяльному типу отношения к болезни. Чем выше показатель по данной шкале, тем слабее проявляются такие ЭЗМ, как защиты от одиночества, избегание проявлений воли и вера в конечного спасителя.

Для респондентов с гармоничным типом отношения к болезни не характерно избегание ответственности. Показатели по этим шкалам имеют отрицательную статистически значимую взаимосвязь.

При этом респонденты, для которых характерно избегание ответственности, имеют склонность относиться к болезни по апатическому типу.

Также была выявлена высокая взаимосвязь эгоцентрического типа отношения к болезни с патологическими защитами от бессмысленности.

Таблица 41 – Сравнение «Первый срез — Второй срез», %

	Отрицание	Вытеснение	Регрессия	Компенсация	Проекция	Замещение	Интеллектуализация	Реактивные образования
Группа 1, 1-й срез	13	24	11	7	5	8	8	24
Группа 1, 2-й срез	7	15	9	14	14	12	15	15
Группа 2, 1-й срез	17	33	3	7	13	7	8	12
Группа 2, 2-й срез	9	9	2	25	30	2	18	5
Группа 3, 1-й срез	15	22	8	9	8	6	6	26
Группа 3, 2-й срез	18	22	8	10	7	5	5	25

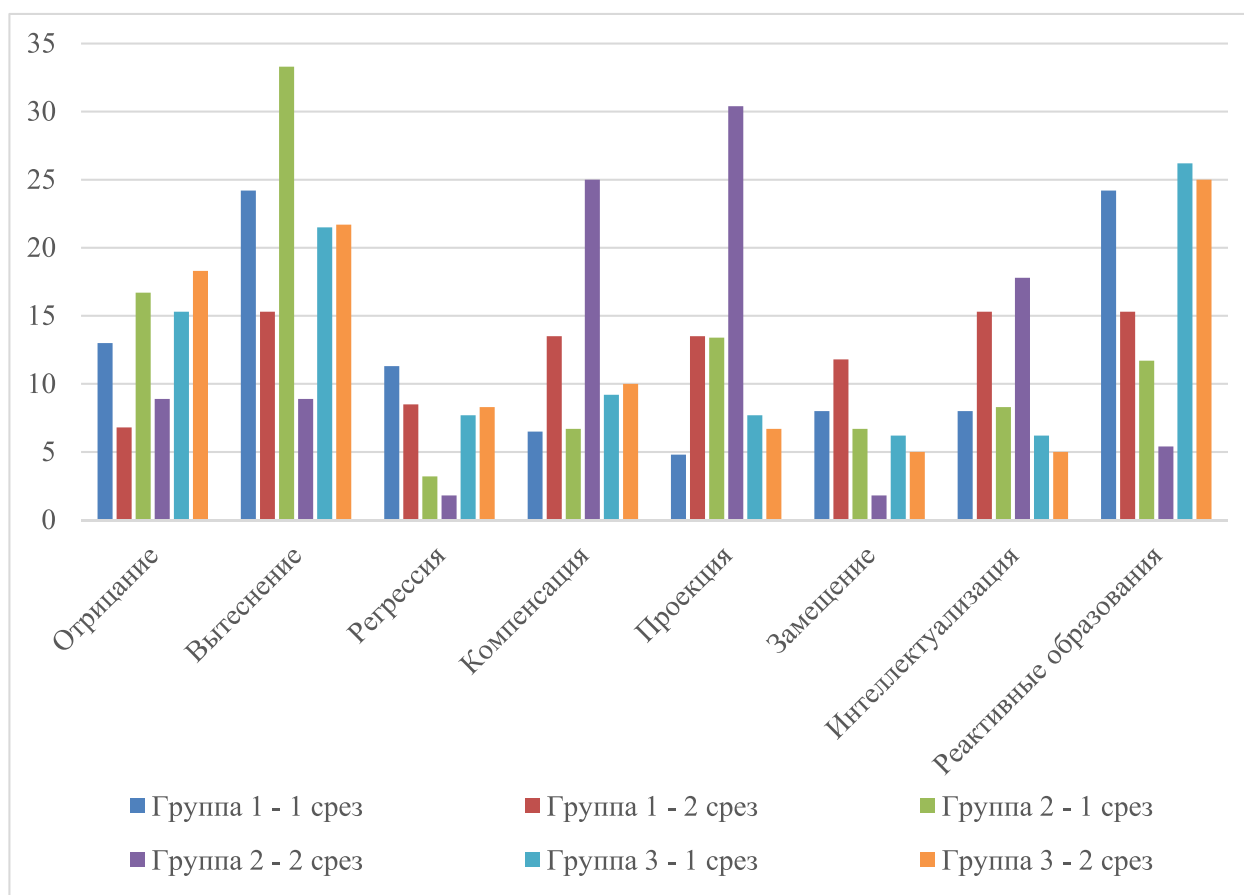


Рисунок 36. Сводная сравнительная представленность выбора типов жизненного стиля по группам

Исследование копинг-стратегий

Таблица 42 – Адаптивные варианты копинг-поведения. Второй срез, количество

	Проблемный анализ	Сохранение самообладания	Установка собственной ценности	Протест	Оптимизм	Сотрудничество	Обращение	Альтруизм
Группа 1	2	22	12	10	14	7	0	0
Группа 2	4	4	14	16	4	9	0	0
Группа 3	0	3	13	7	2	8	2	2

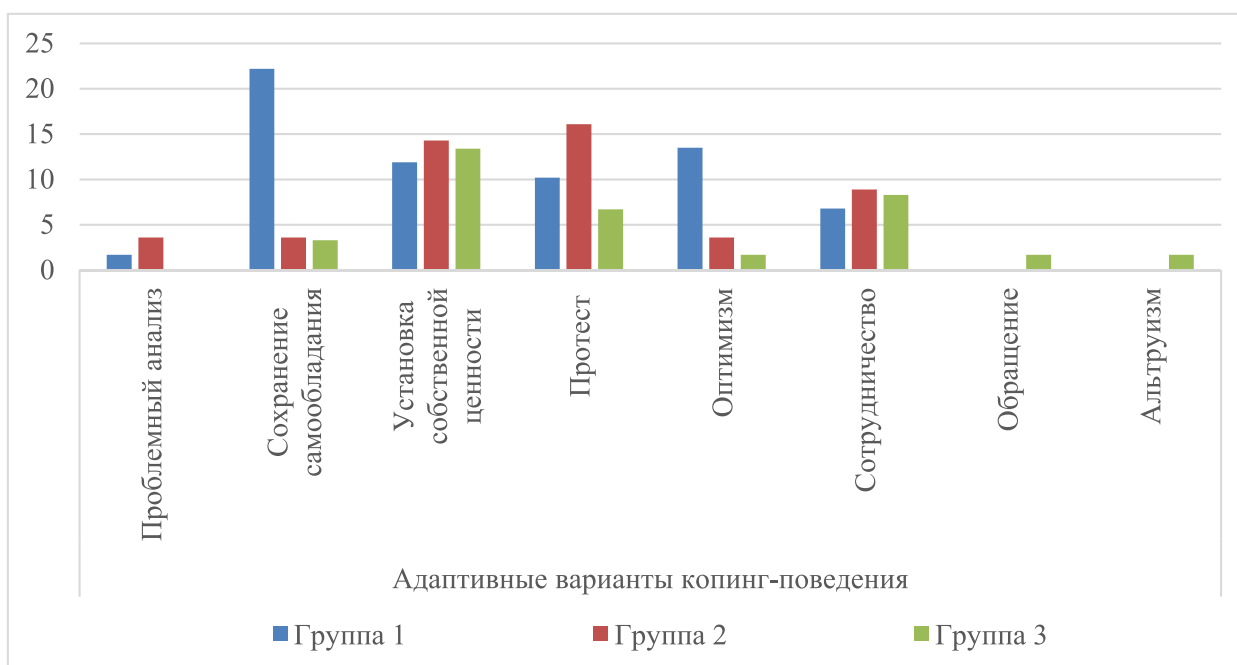


Рисунок 37. Представленность распределения адаптивных копинг-стратегий

Таблица 43 – Неадаптивные варианты копинг-поведения. Второй срез, количество

	Смирение	Растерянность	Диссимуляция	Игнорирование	Подавление эмоций	Покорность	Самообвинение	Агрессивность	Активное избегание	Отступление
Группа 1	3	0	3	5	2	2	2	0	2	5
Группа 2	0	0	14	5	0	0	0	0	5	4
Группа 3	12	3	0	0	0	0	0	0	8	10

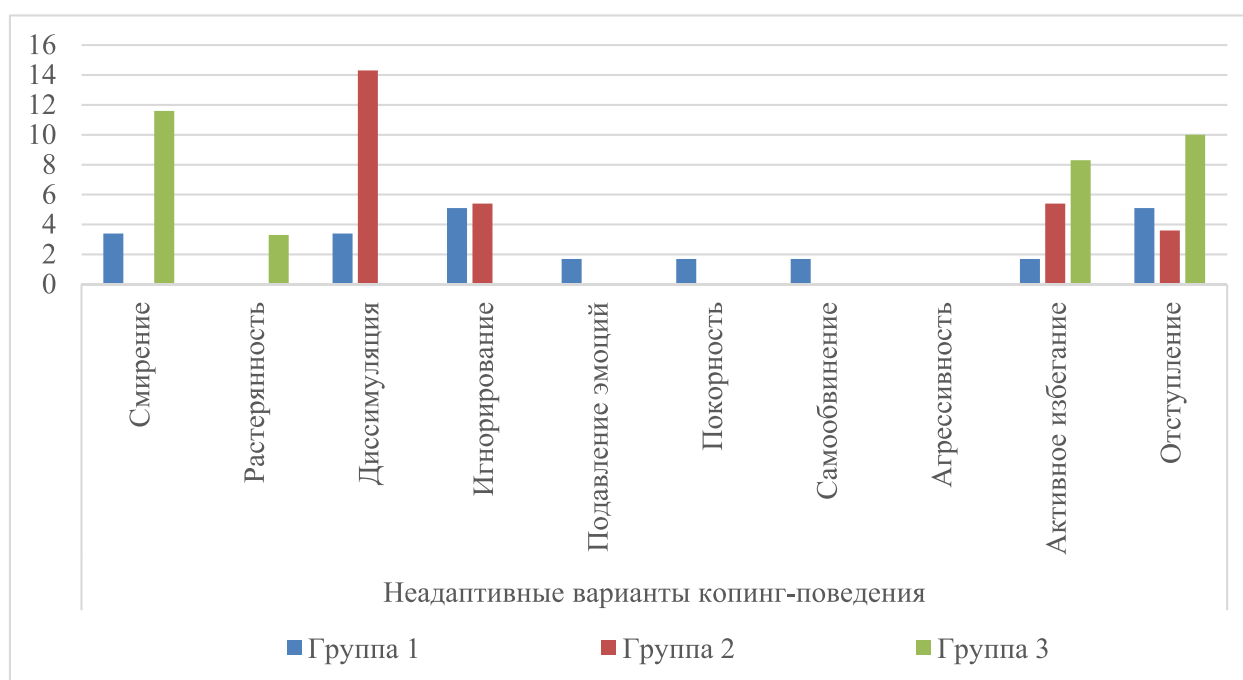


Рисунок 38. представленность выраженности неадаптивных вариантов копинг-стратегий

Таблица 44 – Относительно адаптивные варианты копинг-поведения. Второй срез, количество

	Относительность	Придача смысла	Религиозность	Эмоциональная разрядка	Пассивная кооперация	Компенсация	Отвлечение	Конструктивная активность
Группа 1	15	0	0	7	2	2	2	2
Группа 2	13	0	0	14	0	0	0	0
Группа 3	20	0	0	7	3	0	0	0

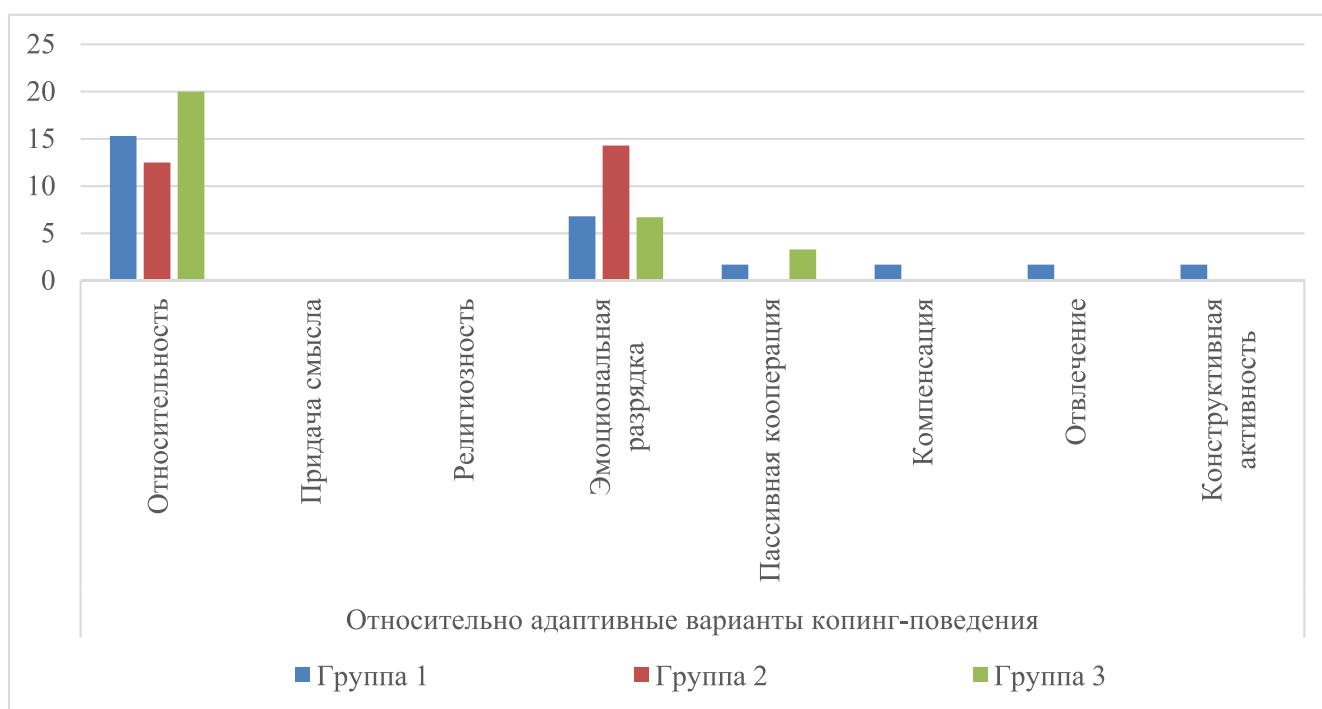


Рисунок 39. Представленность выраженности относительно адаптивных копинг-стратегий

Сравнение «Первый срез — Второй срез»

Таблица 45 – Адаптивные варианты копинг-поведения, количество

	Проблемный анализ	Сохранение самообладания	Установка собственной ценности	Протест	Оптимизм	Сотрудничество	Обращение	Альтруизм
Группа 1, 1-й срез	0	0	6	5	8	13	0	0
Группа 1, 2-й срез	2	22	12	10	14	7	0	0
Группа 2, 1-й срез	0	0	8	8	0	5	2	2
Группа 2, 2-й срез	4	4	14	16	4	9	0	0
Группа 3, 1-й срез	0	0	12	6	0	8	0	0
Группа 3, 2-й срез	0	3	13	7	2	8	2	2

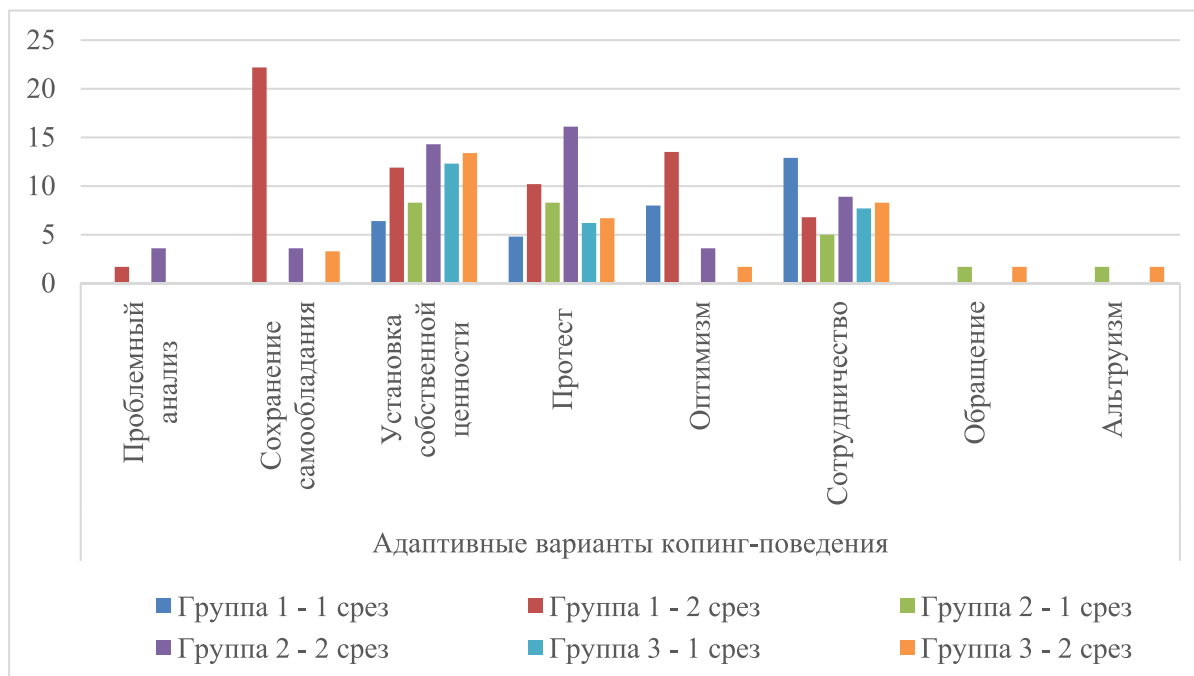


Рисунок 40. Сравнительная представленность распределения выраженности адаптивных копинг-стратегий

Таблица 46 – Неадаптивные варианты копинг-поведения, количество

	Смирение	Растрянность	Диссимуляция	Игнорирование	Подавление эмоций	Покорность	Самообвинение	Агрессивность	Активное избегание	Отступление
Группа 1, 1-й срез	3	17	3	5	0	0	0	5	5	10
Группа 1, 2-й срез	3	0	3	5	2	2	2	0	2	5
Группа 2, 1-й срез	0	0	12	5	0	0	3	0	5	5
Группа 2, 2-й срез	0	0	14	5	0	0	0	0	5	4
Группа 3, 1-й срез	12	3	2	2	0	0	0	5	6	8
Группа 3, 2-й срез	12	3	0	0	0	0	0	0	8	10

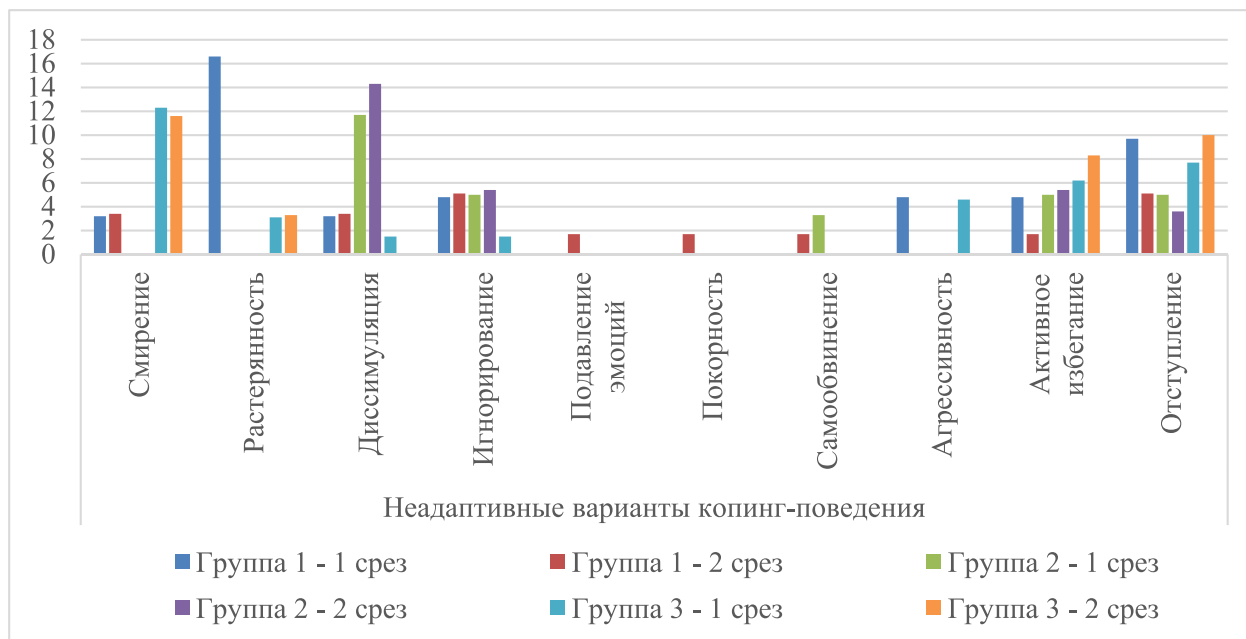


Рисунок 41. Сравнительная представленность распределения выраженности неадаптивных копинг-стратегий

Таблица 47 – Относительно адаптивные варианты копинг-поведения, количество

	Относительность	Придача смысла	Религиозность	Эмоциональная разрядка	Пассивная кооперация	Компенсация	Отвлечение	Конструктивная активность
Группа 1, 1-й срез	21	0	0	15	0	0	0	0
Группа 1, 2-й срез	15	0	0	7	2	2	2	2
Группа 2, 1-й срез	20	0	0	22	3	0	0	0
Группа 2, 2-й срез	13	0	0	14	0	0	0	0
Группа 3, 1-й срез	22	0	0	8	8	0	0	0
Группа 3, 2-й срез	20	0	0	7	3	0	0	0

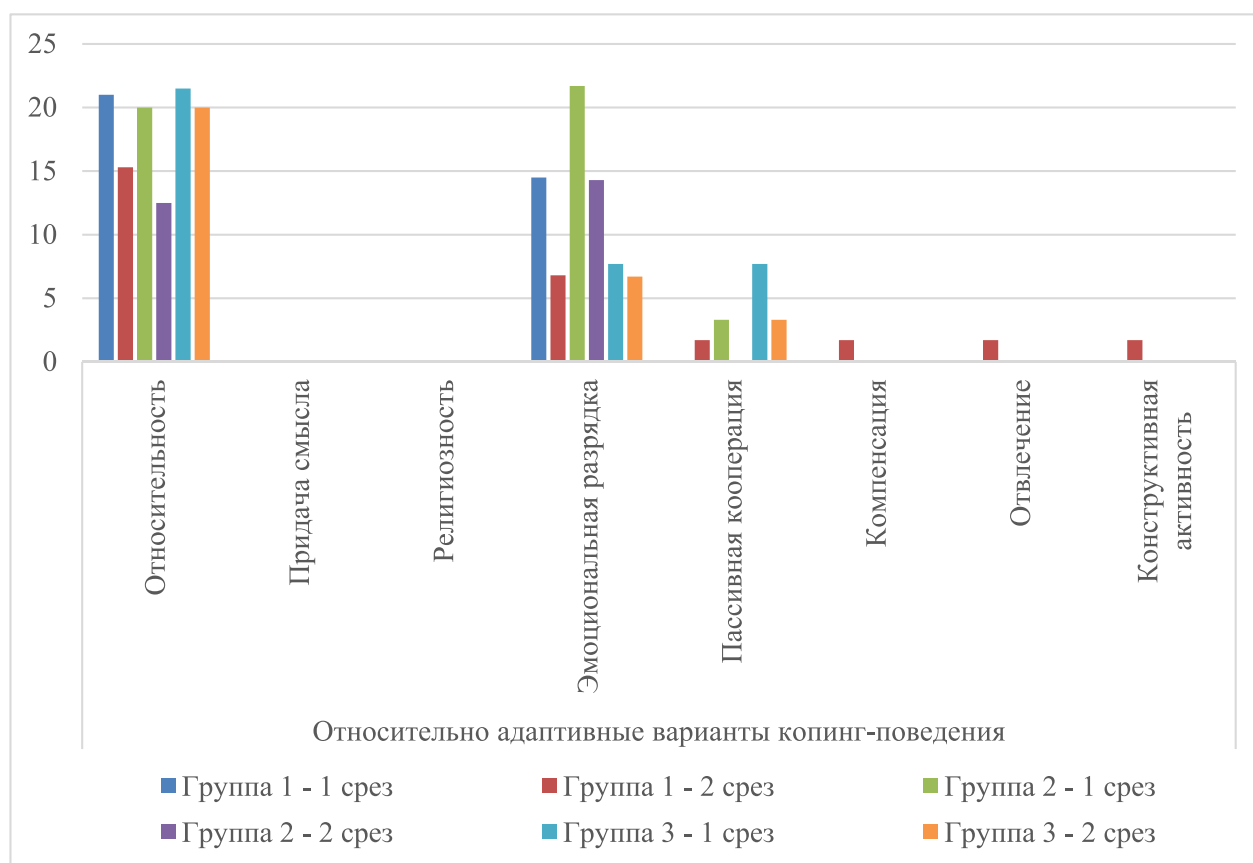


Рисунок 42. Сравнительная представленность распределения выраженности относительно адаптивных копинг-стратегий

Проведенный анализ результатов показал, что у респондентов первой группы (с диагнозом «почечно-клеточный рак») наиболее выражены защитные механизмы, связанные с продуктивной защитой от бессмысленности. Каждый человек нуждается в смысле. Отсутствие в жизни смысла, ценностей, идеалов вызывает значительные страдания. Однако современная экзистенциальная концепция свободы утверждает, что мир случаен и в нем нет никакого смысла. Респонденты очень остро ощущают необходимость обрести смысл в мире, который смысла не имеет. Также данные по этой методике показывают, что респондентов этой группы чрезвычайно утешает вера в существование некоего высшего целостного плана, в котором каждый индивид играет свою роль. Для них необходимо построить для себя смысл достаточно прочный, чтобы поддерживать жизнь. При этом, как это ни парадоксально и абсурдно, испытуемые одновременно и опровергают наличие высших сил, в силу чего защитный механизм строится как гордый бунт человека против существующей ситуации. Также необходимо отметить, что в группе экзистенциальных защит, отнесенных к продуктивным защитам от бессмысленности (для первой группы онкологических больных), выраженность данного типа защит выглядит следующим образом:

1. Альтруизм (67,14286 %). Сделать мир лучше для жизни, служить другим людям, участвовать в благотворительности — эти действия хороши и правильны и дают жизненный смысл многим людям.

2. Преданность делу (65,71429 %). Это секулярное действие нашло свое достойное отражение в словах Карла Ясперса о том, что человек является тем, чем он стал благодаря делу, которое сделал своим.

3. Творчество (70 %). Создание чего-то нового, чего-то, отмеченного новизной, красотой и гармонией, является хорошим противоядием от ощущения бессмысленности. Творческий подход к любой профессии и в любом виде деятельности добавляет к жизни нечто ценное.

4. Гедонистическое решение (65,71429 %). Согласно этой точке зрения, цель

жизни состоит в том, чтобы жить полно, воспринимать жизнь как подарок, сохранять удивление перед чудом жизни, погрузиться в ее естественный ритм и искать удовольствие в глубочайшем возможном смысле.

Для пациентов группы с диагнозом «почечно-клеточный рак» также наиболее характерны защитные механизмы, связанные с продуктивной защитой от бессмысленности.

При этом для них также характерны защиты от одиночества, и прежде всего «отрицание через слияние» (84 %), что не характерно для больных с диагнозом «почечно-клеточный рак» (Группа 1). Страх признания собственной изоляции преодолевается через отрицание: человек детально разрабатывает иллюзию слияния и становится частью другого индивида или группы.

Переживание экзистенциальной изоляции порождает в высшей степени дискомфортное субъективное состояние. Он может взять на себя частичную ношу изоляции и мужественно нести ее. Что касается остальной части, то человек пытается отказаться от своей обособленности и войти в отношения с другим — таким же человеком, либо божественной сущностью. Таким образом, главная защита от ужаса экзистенциальной изоляции связана с отношениями. Но при таком защитном механизме человек не близок с другим, а скорее его использует.

Диагностируемые типы отношения к болезни (ТОБОЛ)

Таблица 48 – Второй срез (количество)

	Гармоничный (Г)	Эргопатический (Р)	Анозогнозический (З)	Тревожный (Т)	Тревожно-неврастенический	Ипохондрический (И)	Неврастенический (Н)	Меланхолический (М)	Меланхолически-ипохондрический	Апатический (А)	Анозогнозически-апатический	Сенситивный (С)	Эгоцентрический (Э)	Паранойяльный (П)	Дисфорический (Д)
Группа 1	5	17	15	15	3	7	3	3	3	5	2	19	2	0	0
Группа 2	9	18	16	12	9	9	4	5	0	4	0	14	0	0	0
Группа 3	3	20	7	20	0	7	3	3	12	3	0	18	3	0	0

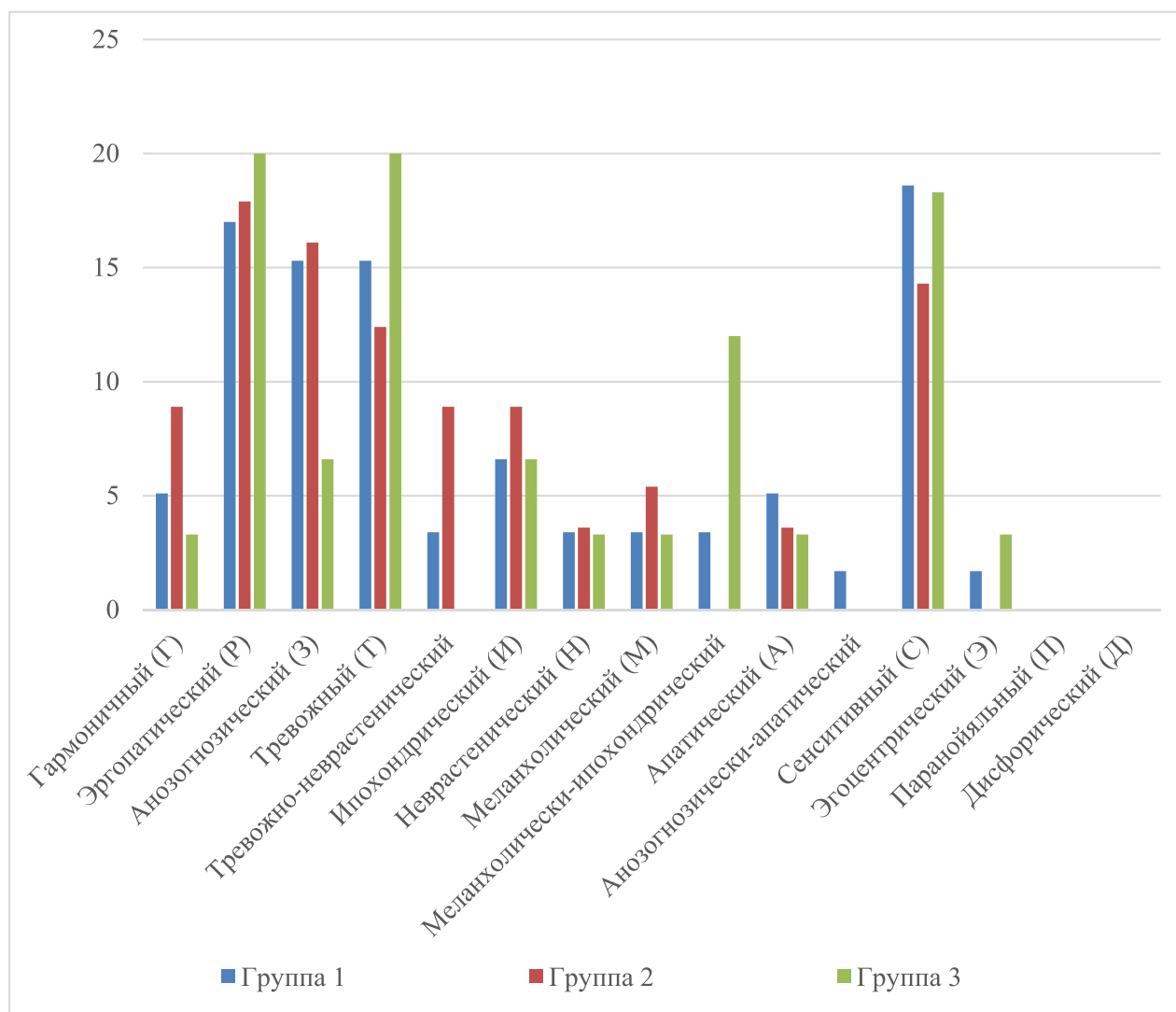


Рисунок 43. Представленность выраженности типов отношения к болезни

Таблица 49 – Сравнение «Первый срез — Второй срез»

	Гармоничный (Г)	Эргопатический (Р)	Анозогнозический (З)	Тревожный (Т)	Тревожно-неврастенический	Ипохондрический (И)	Неврастенический (Н)	Меланхолический (М)	Меланхолически-ипохондрический	Апатический (А)	Анозогнозически-апатический	Сенситивный (С)	Эгоцентрический (Э)	Паранойяльный (П)	Дисфорический (Д)
Группа 1, 1-й срез	0	10	5	21	7	13	3	5	3	5	5	15	5	0	5

Группа 1, 2-й срез	5	17	15	15	3	7	3	3	3	5	2	19	2	0	0
Группа 2, 1-й срез	0	8	7	20	13	13	3	5	0	5	0	12	5	3	3
Группа 2, 2-й срез	9	18	16	12	9	9	4	5	0	4	0	14	0	0	0
Группа 3, 1-й срез	0	12	6	22	0	8	3	3	15	5	0	14	5	3	5
Группа 3, 2-й срез	3	20	7	20	0	7	3	3	12	3	0	18	3	0	0

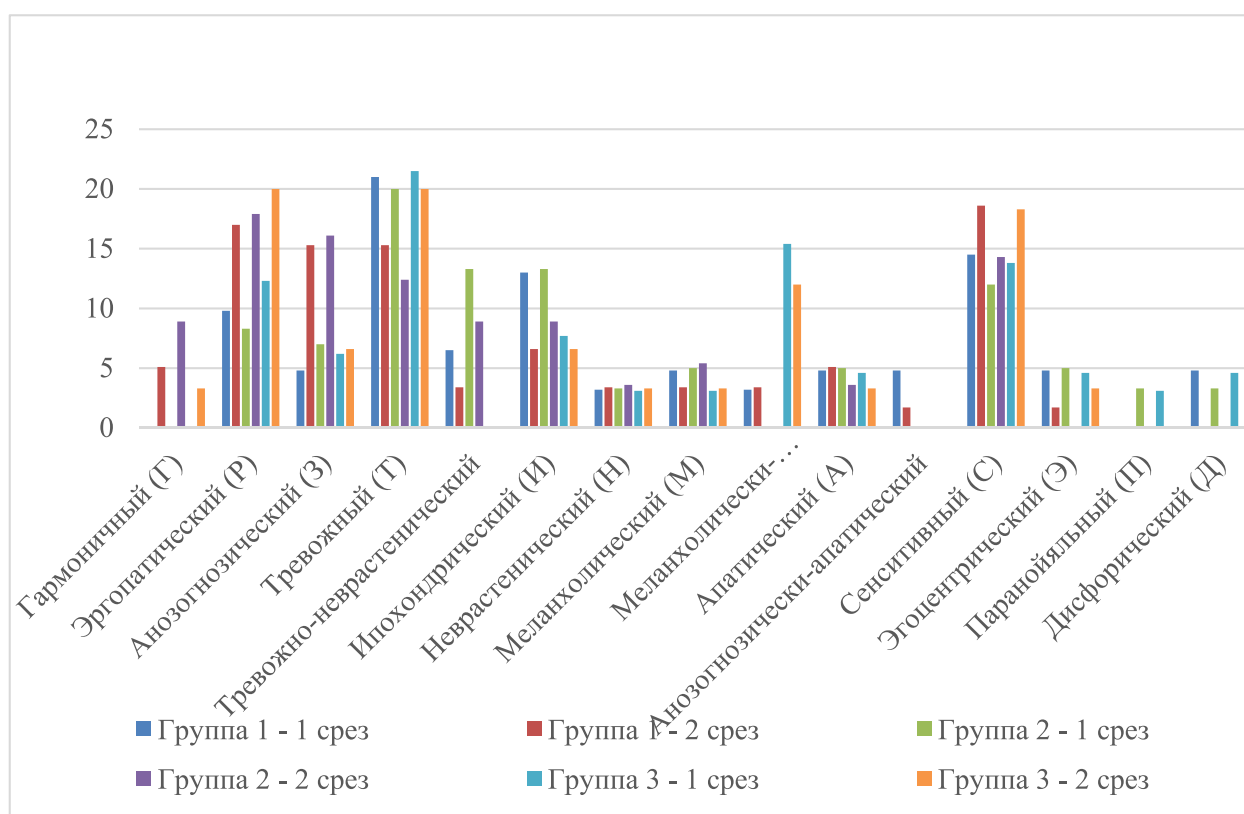


Рисунок 44. Сравнительная представленность выраженности типов отношения к болезни

В ходе повторного исследования по методике «ТОБОЛ» были получены следующие результаты: респонденты в основном демонстрируют типы отношения, для которых характерна интрапсихическая направленность личностного реагирования на болезнь: тревожный (15 чел.), меланхолически-ипохондрический (9 чел.), неврастенический (8 чел.), апатический (12 чел.), тревожно-неврастенический (8 чел.), что обуславливает нарушения социальной адаптации больных с этими типами реагирования. Эмоционально-аффективная

сфера отношений у таких больных проявляется в дезадаптивном поведении: реакциях по типу раздражительной слабости, тревожном, подавленном, угнетенном состоянии, «уходом» в болезнь, отказе от борьбы и т. п. У 11 человек диагностируется сензитивный тип отношения к болезни, для которого характерна интерпсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, также обуславливающая нарушения социальной адаптации больных. Также у 9 респондентов выявлен анозогнозический тип отношения к болезни, при котором характерно снижение критичности к своему состоянию, преуменьшение «значения» заболевания вплоть до полного его вытеснения, иногда проявляющееся поведенческими нарушениями рекомендуемого врачом режима жизни, отрицанием подчас факта заболевания. Однако выраженные явления психической дезадаптации у этих больных более не присутствуют.

2 респондента показывали стойкое улучшение отношения к болезни. После коррекционных мероприятий у них вместо тревожного типа отношения к болезни диагностировался гармоничный тип. Они научились бороться с тревожным отношением к болезни с помощью техник релаксации, а также изменили свои внутренние установки. IV блок психокоррекционной программы был для них особенно благотворным. Остальные участники программы, к сожалению, не продемонстрировали, таких стойких улучшений в плане отношения к болезни. У 2 респондентов все равно диагностируется тревожный тип отношения к болезни; возможно, им необходима более длительная и глубокая терапия. Также у 1 человека диагностирован диффузный тип отношения к болезни, хотя ранее был тревожно-неврастенический. Анозогнозический тип отношения к болезни снова выявлен у 1 участника программы.

Для сравнения средних значений по результатам теста и ретеста использовался критерий Стьюдента для парных (зависимых) выборок. Результаты ретеста по методикам статистически отличаются от ранее полученных $p \leq 0,01$ и $p \leq 0,05$ по методикам «ТОБОЛ», «Диагностики копинг-механизмов». Это свидетельствует о том, что прошедшие коррекцию

респонденты показали достоверное изменение системы психологической саморегуляции в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сфере. Также результаты ретеста статистически отличаются от ранее полученных в методиках ИТТ и «Госпитальной шкалы депрессии» на уровне значимости $p \leq 0,05$. Таким образом, после прохождения программы респонденты демонстрируют гармонизацию эмоционального состояния.

Подводя предварительные итоги, можно констатировать: проведенное эмпирическое исследование показало, что в обеих группах преобладает «эргопатический» (стенический) тип отношения к болезни. Для испытуемых с таким типом отношения к болезни наиболее характерно сверхответственное, часто сверхмерное, одержимое отношение к работе, которое развивается и подчас становится явно сильнее выражено, нежели до болезни. Таким больным свойственно избирательное отношение к обследованию и лечению, обусловленное прежде всего стремлением, несмотря на тяжесть заболевания, продолжать работу, трудовую деятельность и сохранять активную жизненную позицию.

Было обнаружено, что ипохондрический тип отношения к болезни характерен только для больных с диагнозом «рак мочевого пузыря». Они чаще требуют консультаций у врачей, которые занимают высокие должности. Преувеличивают свои болезненные ощущения. Хотят, чтобы к ним проявляли больше внимания.

Проведенный анализ также показал, что у обеих групп респондентов схожи защитные механизмы. Они практически не зависят от нозологии болезни. Следовательно, больные и с диагнозом «рак мочевого пузыря», и с диагнозом «почечно-клеточный рак» имеют схожие диспозиции и проявляют схожие эмоции по отношению к болезни. Исходя из полученных результатов можно утверждать, что для обеих групп характерна структура защитных механизмов, в которую входят «реактивные образования», «интеллектуализация», «рационализация» и «вытеснение». Полученные данные

свидетельствуют о сужении спектра адаптивного реагирования на заболевание, проявляющемся преимущественно в виде гиперсоциализированного стиля поведения с «уходом в работу», и своеобразной «однобокости» реагирования на проблемную и фрустрирующую ситуацию болезни. Личность предотвращает выражение неприятных или неприемлемых для нее мыслей, чувств или поступков путем преувеличенного развития противоположных стремлений. Иными словами, происходит как бы трансформация внутренних импульсов в субъективно понимаемую их противоположность. Например, жалость или заботливость могут рассматриваться как реактивные образования по отношению к бессознательной черствости, жестокости или эмоциональному безразличию.

Полученные данные показали, что респонденты насыщены энергией, их цель — участвовать во всевозможных мероприятиях и проектах. Для них характерно хорошее отношение к людям, дружелюбие, общительность и гипертрофированная социальность; преобладающая эмоция — радость; врожденная потребность к избытку приятных стимулов — гедонизм. Защитным механизмом являются реактивные образования (формирования реакций), его целью является только управление поведением. Супер-Эго подавляет привлекательность приятных стимулов, особенно это касается объектов, влечение к которым социально неодобряемо.

Также анализ данных позволяет охарактеризовать больных как недостаточно осознающих, отрицающих фрустрирующие и вызывающие тревогу обстоятельства, которые очевидны для окружающих. Больные склонны к отвержению, неприятию собственных эмоционально неприемлемых мыслей и предотвращению их с помощью развития у себя противоположных этим желанием установок при снижении значимости для себя причин, вызвавших психотравмирующую ситуацию.

Еще одной особенностью группы респондентов с диагнозом «рак мочевого пузыря», которую нам удалось выявить, оказалось то, что для них

более характерен такой экзистенциальный защитный механизм, как «вера в свою исключительность». Данный тип экзистенциальных защит является продуктивной защитой от страха смерти, поэтому можно утверждать, что у больных с диагнозом «рак мочевого пузыря» страх смерти выражен сильнее, чем у больных с диагнозом «почечно-клеточный рак». Об этом свидетельствует также то, что у больных с диагнозом «рак мочевого пузыря» средняя напряженность второго типа защит от страха смерти — защиты по типу «вера в конечного спасителя», — превышает уровень 50 %. Такие больные чаще стремятся постоянно рассказывать о своих переживаниях и ощущениях врачам и окружающим. Они стремятся преувеличить свои страдания, приукрашивают неприятные ощущения от диагностических и лечебных процедур. С одной стороны, они высказывают большое желание лечиться, проходить все процедуры, но при этом сомневаются в успехе лечения.

Проведенный анализ результатов показал, что у всех респондентов наиболее ярко выражены защитные механизмы, связанные с продуктивной защитой от бессмысленности. Каждый человек нуждается в смысле. Отсутствие в жизни смысла, ценностей, идеалов вызывает значительные страдания. Однако современная экзистенциальная концепция свободы утверждает, что мир случаен и в нем нет никакого смысла. Респонденты очень остро ощущают необходимость обрести смысл в мире, который смысла не имеет. Также данные по этой методике показывают, что респондентов этой группы чрезвычайно утешает вера в существование некоего высшего целостного плана, в котором каждый индивид играет свою роль. Для них необходимо построить для себя смысл достаточно прочный, чтобы поддерживать жизнь. При этом, как это ни парадоксально и абсурдно, испытуемые одновременно и опровергают наличие высших сил, в силу чего защитный механизм строится как гордый бунт человека против существующей ситуации.

В то же время необходимо отметить явные различия в профиле выраженности средних значений экзистенциальных защит в двух

исследованных группах. Так, в первой группе больных с диагнозом «почечно-клеточный рак» только две группы защит превышают 50-процентный уровень выраженности. Это, как уже отмечалось выше, продуктивные защиты от бессмысленности и защиты от страха одиночества. Во второй же группе (с диагнозом «рак мочевого пузыря») уже «напряжены» пять групп защит: защиты от страха смерти («вера в собственную исключительность» и «вера в конечного спасителя»), защиты от страха свободы («избегание проявлений воли»), защиты от страха одиночества и продуктивные защиты от бессмысленности. Нужно отметить у респондентов с диагнозом «рак мочевого пузыря» бóльшую степень напряжения экзистенциальных защит, а также существование бóльшего количества разнообразных страхов, касающихся практически всех аспектов их существования.

При этом для всех исследованных больных характерны защиты от одиночества. В то же время только у больных с диагнозом «рак мочевого пузыря» напряженность данного типа защит превышает 50-процентный уровень выраженности. Прежде всего это касается такого защитного механизма от страха одиночества (изоляция), как «отрицание через слияние» (84 %), что не характерно для больных с диагнозом «почечно-клеточный рак» (Группа 1). Страх признания собственной изоляции преодолевается через отрицание: человек детально разрабатывает иллюзию слияния и становится частью другого индивида или группы. Переживание экзистенциальной изоляции порождает в высшей степени дискомфортное субъективное состояние. Он может взять на себя частичную ношу изоляции и мужественно нести ее. Что касается остальной части, то человек пытается отказаться от своей обособленности и войти в отношения с другим — таким же человеком, либо божественной сущностью. Таким образом, главная защита от ужаса экзистенциальной изоляции связана с отношениями.

В проведенном нами исследовании были выявлены статистически значимые различия между мужской и женской выборками в типах отношения к

болезни. Опираясь на результаты исследования, можно сказать, что для женщин более характерно отрицание болезни и ее последствий. Они менее адекватно оценивают происходящее и не критичны к тому, что с ними происходит. В то же время респонденты мужского пола требуют огромной заботы от близких, хотя и достаточно вяло проходят все процедуры и мало в них заинтересованы. Они принимают свою болезнь и выставляют все симптомы и ощущения напоказ, показывая при этом утрату интереса к жизни.

В исследовании было обнаружено, что защитные механизмы (как индексы жизненного стиля, так и экзистенциальные защиты) взаимосвязаны с типом отношения к болезни. Так, при гармоничном типе для больных характерно то, что они берут на себя ответственность за процесс лечения и протекания болезни. Если больной выявляет паранойяльную диспозицию, для него не свойственно верить в конечного спасителя, он проявляет волю в ходе протекания болезни. А для тех больных, которые избегают ответственности, имеют высокие показатели по апатическому отношению к болезни, свойственно проявление безразличия к своей судьбе и к процессу лечения.

В данном исследовании не обнаружена связь типа отношения к болезни с возрастом. Для онкологических больных разных возрастных групп характерны сходные типы отношения к болезни и защитные механизмы, что, по всей вероятности, свидетельствует о том, что под влиянием болезненного состояния складываются не только типы отношения к болезни, но и типы исследованных психологических защит.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Факт диагностики заболевания и даже предположение о возможности наличия онкологического заболевания, являясь сверхстрессом, кризисным обстоятельством жизни человека, изменяет не только обстоятельства его реального существования, но и в немалой степени — отношение к себе, к собственной жизни, заставляет обращаться к смысловым категориям, возможно, ранее не входившим в сферу активного внимания личности и, во всяком случае, не являвшимся центром актуализации.

В этих условиях направленная активация и реализация защитных механизмов по отношению к ряду эмоциональных переживаний (гнев, вина, агрессия), в том числе экзистенциальной природы (тревога, одиночество, страх смерти), как следствие, формирование типа отношения к болезни является своеобразной «внутренней платформой», на которой не только происходят изменения отношения к себе и к окружающему миру, что, в свою очередь, является элементами изменения картины мира больного, но и формируется психологический ресурс, позволяющий больному сопротивляться болезни. Учитывая, что категория «психологическая защита» многомерна, в рамках профессионального контакта «психолог — онкологический больной» появляется возможность активировать и реструктурировать различные уровни защит, создавая индивидуальную модель, наиболее успешную для конкретного типа личности, в контексте совладания с конкретным видом переживаний в рамках течения болезни.

Исследуя проблематику, связанную с пониманием психологических защит в контексте онкоурологических заболеваний различной нозологии, их взаимосвязей с типами отношения к болезни, нами выявлена картина разнообразных внутриличностных компонентов, так или иначе имеющих отношение к исследуемой системе, в конечном итоге речь идет о сформированных базовых установках и элементах самоотношения как

значимых элементах картины мира, самовосприятия и психологической гибкости в плане готовности к изменениям представления о себе в связи с заболеванием. Возможность изменения картины мира больного вследствие изменения отношения к себе, на основе анализа своих эмоций, не только позволяет лучше понять специфику переживания личностью болезненного состояния, но и расширить представление о возможностях повышения качества и улучшения механизмов реализации стратегий совладания с заболеванием.

Таким образом, проведённое исследование позволяет нам сделать следующие основные выводы:

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

3. При рассмотрении выраженности экзистенциальных защит как одного 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 диагнозом «рак мочевого пузыря».

4. В ситуациях выявлений 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 и менее критичны к оценке реально происходящих событий и изменений психологического и психофизиологического порядка.

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

7. В процессе анализа картины мира онкологических больных, встроенности в нее 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 ее в картину мира, не являясь при этом частью системы компенсаторно-заместительных реакций.

8. Из числа психолого-психотерапевтических методов, наиболее эффективных при работе с тяжелыми онкологическими больными, могут быть названы техники арт-терапии, в частности, рисуночной и музыкальной терапии. Их использование в сочетании с проработкой смысловых ситуаций, фрагментов жизненного пути онкологического больного связано с фиксируемыми позитивными изменениями ряда психоэмоциональных реакций, снижением уровня тревожности, преодолением страха смерти; элементы автобиографического анализа, как метод изменения отношения к себе,

методика ретроспективного анализа ценностно-смысловых компонентов жизни, как активатор системы принятия реальной ситуации, изменения отношения к себе, активации элементов жизнестойкости, гармонизации типа отношения к болезни.

9. Рассматривая ситуацию психолого-психотерапевтической работы с онкобольными, необходимо говорить о формировании системы комплексного психолого-психотерапевтического сопровождения, в которую в качестве субъектов, помимо самого больного, могут входить члены его семьи, а также медицинский персонал, непосредственно имеющий отношение к ведению больного. Содержательные задачи системы комплексного сопровождения связаны не только непосредственно с психотерапевтической деятельностью, но и с работой по организации психологической атмосферы, способствующей активации механизмов жизнестойкости и активации психологических личностных ресурсов.

10. Полученные результаты теоретического и эмпирического анализа проблемы отношения к болезни и преобладания защитных механизмов у 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.

Завершая настоящее исследование, необходимо обозначить перспективы его развития, в связи с чем, учитывая наш опыт взаимодействия с онкобольными, необходимо поделиться рядом наблюдений, несколько выходящих за рамку постановочных задач, но, как мы полагаем, имеющих серьёзный научный потенциал. Мы предполагаем, что если одна из гипотез развития онкологического заболевания (и онкоурологическое заболевание в этом случае не является исключением), ставит акцент на психической причинности, как своеобразном пусковом механизме болезни, то, в этой связи, необходимо вести разговор о «внутренней двойственности» больного. Иными

словами, речь идёт о следующем феномене – онкологическое заболевание, по своей сути является не некротизирующим полем, но патологизирующей сверхжизнью – в связи с активным ростом искажённых клеток, и сам этот процесс связан с активной, но вытесненной динамикой трансформации, (по-сути – деформации), ряда специфических элементов «Я -концепции» (Я –образа). Указанное состояние деструкции или трансформации Я – элементов условно автономно и происходит не в самом «поле» психики, но в теле, а «объём» и «качество» вытесняемого «продукта» соотносятся с тяжестью заболевания и интенсивностью его протекания. Таким образом, в тех случаях, когда больной проявляет пассивность и отсутствие полноценных реакций на значимые элементы картины собственного мира (значимые жизненные события и обстоятельства), данная значимость и интенсивность переводится в область бессознательного в качестве вытесненного «содержимого» процесса жизни. Через определённое время, когда в зоне сознательного отношения к определенным фрагментам проживания жизненных событий не остаётся свободного «ресурса» - активность отношения к собственной жизни нивелируется, компенсация начинает происходить за счёт фактического физического ресурса – здоровья. Фактически, с нашей точки зрения, историческая пассивность субъекта «отыгрывается» и моделируется им в собственном теле. Активация защитных механизмов психики, в этой связи, является следствием указанной системной реакции и сам процесс деятельности психологических защит призван компенсировать и снизить внутреннюю напряжённость, вызванную бессознательным конфликтом.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Абабков В. А. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии / В. А. Абабков. — М. : Перре; СПб. : Речь, 2004. — 166 с.
2. Абелев Г. И. Что такое опухоль / Соросовский образовательный журнал. № 10, 1997. Опубликовано в: журнал «Природа» 2.12.2000 [электронный ресурс] URL дата обращения
3. Абрамов В. В. Высшая нервная деятельность и иммунитет / В. В. Абрамов, Т. Я. Абрамова, Д. Н. Егоров. — Новосибирск: СО РАМН, 2001. — 123 с.
4. Абрамова Г. С. Психология в медицине: Учеб. пособие / Г. С. Абрамова, Ю. А. Юдчиц. — М. : ЛПА «Кафедра-М», 1998. — 272 с.
5. Абульханова-Славская К. А. О субъекте психической деятельности. — М.: Наука, 1973. — 287 с.
6. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии: Лекции по введению в психотерапию для врачей, психологов и учителей. — М., 1992., 243 с.
7. Александер Ф. Психосоматическая медицина. — М., 2000., 210 с.
8. Александер Ф., Селесник Ш. Человек и его душа: познание и врачевание от древности до наших дней. — М., 1995., 313 с.
9. Ананьев В. А. Основы психологии здоровья. Книга 1. Концептуальные основы психологии здоровья / В. А. Ананьев. — СПб.: Речь, 2006. — 384 с.
10. Андреева Г. М. Место межличностного восприятия в системе перцептивных процессов и особенности его содержания // Межличностное восприятие в группе. — М., 1981., 142 с.

11. Андреева Г. М. Психология социального познания. — М.: Аспект Пресс, 2000., 290 с.
12. Андреева Г. М. Социальная психология. — М., 2005., 345с.
13. Андриященко А. В. Основные принципы реабилитации онкобольных / А. В. Андриященко // Журнал клинической психоонкологии. Вып 1 (9), 2006., С. 32-44
14. Анохин, П. К. Биология и нейрофизиология условного рефлекса. — М: Медицина, 1968. — 546 с.
15. Анохин П. К. Принципиальные вопросы общей теории функциональных систем: избр. тр. / Отв. ред. Ф. В. Константинов, Б.Ф. Ломов, В. Б. Швырко; АН СССР, Ин-т психологии. —М.:Наука, 1978. — 399 с.
16. Антропов Ю. Ф. Психосоматические расстройства. М., 2001., 190 с.
17. Апресян Ю. Д. Дейксис в лексике и грамматике и наивная модель мира // Ю. Д. Апресян Избранные труды. Т. 2. — М., 1995., 410 с.
18. Апресян Ю. Д. Образ человека по данным языка: Попытка системного исследования // Вопросы языкознания - 1995. № 1., С. 32-49.
19. Арутюнова Н. Д. Язык и мир человека. — М., 1999., 716 с.
20. Асмолов А. Г., Марилова Т. Ю. Роль смены социальной позиции в перестройке мотивационно-смысловой сферы у онкологических больных // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — М.: Медиа-Сфера, 1985 г. — № 12. — 1846–1851 с.
21. Бажин Е. Ф., Гнездилов А. В. Психофармакологические и психокоррекционные аспекты реабилитации онкологических больных // Журн. клин. психоонкол., 2002, № 3 [электронный ресурс] <http://www.blood.ru/jcpo/jcpo-n3.html>

22. Басов М. Я. Общие основы педологии. — М.-Л.: Государственное издательство, 1928. — 744 с.
23. Батурин К. А. Невротические расстройства у больных хроническими заболеваниями. М., 2003., 412 с.
24. Бауман У., Перрей М. Клиническая психология. — СПб., 2002., — 822 с.
25. Бахтияров Р. Ш. Заболеваемость злокачественными новообразованиями и смертность от них старших возрастных групп населения Санкт-Петербурга / Р. Ш. Бахтияров, О. Т. Дятченко., В. М. Мерабишвили, Н. Я. Шабашова, П. Г. Шашкова // Клиническая геронтология, 2001. — №7. — С. 45–51.
26. Белинская Е. П. Совладание как социально-психологическая проблема // Психологические исследования (электр. изд-е). 2008, — № 2., — С. 45-56
27. Болдова Е. Г. Онкологический больной и изучение резервов человеческой психики / Е. Г. Болдова // Психиатрическая эндокринология. Резервы человеческой психики в норме и патологии. Тезисы докладов советско-американского симпозиума. 5-10 сентября 1988 года. Москва. С. 5–19.
28. Бояринцев В. П. Проблемы психологии и психофизиологии активности и саморегуляции личности. — М.: Логос, 2007. — 219 с.
29. Братусь Б. С. Аномалии личности. — М., 1998., — 542 с.
30. Бреслав Г. М. Психология эмоций. — М.: Смысл, 2004., — 411 с.
31. Бройтигам В. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад — М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. — 376 с.
32. Брушлинский А. В. Проблемы психологии субъекта. — М.: Институт психологии РАН, 1994. — 209 с.

33. Бубер М. Я и Ты // Два образа веры. — М.: Республика, 1995. — 392 с.
34. Бухтояров О. В., Архангельский А. Е. Психогенный кофактор канцерогенеза: возможности применения гипнотерапии. — СПб.: Алетейя, 2008. — 264 с.
35. Бялик М. А., Моисеенко Е. Е., Николаева В. В., Урядницкая Н. А. Особенности психологической адаптации и лечения детей с онкопатологией // Материалы первой Всероссийской конференции с международным участием «Социальные и психологические проблемы детской онкологии». — М.: GlaxoWelcome, 1997 г. — С. 97-99.
36. Вайтхед М. Консультирование человека в состоянии горя: модель помощи // Психология зрелости и старения. — М.: Социальные науки, 2016. — № 1 (17). — С. 12-21.
37. Валевски О. Я. Психология Новой Эры: книга 1. — Одесса, 2005., 201 с.
38. Варга А. Я. Системная семейная психотерапия // Журнал практической психологии и психоанализа. М. : Институт практической психологии и психоанализа. — 2010 г. — № 2. — С. 132-157.
39. Василюк Ф. Е. Психология переживания. — М.: Изд-во МГУ, 1984. 158с.
40. Вассерман Л. И., Ерышев О. Ф., Клубова Е. Б. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля (пособие для врачей и психологов). — СПб. : Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт им. В. М. Бехтерева, 1998., 78 с.
41. Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. — 2-е изд., испр. и доп. — СПб.: Питер, 2008. — 336 с.
42. Волкан, В., Зинтл, Э. Жизнь после утраты: Психология горевания. — М. : Когито-центр, 2014. — 160 с.

43. Воротников Ю. Л. «Языковая картина мира»: трактовка понятия. — М., 2005., 272 с.
44. Выготский, Л.С. Собрание сочинений: в 6 т. / Гл. ред. Запорожец А.В. / Т. 5: Основы дефектологии / Под. ред. Т. А. Власовой. — М. : Педагогика, 1982–1984. — 369 с.
45. Выготский Л. С. Собрание сочинений: в 6 т. / Гл. ред. Запорожец А.В. / Т. 3: Проблемы развития психики. / Под. ред. А. М. Матюшкина. — М. : Педагогика, 1982–1984 г. — 369 с.
46. Высоцкий А. И. Возрастная динамика волевой активности школьников // Вопросы психологии волевой активности личности и коллектива. — Рязань : Рязанский гос. пед. ин-т им. С. А. Есенина, 1984. — 122 с.
47. Гак В. Г. Пространство мысли (опыт систематизации слов ментального поля). // Логический анализ языка. Ментальные действия. — М. : Наука, 1993.,— 374 с.
48. Гак В. Г. Судьба и мудрость. // Понятие судьбы в контексте различных культур. — М.: Наука, 1994. — 286 с.
49. Ганич М.К. Теоретические представления о психологических факторах, влияющих на возникновение и течение онкологического заболевания. / "Научное обозрение"— 2016 г. — № 4. — С. 132-157.
50. Ганич М.К. Эмпирическое исследование типов отношения к болезни и защитных механизмов онкологических больных. // "Успехи современной науки" "—2016 г.— № 8 — С. 89 -95.
51. Ганич М.К. Факторы, влияющие на возникновение и протекание онкологических заболеваний.// "Успехи современной науки и образования"—2016 г.— № 8 — С. 101 -114.

52. Ганич М.К. Защитные механизмы и типы отношения к болезни в картине мира онкологических больных // Национальное здоровье — 2022 — №2 — С. 76-78 .
53. Герасименко В. Н., Тхостов А. Ш. Психологические и деонтологические аспекты реабилитации онкологических больных / В. Н. Герасименко, А. Ш. Тхостов // Журнал клинической психоонкологии. — Вып. 2, 2002./ <http://www.blood.ru/jcpro-n2.html>
54. Герасименко В. Н., Тхостов А. Ш. Психологические и деонтологические аспекты реабилитации онкологических больных / В. Н. Герасименко, А. Ш. Тхостов // Журнал клинической психоонкологии. — Вып. 2, 2002.- С.43-60
55. Герасименко В. Н. Реабилитация онкологических больных. — М. : Медицина, 1988. — 271 с.
56. Гнездилов А. В. Некоторые аспекты развития паллиативной медицины в России / А. В. Гнездилов // Психосоциальная реабилитация и качество жизни. Сб. научн. трудов НИПИ им. В.М. Бехтерева. — СПб. : СПбНИПИ им. В.М. Бехтерева, 2001. С. 3–18.
57. Гнездилов А. В., Губачев Ю. М. Терминальные состояния и паллиативная терапия. — СПб.: Изд-во Хим. з-да «Гедеон Рихтер» А.О., 2015. — 462 с.
58. Гройсман А. Л. Медицинская психология. М., 1995., 359 с.
59. Даниленко В. П. Языковая картина мира в концепции Л. Вайсгербера // <http://www.islu.ru/danilenko/index1.htm>
60. Даниленко В. П. Языковая картина мира в концепции Сепира-Уорфа // <http://www.islu.ru/danilenko/index1.htm>

61. Данилова Н. Н., Крылова А. Л. Физиология высшей нервной деятельности. — Р-н/Д : Феникс, 2005. — 478 с.
62. Дашиева Б. В. Образ мира в культурах русских, бурят и англичан // Языковое сознание: формирование и функционирование. — М., 1998.
63. Деришева Н. В. Особенности переживания своего существования в мире больными с соматоформными расстройствами. М., 2001 (на правах рукописи), 78с.
64. Добряков И. В., Заширинская О. В. Психология семьи и больной ребёнок. Учебное пособие: Хрестоматия. — СПб.: Речь, 2007. — 400 с.
65. Дробижев М. Ю. Нозогенные реакции. Исторические аспекты проблемы/ М. Ю. Дробижев // Журнал клинической психоонкологии. — Вып. 2, 2002./ <http://www.blood.ru/jcspo-n2.html>
66. Дуброва В. П., Егоров К. Н.. Этико-психологические аспекты работы врача общей практики с онкологическими больными // Медицинские новости. — Минск: ЮпокомИнфоМед, 2003. — № 2. — С. 3-11.
67. Дурнов Л. А., Бойченко Е. И., Глеков И. В. Клинические лекции по онкологии. Ч. 1: учеб. пособие / под ред. Л. А. Дурнова. — М.: МИА, 2013. — 270 с.
68. Дурнов Л. А. Руководство по детской онкологии. — М.: Миклош, 2003. — 504 с.
69. Зайратьян О., Кактурский Л. Болезни, порожденные врачом // Медицинская газета. 2008. № 54.
70. Заридзе Д. Г. Эпидемиология и этиология злокачественных новообразований / Д. Г. Заридзе // Канцерогенез. — М. : Медицина, 2004. — С. 29–85.

- 71.Иванников В. А. Психологические механизмы волевой регуляции. — СПб. : Питер, 2015 г. — 204 с.
- 72.Иванов С. В. Особенности внутренней картины болезни у онкологических больных // Журнал клинической психоонкологии. Вып 1 (9), 2006.
- 73.Каган В. Е. Внутренняя картина здоровья — термин или концепция// Вопросы психологии. 1993. №1., — С. 19-26.
- 74.Калина Н. Ф. Основы психоанализа. М., 2001., 260 с.
- 75.Калинаускас И. Н. Картина мира как самоотношение // Метод качественных структур: Картина мира и XXI век. Материалы международной научно-практической конференции. — СПб.: МАИ, 1997., — С. 43-55.
- 76.Камю А. Избранное. Мн.: Нар. Асвета, 1989., 400 с.
- 77.Караулов Ю. Н. Языковое сознание как процесс (теоретические предпосылки одного эксперимента) / Ю. Н. Караулов // Слово. Юбилеен сборник, посветен на 70-годишнината на проф. И. Червенкова, София, 2001., 513 с.
- 78.Карвасарский Б. Д. Неврозы. Руководство для врачей, 2-е изд., перераб. и доп./ Б. Д.Карвасарский. — М.: Медицина, 1990.
- 79.Китаев-Смык Л. А. Психология стресса. — М. : Наука, 1983., 370 с.
- 80.Климова С. В., Микаэлян Л. Л., Фарих Е. Н., Фисун Е. В. Основные направления психологической помощи семьям с детьми, страдающими онкологическими заболеваниями, в условиях стационара//Журнал практического психолога. — М.: Социальные науки, 2013. — № 2. — С. 87–102.

81. Ключок, В. Е. Саморегуляция мышления и ее формирование: учебное пособие. — Караганда: КарГУ, 1987. — 179 с.
82. Клубова Е. Б. Методы медицинской психологии в диагностике психологических защитных механизмов // Теория и практика медицинской психологии и психотерапии. Т. 133 (а). СПб.: Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт им. В. М. Бехтерева, 1994. — С. 77-82.
83. Ключевые идеи русской языковой картины мира / Анна А. Зализняк, И. Б. Левонтина, А. Д. Шмелев. — М.: Яз. славян. культуры, 2005.
84. Кюблер-Росс Е. О смерти и умирании / Е. Кюблер-Росс. — Киев: София, 2001. — 320 с.
85. Кобозева И. М. Лингвистическая семантика: Учебник. М.: Эдиториал УРСС, 2000., 700 с.
86. Колшанский Г. В. Объективная картина мира в познании и языке. - М.: Наука, 1990.
87. Конопкин О. А., Степанский В. И. Саморегуляция деятельности в условиях временной неопределенности исполнительских сигналов // Вопросы психологии. — М.: Вопр. псих., 1972 г. — № 4. — С. 100-123.
88. Константинова Т. В. Коммуникативное взаимодействие в диаде «врач-больной» // Вестник СамГУ - Естественнонаучная серия. 2006. №6., С.43-54.
89. Кочюнас Р. Психологическое консультирование и групповая психотерапия. Учебное пособие. — М.: Академический Проект, 2008. — 454 с.

90. Крайг Г. Психология развития. — СПб. : Питер, 2002. — 992 с.
91. Крюкова Т. Л. Психология совладающего поведения: Монография. — Кострома: Студия оперативной полиграфии «Авантитул», 2004., 356 с.
92. КСКТ – Краткий словарь когнитивных терминов / Под общ. редакцией Е. С. Кубряковой, М., 1996., 600 с.
93. Леонтьев А. А. Языковое сознание и образ мира // Язык и сознание: парадоксальная реальность. М., 1993.
94. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность., 1977, 375 с.
95. Личко А. Е., Иванов Н. Я. Медико-психологическое обследование соматических больных // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1980. № 8., — С. 54-72.
96. Личко А. Е., Иванов Н. Я. Методика определения типа отношения к болезни // Журнал невропатологии и психиатрии. 1980. № 8., — С.135-160.
97. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. СПб.: Речь, 2015. — 256 с.
98. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. М., 1977., 390 с.
99. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф. Психосоматический больной на приеме у врача. — СПб.: НИПИ им. В. М. Бехтерева, 1994 — 245 с.
100. Маклаков А. Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях. Психологический журнал. 2001, Т.22, № 1. С. 16-24.

101. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика. — М.: Эксмо, 2008. — 1024 с.
102. Манухина Н. М. Социальная дезадаптация пациентов с соматическими заболеваниями как объект психологической коррекции // Журнал практической психологии и психоанализа. 2003. № 3., — С.45-59.
103. Менделеевич В. Д. Клиническая (медицинская) психология. М., 2005.
104. Мирошкин Р. Б., Фисун Е. В. Психологические проблемы семей с детьми, перенесшими онкозаболевание на этапе ремиссии и методы работы с ними. // Журнал практической психологии и психоанализа, М., 2014 г. — № 1., — С. 50-68.
105. Мирошкин Р. Б., Фисун Е. В., Филиппова Н. Е. Психологическая реабилитация семей с детьми, перенесшими онкологическое заболевание. // Журнал практической психологии и психоанализа. — М., 2013 г. — № 3.
106. Михайлов А. Н. Ротенберг В. С. Особенности психологической защиты в норме и при соматических заболеваниях // Вопросы психологии, 1990, № 5. С.107-125.
107. Михайлов Б. В., Сердюк А. И., Федосеев В. А. Психотерапия в общесоматической медицине: Клиническое руководство. Харьков, 2002. , 1250 с.
108. Михайлова С. Н., Моисеенко Е. И., Сурина И. А., Ясонов А. В., и др. Социальная адаптация молодежи, перенесшей в детском возрасте онкологическое заболевание // Материалы первой Всероссийской конференции с международным участием «Социальные и психологические проблемы детской онкологии». — М.: GlaxoWelcome, 1997 г. — С. 85-86.

109. Михайловский В. Н. Научная картина мира: архитектоника, модели, информатизация, СПб., 1993., 810 с.
110. Михайловский В. Н., Светов Ю. Н. Мировоззрение и современная научная картина Мира. — М.: Знание, 1987.
111. Моисеенко Е. И., Писаренко Н. А., Цейтлин Г.Я. Психологическая адаптация семьи с ребенком с онкологическим заболеванием на этапе ремиссии. // Материалы первой Всероссийской конференции с международным участием «Социальные и психологические проблемы детской онкологии». — М.: GlaxoWelcome, 1997 г. — С. 112–115.
112. Моросанова В. И. Психология саморегуляции в XXI веке / отв. ред. В. И. Моросанова. — М.: Нестор-История, 2016 г. — 468 с.
113. Муздыбаев К. Стратегии совладания с жизненными трудностями: Теоретический анализ // Социология и социальная антропология. 1998. Т. 1, N 2., С. 70-88.
114. Мягкова Е. Ю. Эмоциональная нагрузка слова: опыт психолингвистического исследования. Воронеж. 1990., 600 с.
115. Мясищев В. Н. Проблемы личности в психологии и медицине. Актуальные вопросы медицинской психологии. Л, 1974., С. 20-33.
116. Мясищев В. Н. Психология отношений. М., 1995., 290 с.
117. Нартова-Бочавер С. К. Дифференциальная психология. — М.: Ижица, 2002., 380 с.
118. Никитина Л. Б. Образ homo sapiens в русской языковой картине мира: Монография. Омск, 2003. , 420 с.
119. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику/ В. В. Николаева. — М.: Изд. Моск, ун-та, 1987. — 167 с.

120. Николаева В. В., Арина Г. А. От традиционной психосоматики к психологии телесности // Вестник МГУ. 1996. № 14., С. 39-47.
121. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. — М.: МГУ, 1987 г. — 166 с.
122. Николс, М., Шварц, Р. Семейная терапия. Концепции и методы. — М.: Эксмо, 2014 г. — 960 с.
123. Образно-ассоциативный и прагмастилистический потенциал семантических категорий «пространство», «субъект», «объект», «инструмент», Омск, 2004., 512 с.
124. Овчаренко С. И., Тхостов А. Ш., Дробижев М. Ю., Ищенко Э. Н., Бевз И. А. Особенности течения бронхиальной астмы и структура внутренней картины болезни. // Пульмонология. 1997. № 3., С. 22-40.
125. Оудсхорн Д. Н. Семья ребенка-пациента. // Психология семьи и больной ребенок. Учебное пособие. Хрестоматия. — Спб.: Речь, 2007. — 400 с.
126. Павлов И. П. Избранные сочинения. — М. : Эксмо, 2015. — 736 с.
127. Перре М. Профилактика, сохранение и укрепление здоровья: систематика и общие аспекты / М. Перре / Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Бауманна, 2-е международное издание. — СПб. : Питер, 2002. — 1312 с.
128. Петрюк П. Т., Якущенко И. А. Психосоматические расстройства: вопросы дефиниции и классификации // Вестник Ассоциации психиатров Украины. 2003 №3., С. 60-73.
129. Погосова К. О. Картина мира и ее виды. М., 2002. 300 с.

130. Попова И. Позитивная динамика здоровья населения: поведенческие модели (по данным лонгитюдного опроса)/ [электронный ресурс] Социология медицины, 2006, № I., С.45-59.
131. Посохова С. Т. Психология адаптирующейся личности: монография. СПб., 2001 — 240 с.
132. Постовалова В. И. Картина мира в жизнедеятельности человека // Роль человеческого фактора в языке: Язык и картина мира. — М.,1988., С. 90-128.
133. Постовалова В. И. Судьба как ключевое слово культуры и его толкование А. Ф. Лосевым (фрагмент типологии миропониманий) // Понятие судьбы в контексте различных культур. — М.: Наука, 1994. — С. 204–214.
134. Постовалова М. В. Картина мира в жизнедеятельности человека // Роль человеческого фактора в языке: Язык и картина мира. М., 1999., с. 70-85.
135. Психиатрия, психосоматика, психотерапия / Под ред. К. П. Кискер, Г. Фрайбера, Г. К. Розе, Э. Вульфа. М., 1999., 330 с.
136. Пушкина Т. П. Медицинская психология. Новосибирск, 1996., 480 с.
137. Равич Р. Д., Викторovich Т. Д., Киселева Е. Ю., Артеменко Г. Н. Вы не одиноки. — СПб: Топпринт, 2014 г. — 156 с.
138. Ртищева О. В. Онтологические и гносеологические аспекты функционирования языковой картины мира. Автореф.канд.н. Кемерово, 2006.,22с.
139. Руднев Ю. А. Языковая картина мира. М., 1997., 290 с.

140. Русина Н. А. Эмоции и стресс при онкологических заболеваниях. // Мир психологии: Научно-методический журнал. — М. : МПСУ, 2013 г. — № 4. — С. 152–160.
141. Салливан Г. С. Интерперсональная теория в психиатрии. М., 1999., 400 с.
142. Самушин М. А. Нозогении (психогенные реакции) у женщин со злокачественными опухолями органов репродуктивной системы / М. А. Самушия, Е. А. Мустафина // Психические расстройства в общей медицине/ том 02/ №3/ 2007., С. 51-65.
143. Сандомирский М. Психосоматика и телесная психотерапия. Практическое руководство. М., 2007. , 320 с.
144. Семенов И. М. Рефлексия в организации творческого мышления и саморазвития // Вопросы психологии. — М.: Вопр. псих., 1980. — № 2. — С. 45–62.
145. Серебренников Г. А. Роль человеческого фактора в языке. Язык и картина мира. М., 1988., 510 с.
146. Сивашинский М. С. Психоонкология обзор литературы / М. С. Сивашинский // Журнал клинической психоонкологии. Вып. N 1 (7), 2005., С. 67-74.
147. Сидоров П. И. Психосоматическая медицина / П. И. Сидоров, А. Г.Соловьев, И. А.Новикова. — М., 2006. 568 с.
148. Сидорова В. Ю. Четыре задачи горя. // Журнал практической психологии и психоанализа, М., 2001. — №1-2., С. 56-67.

149. Слободчиков И. М. Теоретико-методологические основы исследования феномена одиночества личности, дисс.доктора психол.наук, М., 2006., 380 с.
150. Соколова Е. Т. Психологические аспекты соматических заболеваний / Е. Т. Соколова, Н. М. Манухина // Психологический журнал. — 2000, 21, № 1. — С. 143-154.
151. Соложенкин В. В. Психологические основы врачебной деятельности. Учебное пособие. — М.: Планета детей, 1997. , 266 с.
152. Степин В. С. Картина мира и ее функции в научном исследовании. — Киев, 1983., 340 с.
153. Тарабрина Н. В. Психология посттравматического стресса: интегративный подход: дисс...докт.психол.наук / Н. В. Тарабрина. — СПб, 2008., 42 с.
154. Телия В. Н. Метафоризация и ее роль в создании языковой картины мира // Роль человеческого фактора в языке: Язык и картина мира / Б.А. Серебренников, Е. С. Кубрякова, В.И. 1998., С. 80-92.
155. Теппервайн К. Психосоматика, отношения и здоровье. М., 2004., 210 с.
156. Тихонов А. П. Личность и межличностные отношения: психологическое исследование соционического подхода. М., 2000., 365 с.
157. Тихонравов Ю. В. Экзистенциальная психология. М., 1998., 300с.
158. Ткачева В. В. Технологии психологической помощи семьям детей с отклонениями в развитии: Учеб. пос. / В. В. Ткачева. — М.: АСТ, 2007. — 318 с.

159. Томпсон Т. Л. Психоаналитический подход к психосоматической границе // Журнал практической психологии и психотерапии. 2003. №1., С.43-58
160. 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.
161. Тхостов А. Ш. Психологический анализ изменений личности при некоторых онкологических заболеваниях: автореф. дис. ... канд. психол. наук. Тхостова Александра Шамилевича. М., 1980. — 18 с.
162. Тхостов А. Ш., Шпажникова А. В., Герасименко В. Н. Перспективы психосоматических исследований и реабилитации в детской онкологии // VI съезд онкологов УССР. — Киев: Здоровья, 1980 г. — С. 93-96.
163. Тхостов А. Ш. Осознание заболевания у онкологических больных // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — М.: Медиа-Сфера, 1985 г. — № 12. — С. 183-198.
164. Урядницкая Н. А. Психологическая саморегуляция у детей с онкологической патологией: автореферат дис. ... кандидата психологических наук. — М.: МГУ, 1998 г. — 20 с.
165. Уфимцева Н. В. Языковое сознание и образ мира славян // Языковое сознание и образ мира. — М., 2000., С. 178-211.
166. Фейгенберг И. М.. Мозг, психика, здоровье / И. М. Фейгенберг. — М.,1972, 115 с.
167. 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.

168. Фрейд А. Психология «Я» и защитные механизмы. — М. : Педагогика-Пресс, 1993., 290 с.
169. Фрейд А. Эго и механизмы защиты // А. Фрейд Теория и практика детского психоанализа. М.: ООО Апрель Пресс; ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 1999. Том 1. — С. 115-245.
170. Фрейд З. Исследование истерии. Спб., 2005., 280 с.
171. Хайдеггер М. Время и бытие. М., 1993., 310 с.
172. Хайдеггер М. Время картины мира. Новая технократическая волна на Западе. М., 1986. , 350 с.
173. Хворостин Д. В. Философский смысл гипотезы лингвистической относительности Эдварда Сепира и Бенджамена Уорфа, 2004., 145 с.
174. Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г. Эмоциональные расстройства и современная культура (на примере соматоформных, тревожных и депрессивных расстройств // Московский психотерапевтический журнал, №2, 1999., С. 45-61.
175. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. М., 1993., 275 с.
176. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. — СПб.: Питер, 2005., 712 с.
177. Чакалова Э. П. Языковая репрезентация национальной картины мира в художественном тексте, автореф, Краснодар, 2006. — С. 6.
178. Чиссов В. И. Отдаленные результаты лечения больных раком желудка после выполнения комбинированных и расширенных операций / В. И. Чиссов, Л. А. Вашакмадзе, А. В. Бутенко // Российский онкологический журнал : научно-практический журнал. — 2000. — N 1 . — С. 10–18.

179. Чулкова В. А., Моисеенко В. М. Психологические проблемы в онкологии // Практическая онкология. — СПб.: Центр ТОММ, 2015 — № 3. — С. 151–157.
180. Шафигуллин М. Р. Нозогенные реакции у больных злокачественными новообразованиями желудка (Клиника, психосоматические соотношения, терапия): дисс...канд.мед.наук / М. Р. Шафигуллин. — М., 2008.
181. Шац И. К. Психологическая поддержка тяжелобольного ребенка. Монография. — СПб.: Речь, 2013. — 192 с.
182. Шмелев А. Д. Метафора судьбы: предопределение или свобода? // Понятие судьбы в контексте различных культур. — М.: Наука, 1994. — С. 227–231.
183. Шустов Д. И. Учебное пособие по медицинской психологии (Психотерапия в практике врача). Рязань, 1996., 314 с.
184. Эйнштейн А. Собр. науч. трудов в 4-х т.: Т. IV . — М. : Наука, 1967. — С. 39–40.
185. Эльконин Д. Б. Возрастные и индивидуальные особенности подростков/ Психология подростка. Хрестоматия. // Сост. Ю. И. Фролов. — М. : Российское педагогическое агентство, 1997. — С. 286–312.
186. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. / Класс, 2015г., 576 с.
187. Aspinwall L. G., Taylor S. E. A stitch in time: self-regulation and proactive coping // Psychological Bulletin, 1997. №121, P. 417-436.
188. Brissette I., Scheier M. F., Carver C. S. The role of optimism and social network development, coping and psychological adjustment during a life transition // Journal of personality and social psychology. 2002. № 82. P. 102-111.

189. Garwick A. W. Levels of meaning in family stress theory. // Family Process. — Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S., 1994. — № 33(3). — P. 287-304.
190. Lazarus R. S. Emotions and Interpersonal Relationships: Toward a Person-Centered Conceptualization of Emotions and Coping // Journal of Personality, February, 2006. — P. 9-46.
191. Lazarus R. S., DeLongis A. Psychological Stress and Coping in Aging. // American Psychologist. March, 1983. — P. 245-254.
192. Lazarus R. S., Folkman S. Transactional theory and research on emotions and coping . European J. of Personality, 1987, № 1, P. 141-169.
193. Lipowski Z. J. Psychosocial reactions to physical illness // Can. Med. Assoc. J. — Ottawa: CMA, 1983. — №128 (9). — P. 1069–1072.
194. Miller B. D., Wood B. L. Emotions and family in childhood Asthma: Psychobiologic Mechanisms and Pathways of effect // Asthma: Social and Psychological Factors and Psychosomatic. Dallas, 2003.
195. Opolski M., Wilson I. Asthma and depression: a pragmatic review of the literature and recommendations for future research // Clin Pract Epidemiol ment Health. 2005 №1.
196. Plutchik R. Emotion: theory, research and experience. American Press, 1980.
197. 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.- 2002.-42. — P.547 -552.

198. Pectasides D., Pectasides M., Nikolaou M. et al. Adjuvant and neoadjuvant chemotherapy in muscle invasive bladder cancer: literature review.//*Eur. Urol.* — 2005. — 48(1). — P. 60-67.
199. Ratliff T.L., Hudson M.A., Catalona W.J. Strategy for improving therapy of superficial bladder cancer. //*World.J.Urol.*-1991. — 9. — P. 95.
200. Ratliff T.L., Ritchey J.K., Yaun J.J. Role of CD4 and CD8 lymphocytes in the antitumor activity of BCG.// *J.Urol.*- 1993. — 150. — P.1018-1023.
201. Rapp D.E., CTconnor R.C., Katz., Steinberg G.D. Neobladder vaginal fistura after cystectomy and arthotopic neobladder constriction.//*Br. J. Urol. Jnt.* — 2004.-94(7). — P 1092-1095; discussion. 1095.
202. Rogerson, J.W. Intravesical bacille Calmette-Guerin in the treatment of superficial transitional cell carcinoma of the bladder. //*Br. J. Urol.*- 1994.- 3.P.655-658.
203. Ro J.V., Staerke G.A., Ayala A.G. Cytologic and histologic features of superficial bladder cancer.// *J. Urol. Clin North Amer.* 1992;— Vol. 19. — P.435 — 449.
204. Sarosdy M.F., Lowe B.A., Schellhammer P.F. Bropiramine immunotherapy of bladder CIS: positive phase II results of an oral interferon inducer. (Abstract) //*Proc Annu Meet Am Soc Clin Oncol.* — 1994. — 13. — P.719.
205. Sarosdy M.F., Lowe B.A., Schellhammer P.F. Oral bropiramine immunotherapy of carcinoma in situ of the bladder: results of a phase II trial .//*Urology* . — 1996. — 48. — P.21-27.
206. Soloway M.S., Sofer M., Vaidya A. Contemporary management of stage T1 transitional cell carcinoma of the bladder.// *J. Urol.*-2002. — 167(4). — P. 573-583.

207. Stein J.P., Lieskovsky, Groshen S. Radical cystectomy in the treatment of invasive bladder cancer: long-term results in 1054 patients. //J. Clin. Oncol. 2001. — 19(3). — P. 666-675.
208. Sternberg C.N., Pansadoro V., Calabro F. Neoadjuvant chemotherapy and bladder preservation in locally advanced transitional cell carcinoma of the bladder. //Ann. Oncol.- 1999. — 11. — P. 1301-1305.
209. Studer U.E., Stenal A., Manson W., Mills R. Bladder placement and urinary diversion//Eur. Urol. — 2000. — 38. — P. 1-11.
210. Thurman S. A., De Weese T. L. Multimodality therapy for the treatment of muscle-invasive bladder cancer. Semin. //Urol. Oncol. — 2000. — 18 (4). — P. 313-322.
211. Traynelis C.L. Lamm D.L. Current status of intravesical therapy for bladder cancer //Urology Annual Vol 8, Stephen N. Rous (Ed.). W.W. Norton Company.- 1994 — P. 113-143.
212. Walker M.C., Masstera J.R., Parris, C.N. Intravesical chemotherapy in vitro studies on the relationship between dose and cytotoxicity. //Urol Res. 1996; 14. — P. 137-140.
213. Wientjes M.G., Badalament R.A., Wang R.C., Hassan F., Au J.L. Penetration of Mitomycin C in human bladder. //Cancer Res.- 1993.53. — P. 3314-3320.
214. Zietman A. L., Shipley W. U., Kaufman D. S. Organ-conserving approaches to muscle-invasive bladder cancer: future alternatives to radical cystectomy. //Ann. Med.- 2000.-32 (1). — P. 34-42.