

## КРИТЕРИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ К КРИТИЧЕСКОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Сотников В.А.

*ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет Минздрава России», Курск, Россия (305041, г. Курск, К. Маркса, 3), e-mail: [lifastraton@yandex.ru](mailto:lifastraton@yandex.ru)*

**В статье рассматривается вопрос о выделении качественной специфики в психологическом реагировании личности на онкогинекологическое заболевание, отражающееся в особенностях адаптации. Онкогинекологическое заболевание рассматривается как критическая жизненная ситуация, отличная от других видов тяжёлой соматической патологии. На основании закономерностей функционирования процесса адаптации предлагается ряд критериев, отражающих внутреннюю жизненно-смысловую репрезентацию, которую получает онкологическое заболевание в контексте всего жизненного пути личности. В качестве таких критериев автором предлагается рассматривать следующие: принятие/отрицание заболевания, элементы смысловой сферы личности, отражающие её актуальные содержательные и динамические характеристики; идентичность в аспекте принятия роли больного и параметров временной организации личности. Приводятся результаты собственного исследования, в рамках которого выделенные критерии получают эмпирическую проверку.**

Ключевые слова: адаптация, онкогинекологическое заболевание, критическая жизненная ситуация, идентичность, смысловая организация личности.

## CRITERIA OF PSYCHOLOGICAL ADAPTATION TO CRITICAL LIFE SITUATIONS OF AN ONCOGYNECOLOGICAL DISEASE

Sotnikov V.A.

*Kursk State Medical University of Healthcare Ministry of Russia, Kursk, Russia (305041, Kursk, K. Marx, 3), e-mail: [lifastraton@yandex.ru](mailto:lifastraton@yandex.ru)*

**The article deals with the quality particular characteristics evaluation within a psychological response of a personality to an oncogynecological disease which is reflected in adaptation peculiarities. An oncogynecological disease is considered as a critical life situation other than other types of heavy somatic pathology. An adaptation process activity regularity result in a set of criteria which reflect an inner vital semantic representation an oncogynecological disease obtains in terms of life-time of a personality. The author propose for consideration such criteria as an acceptance / rejection of disease, personality semantic sphere elements which reflect its recent conceptual and dynamic characteristics, an equivalence in respect of the aspect of taking a role of diseased and time parameter of personality organization. The research results in terms of which the selected criteria obtain an empirical verification are brought forward.**

Keywords: an adaptation, an oncogynecological disease, a critical life situation, an equivalence, personality semantic sphere.

### Введение

Онкологическое заболевание, мифологизируемое в современном обществе фатальностью, заразностью [3; 8], сопровождаемое выраженной витальной угрозой и тяжёлым соматическим состоянием, оказывает мощное воздействие на все аспекты личности человека, приводя к стойким состояниям дезадаптации [1]. Несмотря на широкую представленность как в отечественной, так и зарубежной клинической психологии работ, посвящённых анализу закономерностей психической жизни в условиях онкологического заболевания, мы вынуждены констатировать, что мало разработанным остаётся вопрос выделения специфики и разнородности в психологическом реагировании на данную

нозологическую группу с позиции психологической адаптации личности и её критериев, качественно отражающих внутреннюю жизненно-смысловую репрезентацию, которую получает онкологическое заболевание в контексте всего жизненного пути личности. Вопрос, в рамках разработки которого мы фокусируем внимание не на специфике заболевания и его факторов, влияющих на человека и определяющих специфику его реагирования, а на личности, преломляющей факт заболевания в контексте всей своей жизни, встраивающей его в жизненный мир. Существующие работы в определении специфики реагирования на заболевания, прежде всего, отталкиваются от классификации, предложенной Личко А.Е. и Ивановым Н.Я., раскрывающей чувственный, поведенческий, эмоциональный, мотивационно-волевой и интеллектуальный компоненты. Смысловая атрибуция заболевания и её проявления в личностном функционировании, отражающие степень гомеостатичности изменившейся реальности и её внутренней репрезентации, не находят выражения в такой плоскости рассмотрения.

### **Концептуальные основания**

Под «адаптацией» мы понимаем «процесс и результат постоянного, как пассивного, так и активного приспособления индивида к изменяющимся условиям окружающей среды, разворачивающийся и приводящий к изменениям на всех уровнях организации человека от физиологического до социально-психологического» [5]. В психологической науке существует целый ряд понятий, раскрывающих различные стороны этого феномена: психологическая адаптация, психическая адаптация, социально-психологическая адаптация, профессиональная адаптация и др. (Александровский Ю.А., Меерсон Ф.З., Березин Ф.Б., Вассерман Л.И., Березин М.А., Косенков Н.И. и др.). Рассмотрение различных подходов позволяет сделать вывод о том, что при качественном различии в описании феномена адаптации (как системного организменного явления, как личностной функции, как механизма решения проблемных психических ситуаций) существует объединяющий феномен в психологическом определении адаптации - целью и основной её задачей выступает достижение гомеостаза, динамического равновесия личности со средой.

В связи с этим о нарушении, расстройстве адаптации говорится при возникновении хотя бы одного из трёх факторов, вызывающих напряжение в системе «личность-среда» [4]:

- при резком изменении условий среды, в результате которого адаптационные механизмы могут оказаться недостаточными, даже если ранее они обеспечивали эффективную адаптацию;
- при существенном преобразовании потребностей и целей индивидуума (даже в относительно стабильной среде);

- при значительном уменьшении физических или психических ресурсов, что может привести к расхождению между значимыми потребностями субъекта и возможностями их удовлетворения.

Мы видим преломление каждого из этих трёх факторов в ситуации онкологического заболевания. Сам факт наличия патологии онкологического генеза сопровождается изменением биологических условий функционирования человека, что проявляется снижением операциональных и энергетических возможностей деятельности, вызванным как объективными процессами протекания заболевания, так и особенностями лечения. Человек, находясь в изолированных условиях стационара, осуществляя свою коммуникацию на разных уровнях (с врачами, родственниками, друзьями, в сети Интернет), сталкивается с негативными социальными мифами, характеризующими онкологическое заболевание, такими как безусловная фатальность, безнадежность и негативное отношение со стороны окружающих [8]. Личность, на протяжении всей жизни решающая задачу на обретение идентичности, в ситуации, когда отсутствует ценностная опора и адаптивные смыслы, вновь становится перед вопросами «Кто я?», «Зачем я?», «Куда я могу двигаться?».

Таким образом, при построении теоретической модели мы исходим из того положения, что в ситуации нормы жизни, при отсутствии выраженных трудных жизненных ситуаций наблюдается смысловой гомеостаз между личностью и средой, характеризующийся состоянием адаптации. Столкновение с онкологическим заболеванием, выступающим критической жизненной ситуацией по своим параметрам, приводит к нарушению состояния адаптации, проявляющемуся различными типами реагирования.

Вынести суждение о типе реагирования на онкологическое заболевание с позиции адаптивности/дезадаптивности, характеризующей степень смысловой согласованности изменившейся реальности и её внутренней репрезентации, мы можем, подвергнув анализу ряд критериев, качественно отражающих эту согласованность, среди которых мы предлагаем рассматривать: принятие/отрицание заболевания, являющиеся условием запуска деятельности переживания по его смысловой атрибуции; элементы смысловой сферы личности, отражающие её актуальные содержательные и динамические характеристики; идентичность, в аспекте принятия роли больного и параметров временной самоидентичности.

### **Цель исследования**

Основываясь на теоретических построениях, указанных выше, и результатах проведенных нами исследований, направленных на выделение специфики критической жизненной ситуации онкологического заболевания по сравнению с ситуацией общесоматической патологии [6; 7], нами была поставлена цель – изучить критерии

психологической адаптации личности к критической жизненной ситуации онкогинекологического заболевания.

### **Материалы и методы**

Методическое обеспечение исследования включало в себя структурированное интервью, архивный метод, метод наблюдения, метод контент-анализа, психодиагностические методики: исследование параметров ценностно-смысловой сферы личности (тест «Смысложизненные ориентации» (СЖО) Д.А. Леонтьева, тест «Индекс стремлений» Деси и Райана в адаптации Т.Д. Василенко, Ю.А. Котельниковой и А.В. Селина, тест «Базовые потребности» Деси и Райана в адаптации Т.Д. Василенко, Ю.Ю. Ковтун и А.В. Селина, тест «Уровень рефлексивности» А.В. Карпова, методика исследования жизненного пути личности «Линия жизни» в варианте, разрабатываемом Т.Д. Василенко); исследование параметров идентичности (методика «Кто Я?» М. Куна и Т. Макпартленда, опросник Ф. Зимбардо по временной перспективе ZTP1 в адаптации А. Сырцовой); в качестве метода оценки актуального эмоционального состояния использовался восьмицветовой тест М. Люшера.

Всего в исследовании приняли участие 65 испытуемых – пациенты радиологического отделения областного онкологического диспансера г. Курска, находящиеся на стационарном лечении с длительностью заболевания до 6 месяцев и гинекологической сферой поражения. Для эмпирической проверки описанных выше критериев мы провели внутренний анализ и разделили группу онкологических больных, принимающих факт заболевания (отмечающих онкологическое заболевание как жизненное событие при выполнении методики «Линия жизни»), по точке переживания настоящего момента, отражающего как эмоциональную, так и смысловую характеристику настоящего этапа жизни, мы получили две экспериментальные группы.

Экспериментальная группа № 1 – женщины, принимающие факт заболевания и оценивающие настоящий момент своей жизни положительно (N=21), выступающие в контексте нашего исследования группой адаптивного реагирования на онкологическое заболевание.

Экспериментальная группа № 2 – женщины, принимающие факт заболевания и оценивающие настоящий момент жизни отрицательно (N=40), выступающие в контексте нашего исследования группой дезадаптивного реагирования.

Отдельно отмечается наличие женщин (N=4), отрицающих у себя факт заболевания.

Для статистического анализа были использованы методы: описательной статистики (анализ средних тенденций - мода, медиана и среднее, изменчивости признака - размах, стандартное отклонение); сравнительной статистики (непараметрические критерии U Манна-

Уитни, Н Крускала-Уоллеса), частотный анализ (критерий  $\phi^*$  - угловое преобразование Фишера). Все расчеты проводились с использованием статистического пакета фирмы StatSoft STATISTICA 8.0 для Windows.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

В ходе статистической обработки данных, полученных в экспериментальных группах, были получены следующие результаты.

При анализе критерия «событийная насыщенность будущего» мы отмечаем, что в группе онкологических больных с дезадаптивным типом реагирования событийная насыщенность значительно ниже, чем в группе с адаптивным при  $p = 0,032$ .

Женщины с дезадаптивным типом реагирования испытывают затруднение в планировании своего будущего и постановке целей. События будущего носят для них размытый, ситуативный характер. Они ориентированы на настоящий момент и поглощены его негативной окраской. Эти закономерности подтверждаются также в наличии значимых различий по критерию «графическая ориентация на будущее».

В группе с адаптивным типом реагирования на заболевание отмечаются более высокие показатели по критерию «графическая ориентация на будущее», по сравнению с группой дезадаптивного типа, при уровне значимости  $p = 0,048$ .

Мы отмечаем, что при адаптивном типе реагирования женщины в большей степени ориентированы на будущее. Они оценивают свою жизнь в перспективе, испытывают интерес и эмоциональное оживление при постановке будущих целей, мечтают и строят планы в среднесрочной перспективе (не более 3 лет): *«Сын с невесткой уже два года вместе живут. Внуков хочу увидеть, на руках поддержать, это для меня главное сейчас» (больная И., 48 лет)*. В группе же с дезадаптивным реагированием предложение женщинам представить то, что бы они хотели увидеть в будущем, воспринимается как бессмысленное, так как будущее на данный момент отсутствует в картине мира и воспринимается размыто, безотносительно к оси физического времени: *«Ну не знаю... кредит пусть выплатить, чтоб душа за долги не болела» (больная Т., 55 лет)*.

Анализ событий, отражённых на линии жизни, позволяет сделать вывод о том, что в группе с дезадаптивным типом реагирования частота встречаемости негативных жизненных событий выше, чем в группе с адаптивным типом (при  $p = 0,039$ ).

В ситуации дезадаптивного реагирования в структуре жизненного пути представленность негативных событий выше, чем при адаптивном реагировании, негативная смысловая атрибуция жизненного опыта приобретает более выраженный характер. При построении линии своей жизни женщины выделяют события, несущие негативную окраску. Картина мира наполняется такими событиями, как смерть родителей и родственников,

разводы, аборты, факты насилия в родительской и собственной семье и др. В случае адаптивного реагирования на заболевания в субъективной картине жизненного пути преобладают положительные и нейтральные события. При построении линии жизни женщины останавливаются на нормативных хронологических событиях (детский сад, школа, поступление в институт, переезды и др.) и на положительных сторонах индивидуального опыта (путешествия, отпуск, покупка квартиры, рождение ребёнка и др.). Негативные события носят нормативный характер для данной возрастной группы испытуемых (смерть бабушек и дедушек, смерть родителей) или индивидуальный единичный характер (смерть ребёнка, развод).

Стремление к здоровью, центрация на факте заболевания, помимо представленности в методике «Линия жизни», проявляется и на уровне ролевой идентичности личности. В группе дезадаптивного реагирования при выполнении методики «Кто Я?» наблюдается статистически значимое преобладание частоты встречаемости самоописаний, отражающих принятие роли больного при  $p = 0,042$ . Интересным является тот факт, что в группе с адаптивным реагированием на заболевание также присутствуют характеристики, являющиеся индикаторами состояния нездоровья, но они носят функциональный, а не ролевой характер.

Также обращает на себя тот факт, что в ситуации онкологического заболевания независимо от типа реагирования, по сравнению с ситуациями здоровья и онкологической патологии (по данным, представленным в работе Т.Д. Василенко [2]), женщины не ощущают и не связывают себя с социально-историческими процессами, в картине мира онкологических больных отсутствуют события этой категории.

В динамическом аспекте происходящее в смысловой сфере находит отражение в различной частоте встречаемости уровней рефлексивности.

Мы не получили статистически значимых различий по частоте встречаемости уровней рефлексивности, однако при анализе средних показателей по каждому из уровней в группах, мы отмечаем тот факт, что в группах с адаптивным типом реагирования преобладает средний уровень рефлексивности, обеспечивающий процесс смысловой переработки ситуации и продукцию новых смыслов, отражающих специфику изменившейся ситуации. В группе же с дезадаптивным типом реагирования выраженность завышенной и заниженной выше, чем аналогичные уровни в адаптивной. В случае низкого и высокого уровня рефлексивности происходит либо отстранение, диссоциация от факта заболевания, блокирующая доступ к внутреннему миру, либо погружение в него, что как в одном, так и в другом случае приводит к невозможности адаптивной атрибуции новой ситуации,

вследствие чего происходит нарушение гомеостатических, равновесных характеристик взаимоотношения личности и среды.

Рассматривая специфику эмоционального реагирования как индикатор процессов, происходящих в смысловой сфере, мы отмечаем, что в экспериментальной группе № 2 отклонение от аутогенной нормы статистически выше.

Преобладание в группе с дезадаптивным реагированием на онкологическое заболевание более высоких показателей отклонения от аутогенной нормы позволяет сделать нам вывод о том, что происходит снижение насыщенности и динамики эмоциональной жизни вследствие центрации на негативном смысле болезни и настоящем моменте.

### **Выводы**

1. Группа онкогинекологических больных характеризуется разнородностью в типах реагирования на онкологическое заболевание. Выделяются адаптивный, дезадаптивный, дезадаптивно-анозогнозический типы.
2. Дезадаптивный тип реагирования на онкологическое заболевание характеризуется нарушением смыслового гомеостаза между личностью и изменившимися условиями окружающей среды, проявляющимся в центрации на негативном опыте настоящего момента, смысловой опустошенности и выраженной представленностью негативных жизненных событий в структуре субъективной картины жизненного пути личности. Жизненные стремления приобретают размытый характер, отсутствуют выраженные проявления самодетерминированности. Интересы личности центрируются вокруг факта заболевания, происходит снижение социальной активности больного. Рефлексивные процессы, отражающие динамический характер преобразований в смысловой сфере, носят завышенный и заниженный характер.
3. При дезадаптивном варианте реагирования на уровне идентичности личности происходит принятие роли больного, ассоциация жизненной перспективы со спецификой новой социальной роли – будущее приобретает гипотетический, размытый характер, теряется преемственность временных зон, отсутствует выраженная событийная насыщенность будущего и нарушение механизма целеполагания.

Таким образом, мы выделили в качестве критериев адаптации к онкологическому заболеванию принятие/отрицание заболевания, элементы смысловой сферы личности, идентичности в аспекте принятия роли больного и параметров временной самоидентификации, отражающие гомеостатичность изменившейся реальности и её внутренней репрезентации. Подвергнув их анализу, мы получили результаты, отражающие качественную специфику в реагировании на заболевание.

## Список литературы

1. Бочаров В.В., Карпова Э.Б., Чулкова В.А., Ялов А.М. Анализ экстремальных и кризисных ситуаций с позиции клинической психологии // Вестник СПб университета. – 2010. - Серия 12. – Выпуск 1. – С. 9–16.
2. Василенко Т.Д. Телесность и субъективная картина жизненного пути личности : дис. ... д-ра. психол. наук. - Курск, 2011. - 414 с.
3. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь. – СПб. : Речь, 2007. – 168 с.
4. Исаева Е.Р. Совладающее со стрессом и защитное поведение личности при расстройствах психической адаптации различного генеза : дис. ... д-ра. психол. наук. - СПб., 2010. - 367 с.
5. Луцко Е.А. К вопросу об определении критериев и факторов эффективности адаптации // Вестник СПб университета. – 2008. - Серия 12. – Выпуск 1. – С. 205-209.
6. Сотников В.А. Клинико-психологический контур критической жизненной ситуации онкологического заболевания: теоретический аспект // Научное мнение : научный журнал / Санкт-Петербургский университетский консорциум. - 2013. - № 9. – С. 236-241.
7. Сотников В.А. Кризис идентичности в критической жизненной ситуации онкологического заболевания гинекологического профиля // В мире научных открытий / Красноярск: научно-инновационный центр. – 2013. - № 11.4 (47). – С. 370-382.
8. Тхостов А.Ш. Психология телесности. – М. : Смысл, 2002. – 287 с.

### Рецензенты:

Елизаров С.Г., д.псх.н., профессор кафедры психологии ФГБОУ ВПО «Курский государственный университет», г. Курск.

Запесоцкая И.В., д.псх.н., доцент кафедры психологии здоровья и коррекционной психологии ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет», г. Курск.