

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И РОЛЕВЫЕ ПОЗИЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Биктина Н.Н., Кекк А.Н.

ФГБОУ ВПО «Оренбургский государственный университет», Оренбург, Россия (460018, Оренбург, ОГУ, пр. Победы, 13), e-mail: biktina@rambler.ru

В статье представлены результаты эмпирического исследования психологических особенностей личности, ролевых позиций и отношения к болезни у пациентов со злокачественными опухолями. Полученные результаты говорят о преимущественном предпочтении онкологическими больными Эго-позиции Ребенка. У пациентов с детской позицией выявлен анозогнозический тип отношения к болезни. У пациентов с родительской позицией наблюдается сенситивный тип отношения к болезни. Для онкобольных с преобладающей позицией Ребенка характерна «конформность», «гипотимия», «зависимость от группы», для испытуемых с предпочитаемой позицией Родителя свойственна «высокая Эго-напряженность». Больным со злокачественными опухолями присуще гипертрофированное чувство вины, самобичевание, подавленность, ипохондрия, симптомы беспричинного страха, подозрительность по отношению к новым людям и идеям.

Ключевые слова: психосоматические заболевания, онкологические больные, личностные особенности, ролевые позиции, злокачественные опухоли.

PERSONAL CHARACTERISTICS AND ROLE OF CANCER PATIENTS

Biktina N.N., Kekk A.N.

Orenburg State University, Orenburg, e-mail: biktina@rambler.ru

The article presents the results of empirical research of psychological features of personality, role positions and relationship to the disease in patients with malignant tumors. The results suggest a beneficial preference for cancer patients Ego-position of the Child. In patients with child-like position identified anosognosia type of attitude to the disease. In patients with the parent position is observed sensitive type of attitude to the disease. For cancer patients with the prevailing position of the Child characteristic "conformability", "hypotonia", "dependency group", for subjects with a preferred position of the Parent characteristic of "high Ego-tension". Patients with malignant tumors of the inherent exaggerated sense of guilt, self-condemnation, depression, hypochondria, symptoms of irrational fear, suspicion towards new people and ideas.

Keywords: psychosomatic diseases, cancer patients, personal characteristics, role position, or malignant tumor.

Первые упоминания о связи злокачественных опухолей и типа личности стали появляться еще в эпоху Возрождения. Еще Гален писал, что наличие опухолевого процесса чаще проявляется у женщин с меланхолическим складом личности, а реже всего у сангвинников.

Анализ литературных источников показывает, что существуют подтвержденные исследования о психологической предрасположенности к соматическим заболеваниям, об «инфантильной» личности и регрессивных методах возникновения разного рода заболеваний, в том числе и онкологических. Работы таких ученых, как А.Г. Шкурпат, А.А. Шутценбергер, К. и С. Саймонтоны легли в основу психокоррекционных методов лечения соматических заболеваний [3].

Отечественный психолог В.В. Николаева, описывая характерологические особенности людей с злокачественными новообразованиями, отмечает, что сниженная чувствительность,

ослабленная способность осознавать собственное эмоциональное состояние, личностная инфантильность зачастую компенсируются такими качествами, как рационализм и ипохондричность [8].

Непомнящая Н.И. уделяет инфантилизму особое место в портрете личности онкологического больного. Исследователь обращает внимание на то, что пациентам присуще реагирование на события, неадекватное степени их тяжести, и склонность к избеганию угрозы. Сохранение привычного способа действия и эмоционального состояния, игнорирование собственных переживаний приводит к еще большей «инфантилизации» психики. Тем самым, по мнению Н.И. Непомнящей, возрождается клеточный рост, характерный для детского периода. Однако данный механизм работает не на развитие, а на патологию, переструктурируя клетки и преобразуя их в злокачественные новообразования

По мнению Володина Б.Ю., теория ролевых позиций позволяет рассмотреть дисгармоничное личностное развитие в связи с доминирующим эго-состоянием человека. Так, например, социально неадаптивные формы взаимодействия могут быть объяснены внутренним ролевым конфликтом, который впоследствии способен привести к развитию невротических и психосоматических проблем. При этом яркое преобладание детской эго-позиции не всегда исчезает бесследно и может трансформироваться в инфантильные личностные черты. Как уже говорилось ранее, на любом этапе возрастного развития человек способен проявлять ролевую позицию Ребенка, которые в неконструктивном варианте приводят к актуализации переживания индивидом детских травм или дистресса. В этом случае возможна фиксация инфантильной роли и доминирование ее на последующих жизненных этапах [2].

Еще одним немаловажным компонентом является отношение пациента к болезни и тот факт, что онкологические больные часто живут прошлыми воспоминаниями, в диалогах часто прослеживается обсуждение отдаленных в прошлое событий. Планы на будущее часто расплывчаты, а их обсуждение повышает тревожность и напряженность.

С течением болезни у онкологических пациентов иногда отмечается наличие навязчивых идей: «я умру, и всем будет легче», «они только и ждут, чтобы я умерла поскорее», «я была рождена, чтобы вот так умереть молодой» и т.д. [1].

В.И. Бутрина и В.В. Люцко описывают результаты исследования, которые говорят о том, что для онкологических больных чаще характерно проявление смешанного типа реагирования на заболевания. Однако также доминируют тревожный, неврастенический, меланхолический, сенситивный и ипохондрический типы отношения к болезни, что позволяет говорить об интрапсихической направленности личностного реагирования на заболевание. Данный тип реагирования характеризуется тревожно-депрессивным фоном

настроения, уходом в болезнь, отказом от борьбы. Это обуславливает как нарушения социальной адаптации личности, так и нарушения поведения [8].

Методы и материалы исследования

Нами было проведено исследование, направленное на выявление психологических особенностей личности и ролевых позиций у пациентов со злокачественными опухолями. В исследовании участвовали 60 человек в возрасте от 30 до 50 лет, 30 из которых имели различные онкологические заболевания и 30, не имеющих подобные заболевания. Для того чтобы исключить фактор влияния других тяжелых соматических заболеваний на полученные результаты, мы исключили из исследования людей с хроническими болезнями. Исследование проводилось в отделении паллиативной медицинской помощи в ГАУЗ «Городская клиническая больница им. Н. И. Пирогова» г. Оренбурга.

В качестве инструментария нами были использованы следующие методики:

- 1) 16-факторный личностный опросник Р.Б. Кеттелла (форма С) в адаптации Э. С. Чугуновой;
- 2) Опросник Э. Берна «Ролевые позиции в межличностных отношениях»;
- 3) Опросник выраженности психопатологической симптоматики (адаптация Н.В. Тарабриной);
- 4) Методика «Тип отношения к болезни» Л.И. Вассермана.

Для математико-статистической обработки применялся метод процентного соотношения, критерий Манна – Уитни и критерий Краскала – Уоллеса.

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе результатов нами обнаружен ряд особенностей в процентном распределении ролевых позиций среди людей со злокачественными опухолями и без них.



Рис. 1. Распределение ролевых позиций у онкологических больных (в %)

На рисунке 1 мы видим процентное распределение ролевых позиций у онкобольных. Так 63,3 % испытуемым свойственно занимать позицию Ребенка; 23,3 % – позицию Родителя; 13,3 – позицию Взрослого.



Рис. 2. Распределение ролевых позиций у людей без злокачественных опухолей (в %)

В отличие от онкологических больных респондентам без злокачественных опухолей свойственно занимать позицию Взрослого – 73,3 %.

Мы можем предположить, что полученные нами данные по методике «Ролевые позиции в межличностных отношениях» говорят о преимущественном предпочтении онкологическими больными Эго-позиции Ребенка, которая в соответствии с теоретическими

асpekтами, помимо конструктивных сторон, характеризуется сниженной критичностью, избеганием ответственности и неспособностью противостоять трудностям.

После расчета критерия Манна – Уитни в выборке онкологических больных и людей без злокачественных опухолей были выявлены достоверные различия по типам отношения к болезни. Так, наиболее значимы в выборке пациентов с онкологией ипохондрический ($U=22,5$, $p \leq 0,001$) и неврастенический ($U=900$, $p \leq 0,001$) типы отношений к болезни. В то время как для людей без онкологических заболеваний наиболее предпочтительным является сенситивный тип ($U=787,5$, $p \leq 0,001$) реагирования на болезнь. Следует отметить, что ипохондрический и неврастенический типы отношений к болезни входят в блок, характеризующийся наличием психической дезадаптации в связи с заболеванием, а также имеет преимущественно интрапсихическую направленность личностного реагирования на болезнь. Для данного типа реагирования свойственно нарушение социальной адаптации больных. Это позволяет нам говорить о том, что для онкологических больных свойственно дезадаптивное поведение: реакции по типу раздражительной слабости, угнетенное, подавленное, тревожное состояние, отмечается «уход в болезнь» и отказ от борьбы.

При этом были найдены значимые различия в отношении к болезни внутри выборки онкологических больных в зависимости от доминирующей ролевой позиции. Наиболее выражен у пациентов с детской позицией анозогнозический тип отношения к болезни ($N = 13,464$, $p \leq 0,01$). У пациентов с родительской позицией наблюдается сенситивный тип отношения к болезни ($N = 7,987$, $p \leq 0,05$). Другими словами, для пациентов с преимущественной Эго-позицией Ребенка свойственно всяческое отбрасывание мыслей о болезни, вплоть до отрицания очевидных симптомов, непринятие возможных последствий. В связи с этим у пациентов такого типа нередкими являются отказы от лечения, усиление желания справиться самому, желание получать от жизни все то, что и ранее, не обращая внимания на болезнь. По нашему мнению, это может быть связано с инфантильными чертами, присущими данным онкологическим больным. Для онкологических больных с доминирующей ролевой позицией Родителя, как говорилось ранее, свойственен сенситивный тип отношения к болезни. Это говорит о том, что для таких пациентов характерной является озабоченность возможными неблагоприятными впечатлениями, которые они могут произвести на окружающих, опасения, что люди будут их жалеть. Также отмечается наличие страхов в связи с болезнью стать обузой для близких. Все это позволяет нам предположить, что данные особенности присущи для онкологических больных с позицией Родителя в силу повышенного чувства ответственности и социальной желательности, которыми характеризуется данное Эго-состояние.

Были найдены значимые различия по опроснику выраженности психопатологической симптоматики. Так, для онкологических больных характерно проявление фактора соматизации ($U = 465, p \leq 0,01$), межличностной сензитивности ($U = 82,5, p \leq 0,01$), депрессивности ($U = 225, p \leq 0,01$) и тревожности ($U = 120, p \leq 0,01$). Другими словами, для людей со злокачественными опухолями характерными является дистресс, возникающий в связи с ощущениями телесной дисфункции. Данный показатель может указывать на психосоматическую природу присутствующего заболевания вследствие интрапсихического и психологического конфликтов. Таким образом, мы можем предположить, что в формировании заболевания отчасти имел место психогенный компонент.

Фактор межличностной сензитивности, который также присутствует у онкологических пациентов, позволяет нам говорить о присутствии у больных чувства личностной неадекватности и неполноценности, самоосуждения, чувстве беспокойства при межличностном взаимодействии. Кроме того, для испытуемых с высокими показателями по данному фактору могут быть характерны негативные установки относительно межличностной коммуникации и обостренное чувство осознания собственного «Я».

Полученные нами значимые различия по фактору депрессивности говорят о том, что у пациентов со злокачественными опухолями наблюдается отрицательный эмоциональный фон, изменения в мотивационной сфере личности, когнитивные представления, общая пассивность в поведении. По нашему мнению, данный фактор имеет высокую выраженность в силу наличия тяжелого соматического заболевания. Однако данный аспект позволяет нам также предположить о наличии депрессивности как преморбидной черты личности у онкологических больных.

Полученные нами значимые различия по фактору тревожности позволяют нам предположить, что для онкологических больных свойственна манифестированная тревожность, нервозность, напряжение, а также склонность испытывать беспокойство в различных жизненных ситуациях.

Ниже, в таблице 1 приведены средние значения в выборке испытуемых с онкологическими заболеваниями и без таковых, которые позволяют нам оценить общую тяжесть психологического состояния личности в условиях тяжелого соматического заболевания.

Таблица 1

Средние значения по опроснику выраженности психопатологической симптоматики в выборках

Показатель	Среднее значение в выборке онкобольных	Среднее значение в выборке людей без онкологии
Общий индекс тяжести	3,2	0,56

СИМПТОМОВ		
Индекс наличного симптоматического дистресса	2,5	1,3
Количество симптомов	62	39

После расчета критерия Манна – Уитни в выборке онкологических больных и людей без злокачественных опухолей по методике 16-факторного личностного опросника Кеттелла были выявлены следующие значимые различия. Для людей без онкологических заболеваний характерен высокий интеллект ($U = 467,5$, $p \leq 0,01$). Для испытуемых со злокачественными опухолями характерна «Слабость Я» ($U = 847,5$, $p \leq 0,01$), «робость» ($U = 37,5$, $p \leq 0,01$), «сдержанность» ($U = 180$, $p \leq 0,01$), «консерватизм» ($U = 840$, $p \leq 0,01$) и «высокая Эго-напряженность» ($U = 90$, $p \leq 0,01$) и «гипотимия» ($U = 800$, $p \leq 0,01$).

По нашему мнению, данные результаты в соответствии с теорией личности Р.Б. Кеттелла позволяют нам говорить о таких личностных особенностях онкологических больных, как выдержанность, избегание трудностей, эмоциональная ригидность, дисциплинированность и нечувствительность, пессимистичность в ожидании будущего, высокая нормативность, следование моральным стандартам. Также пациентам со злокачественными опухолями присуще гипертрофированное чувство вины, самобичевание, подавленность, ипохондрия, симптомы беспричинного страха, подозрительность по отношению к новым людям и идеям.

Анализируя полученные результаты при подсчете критерия Краскала – Уоллеса, сравнивая личностные особенности испытуемых с онкологическими заболеваниями в зависимости от предпочитаемой ролевой позиции, мы получили следующие значимые различия. Для онкобольных с превалирующей позицией Ребенка характерна «конформность» ($N = 5, 158$, $p \leq 0,01$), «гипотимия» ($N = 14,556$, $p \leq 0,01$), «зависимость от группы» ($N = 10,771$, $p \leq 0,01$), в то время как для испытуемых с предпочитаемой позицией Родителя свойственна «высокая Эго-напряженность» ($N = 12,019$, $p \leq 0,01$).

Выводы и заключение

Аккумулируя знания, полученные нами в ходе проведения исследования, мы можем сделать следующие выводы:

- 1) Онкологическим больным, в большинстве случаев, присуща детская Эго-позиция.
- 2) Для онкологических больных характерными являются ипохондрический и неврастенический типы отношения к болезни.
- 3) Наиболее выражен у пациентов с детской позицией анозогностический тип отношения к болезни. У пациентов с родительской позицией наблюдается сенситивный тип отношения к болезни.

4) Для онкологических больных характерно проявление фактора соматизации, межличностной сензитивности, депрессивности и тревожности.

5) Для испытуемых со злокачественными опухолями характерна «Слабость Я», «робость», «сдержанность», «консерватизм», «высокая Эго-напряженность» и «гипотимия».

Таким образом, нами были выявлены психологические особенности личности, отношения к болезни и ролевых позиций у пациентов со злокачественными опухолями. Это позволяет нам не только описать основные психологические феномены, но и сделать консультативную практику более результативной.

Список литературы

1. Вассерман, Л.И. Психологическая диагностика отношения к болезни. – СПб.: СПбНИПИ им. Бехтерева, 2005. – 33 с.
2. Володин Б.Ю. Возможности психотерапии в онкологической клинике // Российский онкологический журнал: научно-практический журнал. – 2009. – № 1. – С. 43–45.
3. Ивашкина, М. Г. Психологические особенности личности онкологических больных: автореф. дис... канд. психол. наук. – М., 1998. – 66 с.
4. Комкова Е.П. Нервно-психические расстройства у онкологических больных на различных этапах лечения: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2006. – 28 с.
5. Непомнящая, Н.И. О психологическом аспекте онкологических заболеваний // Психологический журнал. – 1998. – № 4. – С. 132-145.
6. Русина Н.А. Эмоции и стресс при онкологических заболеваниях // Н.А.Русина / Мир психологии. – 2002. – № 6. – С. 215- 260.
7. Саймонтон К., Саймонтон С. Психотерапия рака. – СПб.: Питер, 2001. – 126 с.
8. Тарабрина Н.В. «Онкопсихология». – Институт психологии РАН, 2010. – 176 с.
9. Gregrek, R., Bras, M., Dordevic, V. Psychological problem of patients with cancer // Psychiatria Danubina. – 2010. – № 2. – P. 227-230.

Рецензенты:

Литвиненко Н.В., д.псх.н., профессор, зав. каф. педагогики дошкольного и начального образования ФГБОУ ВПО «Оренбургский государственный педагогический университет», г. Оренбург;

Вишняков А.И., д.б.н., профессор кафедры социальной психологии ФГБОУ ВПО «Оренбургский государственный университет», г. Оренбург.