



Стрессоустойчивость как показатель медико-психолого-социальной адаптации лиц с онкологическими заболеваниями

Шарова О.Н.^{1, 2}

¹ Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск, Россия

² Южно-Уральский государственный университет (национальный исследовательский университет), Челябинск, Россия

ИНФОРМАЦИЯ О СТАТЬЕ:

Получено: 13.06.2017

Опубликовано: 30.06.2017

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

стресс, стрессоустойчивость, личность, социальная адаптация, онкологические заболевания

АННОТАЦИЯ:

В данной статье рассмотрено соотношение показателей стрессоустойчивости с социально-демографическими, медико-биологическими, психологическими и социальными характеристиками лиц с онкологическими заболеваниями. Обнаружены достоверные соотношения стрессоустойчивости с фактом наличия/отсутствия химиотерапии в схеме лечения онкологического заболевания, с семейным статусом, с личностными особенностями и общей неудовлетворенностью в семье обследованной группы лиц. Полученные результаты могут быть использованы для создания программ по профилактике социально обусловленных стрессовых расстройств, а также программ реабилитации лиц, переживших стрессовую ситуацию, и людей с различными соматическими заболеваниями.

Stress-resistance as an indicator of medical, social and psychological adaptation of people suffering from oncological diseases

Sharova O.N.^{1, 2}

¹ Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "South-Ural State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Russia

² South Ural State University (National Research University), Russia

ARTICLE INFO:

Received: 13.06.2017

Accepted: 30.06.2017

KEYWORDS:

stress, stress resistance, personality, social adaptation, oncological diseases

ABSTRACT:

The article considers correlation between indicators of stress-resistance and socio-demographic, medical-biological, psychological and social characteristics of people suffering from oncological diseases. In families of the examined group we have found out reliable correlation between stress resistance and the fact of presence/absence of chemotherapy in the scheme of therapy of oncological disease, family status, personal characteristics and general dissatisfaction. The obtained results can be used to create programs for prevention of socially caused stress disorders, rehabilitation programs for people who survived a stressful situation and for people with various physical disorders.

ФИНАНСИРОВАНИЕ:

Статья выполнена при поддержке Правительства РФ (Постановление № 211 от 16.03.2013), соглашение № 02.A03.21.0011.

CITATION

Шарова О.Н. Стрессоустойчивость как показатель медико-психолого-социальной адаптации лиц с онкологическими заболеваниями // Живая психология. — 2017. — Том 4. — № 2. — С. 157–174. — doi: [10.18334/lp.4.2.38386](https://doi.org/10.18334/lp.4.2.38386)

Sharova O.N. (2017). Stressoustoychivost kak pokazatel mediko-psikhologo-sotsialnoy adaptatsii lits s onkologicheskimi zabolevaniyami [Stress-resistance as an indicator of medical, social and psychological adaptation of people suffering from oncological diseases]. *Zhivaya psikhologiya*, 4(2), 157–174. doi: [10.18334/lp.4.2.38386](https://doi.org/10.18334/lp.4.2.38386)



Введение

Современные условия жизни человека определяются крайне нестабильной политической и социально-экономической ситуацией во всем мире, частым возникновением конфликтов разного уровня — от внутрисемейных до международных, среди которых все чаще возникают ситуации, связанные с непосредственной угрозой для жизни человека (террористические акты, войны, неблагоприятная социально-экономическая ситуация). В связи с этим обстоятельством становится все более актуальным вопрос о стрессоустойчивости (жизнестойкости) как общества в целом, так и отдельного индивида в различных угрожающих для жизни и здоровья ситуациях.

В России отмечается рост числа больных с онкологическими заболеваниями [4]. В медицинской и психологической литературе описаны клинические синдромы и клинические варианты психических расстройств при онкологических заболеваниях [22], а также рассмотрены варианты механизмов психологической защиты [25] (Evnina, 2014) и копинг-стратегий поведения у этого контингента больных [26] (Evnina, 2013). Достаточно хорошо изучены психологические и психические феномены, сопровождающие течение онкологического заболевания — тревога, депрессия, бред, навязчивые мысли, астенические состояния [22].

Отдельным и особенно значимым является направление в психологии, направленное на выявление психологических ресурсов адаптации к заболеванию и совладания с ним. В рамках этого направления проводятся обширные исследования: изучаются адаптационные ресурсы пациентов онкологического

профиля [17] (Rusina, 2011), вопросы саморегуляции и адаптации к заболеванию у детей, больных раком [20], рассматриваются психологические ресурсы в профилактике рецидивов онкологического заболевания [21], выявляются реабилитационные аспекты в течении заболевания, а также изучаются основы психокоррекционного сопровождения данной категории людей [2], психологические ресурсы как основы адаптации к онкологическому заболеванию в трудной жизненной ситуации [12], и, наконец, основы психокоррекции больных этого профиля с позиций позитивной психологии [26] (Evnina, 2013).

Онкологическое заболевание является заболеванием, представляющим угрозу для жизни и здоровья [18] (Rustanovich, Shamrey, 2001). В связи с этим нами была предпринята попытка исследовать свойства стрессоустойчивости (жизнестойкости) у лиц именно с данным заболеванием как индивидов, функционирующих в «особых условиях» — в ситуации угрозы для жизни и здоровья.

На наш взгляд, именно лица данной группы могут стать моделью для изучения структуры и содержания самого феномена стрессоустойчивости (жизнестойкости), а также механизмов формирования и реализации этого феномена в повседневной жизни индивида, которые являются универсальными для всех людей. Полученные данные могут стать основой для создания программ по профилактике социально обусловленных стрессовых расстройств, а также программ реабилитации лиц, переживших стрессовую ситуацию, в том числе связанную с тяжелым соматическим заболеванием.

Целью исследования явилось изучение соотношений стрессоустойчивости у лиц с онкологическими заболевани-



Таблица 1

Классификация тяжести психотравм по DSM-IV

Уровень психотравмы	Острая психотравма (до 6 месяцев)	Хроническая психотравма (более 6 месяцев)
Незначительная	Разрыв с другом, окончание учебы, отъезд ребенка из дома	Семейные ссоры, неудовлетворенность работой
Умеренная	Женитьба, разлука, потеря работы, отставка, аборт	Разлад в семье, серьезные финансовые затруднения, конфликт с начальством, быть одиноким родителем
Выраженная	Развод, рождение первого ребенка	Безработица, бедность
Экстремальная	Смерть супруга, серьезное соматическое заболевание, стать жертвой изнасилования	Серьезная хроническая болезнь у себя или у ребенка
Катастрофическая	Смерть ребенка, суицид супруга, стихийные бедствия, военные действия, теракт	Оказаться заложником, пребывание в концлагере

Источник: [18] (Rustanovich, Shamrey, 2001).

ями с их социально-демографическими, медико-биологическими, психологическими и клиническими показателями.

Дизайн исследования

В нашем исследовании приняли участие лица женского и мужского пола (респонденты), имеющие диагноз онкологического заболевания, с различной локализацией опухоли (рак легких, рак желудка-кишечного тракта, лимфома) с различными клиническими характеристиками онкологического заболевания (стадия рака, впервые выявленный рак или первично-множественный рак), а также имеющие различные методы применяемого лечения — хирургический метод и/или химиотерапия. Все обследованные респонденты проходили лечение онкологического заболевания в Челябинском областном клиническом центре онкологии и ядерной медицины, город Челябинск, Россия. Лица женского пола составили 48 человек ($n = 48$; 61,54%), лица мужского

пола — 30 человек ($n = 30$; 38,46%). Средний возраст обследованных лиц составил $54,08 \pm 4,54$ лет.

Методиками обследования респондентов были следующие:

1. Шкала оценки уровня реактивной и личностной тревоги Ч. Д. Спилберга, Ю. Л. Ханина [19]. Реактивная тревога характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью, чаще бывает вызвана какой-либо конкретной ситуацией. Личностная тревога связана с наличием невротического конфликта, эмоциональными, невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями, является свойством личности. При интерпретации результаты оценивались следующим образом: до 30 баллов — низкая тревога; 31–45 — умеренная тревога; 46 и более — высокая тревога [19].
2. Методика диагностики семейных взаимоотношений «Семейно-обусловленное состояние» (или «Типовое семейное состояние», авторы — Э. Г. Эйдемиллер и В. В. Юстицкис) [27]. Данная



методика направлена на выявление психотравмирующих состояний взрослых и детей, проживающих в одной семье; позволяет также получить данные об обстоятельствах, которые определяют изучаемые состояния у испытуемых.

Семья, как важнейший институт социализации человека с точки зрения теории систем, является живой системой и, как и все живые системы, состоит из независимых частей, взаимодействие которых обеспечивает такие свойства системы, которыми ни одна из частей не обладает [1] (*Andreeva, 2006*). Поэтому поведение и потребности членов семьи невозможно правильно понять, если рассматривать их изолированно друг от друга и от окружающей среды. Отдельные характеристики семьи можно понять, только изучив взаимоотношения между ее членами и взаимодействие ее различных параметров [15].

Многочисленные исследования показывают, что все семьи по-разному противостоят жизненным трудностям [7] (*Lazarus, 2001*). Для одних последствием неблагоприятных воздействий будет нарастание семейных проблем: повышение конфликтности, снижение удовлетворенности семейной жизнью, болезни, развод и пр. [16]. Другие же, напротив, под воздействием стресса увеличивают

свою сплоченность и умножают усилия для преодоления кризиса и сохранения семьи [15]. При этом тип семьи, а не наличие или отсутствие внешних и внутренних патогенных факторов определяет ее способность действовать конструктивно и справляться с жизненными проблемами [28].

В этой связи Э. Г. Эйдемиллер выделяет два типа семей: 1) семьи нормально функционирующие, 2) семьи дисфункциональные [28]. По мнению этих же авторов [28], существуют горизонтальные (нормативные) стрессоры — это критические точки прохождения семьей стадий жизненного цикла, и вертикальные стрессоры, которые подразумевают формирование, фиксацию и передачу паттернов эмоционально-поведенческого реагирования от представителей одних поколений представителям других. В некоторых случаях их действие способствует дифференциации функционирования семьи, а в иных — представляет собой патологизирующее семейное наследование [28]. Проявление горизонтальных и вертикальных стрессоров в дисфункциональных семьях, как правило, усугубляет их нарушения. Выраженная дисфункция формирует семейную роль «носитель симптома», которую принимает на себя член семьи, имеющий отличный от других членов семьи социальный статус вследствие разнообразных физических или психологических причин. В роли «носителя симптома» какой-то член семьи может выступать важным звеном в сложном механизме патологической адаптации как одного индивида с каким-либо заболеванием, так и семьи в целом [28].

Реакция адаптации на любой стрессовый фактор начинается с субъективного восприятия/оценки ситуационных характеристик и продолжается как реакция

” В России отмечается рост числа больных с онкологическими заболеваниями.

In Russia there is an increase in the number of patients with oncological diseases.



на восприятие, что обычно проявляется в виде попытки совладания с ситуацией, когда привычный или автоматический ответ на нее невозможен, что в конечном итоге приводит к формированию копинг-поведения [7] (Lazarus, 2001). Адаптация человека к ситуации оценивается не только на основе субъективного восприятия индивидом данной ситуации, но и с помощью объективных критериев. В связи этим мы включили в наше исследование методику, отражающую объективную картину взаимоотношений в семье исследуемой группы лиц с онкологическими заболеваниями [27].

Взаимодействие в психологии — процесс непосредственного или опосредованного воздействия объектов (субъектов) друг на друга, порождающий их взаимную обусловленность и связь [24] (Shpar, Rossokha, Shpar, 2005). Взаимодействие выступает в качестве интегрирующего фактора, который способствует образованию структур как внутри самой психической деятельности индивида, так и структур внутри его социальных групп (семья, трудовой коллектив, общество и т. д.). Особенность взаимодействия состоит в его причинной обусловленности, поскольку каждая из взаимодействующих сторон выступает как причина другой и как следствие одновременного влияния противоположной стороны, что обуславливает развитие объектов и их структур [28]. В связи с этим обстоятельством нами изучены типы взаимодействия в семье лиц с онкологическими заболеваниями.

3. Тест жизнестойкости С. Мадди (1984), в адаптированном русскоязычном варианте Д. А. Леонтьева и Е. И. Рассказовой (2006) [9] (Leontev, Rasskazova, 2006). Англоязычное понятие *hardiness* (по С. Мадди, 1984) Д. А. Леонтьев предложил переводить как жизне-

стойкость. Понятие жизнестойкости, с одной стороны, опирается на понятийный аппарат экзистенциально-гуманистической психологии, с другой — на прикладную психологию. Изначальным вопросом, приведшим к созданию теории жизнестойкости, был «какие психологические факторы способствуют успешному совладанию со стрессом и снижению (или даже предупреждению) внутреннего напряжения?». Было высказано предположение, что данным фактором является то, что впоследствии назвали жизнестойкостью, — это некая экзистенциальная отвага, позволяющая личности в меньшей степени зависеть от ситуативных переживаний, преодолевать постоянную базовую тревогу, актуализирующуюся в ситуации неопределенности и необходимости выбора [9] (Leontev, Rasskazova, 2006).

Жизнестойкость (*hardiness*) представляет собой систему убеждений о себе, о мире, об отношениях с миром. Это диспозиция, включающая в себя три сравнительно автономных компонента: вовлеченность, контроль, принятие риска. Выраженность этих компонентов и жизнестойкости в целом препятствует возникновению внутреннего напряжения в стрессовых ситуациях за счет стойкого совладания (*hardy coping*) со стрессами и восприятия их как менее значимых [11].

Вовлеченность (*commitment*) определяется как «убежденность в том, что вовлеченность в происходящее дает максимальный шанс найти нечто стоящее и интересное для личности». Человек с развитым компонентом вовлеченности получает удовольствие от собственной деятельности. В противоположность этому отсутствие подобной убежденности порождает чувство отвергнутости, ощущение себя «вне» жизни. «Если вы



чувствуете уверенность в себе и в том, что мир великодушен, вам присуща вовлеченность» [11].

Контроль (*control*) представляет собой убежденность в том, что борьба позволяет повлиять на результат происходящего, пусть даже это влияние не абсолютно и успех не гарантирован. Состояние, противоположное этому, — ощущение собственной беспомощности. Человек с сильно развитым компонентом контроля ощущает, что сам выбирает собственную деятельность, свой путь [11].

Принятие риска (*challenge*) — убежденность человека в том, что все то, что с ним случается, способствует его развитию за счет знаний, извлекаемых из опыта, — неважно, позитивного или негативного. Человек, рассматривающий жизнь как способ приобретения опыта, готов действовать в отсутствие надежных гарантий успеха, на свой страх и риск, считая стремление к простому комфорту и безопасности обедняющим жизнь индивида. В основе принятия риска лежит идея развития через активное усвоение знаний из опыта и последующее их использование [32].

С помощью шкал опросника определяются 4 характеристики жизнестойкости: вовлеченность, контроль, принятие риска и общий показатель жизнестойкости (собственно стрессоустойчивость). Жизнестойкость представляет собой личностную характеристику, формирующуюся в детском и подростковом возрасте, хотя теоретически ее развитие возможно и в более позднем возрасте [12].

4. Личностный опросник Леонгарда-Шмишека (1970) для взрослых, в адаптированном русскоязычном варианте В. М. Блейхера (1973). Это личностный опросник, который предназна-

чен для диагностики типа акцентуации личности, является реализацией типологического подхода к ее изучению. Опубликовано Г. Шмишеком (H. Schmieschek) в 1970 г. [23]. С помощью данной методики определяются 12 типов акцентуации личности (по классификации К. Леонгарда, 1981) [8] (*Leongard, 2009*).

Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью пакета статистических программ SPSS 17.0 (методы описательной статистики; Н-критерий Краскела-Уолиса, применяемый к независимым трем и более группам обследования с номинативными, порядковыми и количественными значениями изучаемых параметров; дисперсионный анализ; факторный анализ) [14] (*Nasledov, 2004*). Критериями анализа выступали: критерий исследования различий Н — Краскела-Уолиса (Н-критерий, U-критерий Манна-Уитни, применяемый к независимым двум группам обследования с номинативными, порядковыми и количественными значениями изучаемых параметров). В дисперсионном анализе учитывался фактор дисперсии и показатель F (стандартное отклонение) и его достоверное значение (асимптотическая значимость) [13].

Результаты исследования и их обсуждение

Исследование включало 4 этапа, о которых пойдет речь в данной статье.

На первом этапе нашего исследования мы изучили соотношения шкал стрессоустойчивости с некоторыми социально-демографическими показателями (уровень образования и занятость определенным видом деятельности по профессии или без профессии), с неко-



торами конституциональными (гендерными и возрастными) характеристиками респондентов, а также с клиническими особенностями онкологического заболевания и наличием/отсутствием определенных видов лечения данного заболевания.

Достоверных отличий количественных уровней шкал стрессоустойчивости в группах респондентов разного пола не обнаружено. Это свидетельствует об отсутствии разграничений между лицами женского и мужского пола в механизмах формирования стрессоустойчивости, т. е. механизмы стрессоустойчивости не соотносятся с гендерными отличиями субъектов, проживающих стрессовую ситуацию (тяжелое соматическое заболевание в данном случае). Результаты нашего исследования обнаружили также, что статистически достоверных отличий всех субшкал стрессоустойчивости по возрастному критерию (молодой, средний, пожилой возраст — согласно возрастной классификации Всемирной организации здравоохранения, 2016) [6] не выявлено ($p > 0,05$).

Достоверных отличий количественных уровней субшкал стрессоустойчивости в группах респондентов с разным уровнем образования (начальное, среднее, высшее) и занятием различными видами деятельности (педагоги, медицинские работники, военнослужащие, предприниматели, бухгалтеры, рабочие) не обнаружено ($p > 0,05$). Это означает, что жизнестойкость является универсальной биологической (физиологической) характеристикой, которая согласуется и/или отражает внутренние (психологические, личностные) ресурсы для совладания со стрессом в любом возрасте индивида, при любом виде деятельности, при любой профессиональной принадлежности.

Статистически достоверных отличий всех субшкал стрессоустойчивости по клиническим характеристикам онкопатологии — по локализации и стадии рака, а также по временному периоду наблюдения у врачей-онкологов, факту наличия/отсутствия оперативного лечения онкопатологии и разновидности операции — достоверных отличий не выявлено ($p > 0,05$).

Таким образом, соотношение критериев жизнестойкости с такими клиническими характеристиками рака, как локализация онкологического заболевания, стадия рака, длительность периода наблюдения у врачей-онкологов, факт наличия/отсутствия операции в лечении рака и разновидность операции, показали, что жизнестойкость не определяется этими свойствами самого онкологического заболевания, что свидетельствует о более глубоких и психологически обусловленных механизмах формирования механизмов совладания со стрессом и копинг-стратегий поведения пациентов с данными заболеваниями, которые не соотносятся с общепринятыми клиническими характеристиками онкологического заболевания.

Исключение составило лишь изучение соотношений шкал жизнестойкости с наличием/отсутствием химиотерапии в схеме лечения рака (таблица 2).

Изучение соотношений критериев жизнестойкости с наличием/отсутствием химиотерапии в схеме лечения рака обнаружило, что по показателю «наличие/отсутствие химиотерапии» обнаружены достоверные отличия по шкале «вовлеченность». Уровень вовлеченности достоверно выше у лиц, получавших курс химиотерапии в рамках лечения онкологического заболевания (U-критерий = 4,765 при $p < 0,05$) в сравнении с лицами, не получавшими курс химиотерапии.



Таблица 2

Соотношение шкал жизнестойкости с наличием/отсутствием химиотерапии в схеме лечения рака

Субшкалы теста жизнестойкости	Сумма квадратов		U-критерий Манна–Уитни
	Группа лиц с онкологическим заболеванием, у которых не было химиотерапии (n = 36)	Группа лиц с онкологическим заболеванием, у которых была химиотерапия (n = 42)	
Жизнестойкость	3963	3939	0,002
Вовлеченность	3383	4436	4,765*
Контроль	4026	3885	0,103
Принятие риска	3875	4014	0,085

Условные обозначения: * — $p < 0,05$.

Источник: составлено автором.

Это свидетельствует, на наш взгляд, о своеобразной структурной перестройке жизнестойкости как личностного свойства с переходом акцента жизнестойкости на характеристику «вовлеченность», более близкую к эмоциональной сфере. Люди с высоким компонентом вовлеченности получают удовольствие от собственной деятельности (от процесса получения химиотерапии в данном случае). Более того, вовлеченность (своеобразная эмоциональная «включенность») индивидов в процесс лечения онкологического заболевания настолько высока, что три другие характеристики жизнестойкости (собственно жизнестойкость, контроль и принятие риска) находятся на втором плане. И действительно, речь идет о заболевании, которое требует как длительного по времени лечения, так и сложного по своей лечебной нагрузке на организм вида лечения. Индивидуальная переносимость и высокая частота побочных эффектов от химиотерапевтических процедур требуют, по-видимому, активного волевого участия и эмоциональной включенности в данный вид лечения. В целом же этот факт отражает включение механизмов адаптации и активное

формирование копинг-стратегий поведения обследованных лиц, направленных на совладание со стрессом, который связан с фактом получения химиотерапевтических препаратов, часто являющихся высокотоксичными, непредсказуемыми в плане их переносимости отдельным человеком.

На втором этапе нашего исследования было изучено соотношение шкал жизнестойкости с показателями реактивной и личностной тревоги. При анализе соотношений уровня шкал жизнестойкости с реактивной и личностной тревогой получены следующие результаты (таблица 3). Достоверных отличий показателей жизнестойкости по реактивной тревоге не выявлено ($p > 0,005$). При низкой личностной тревоге выявлены достоверные отличия по шкале контроля, показатели которой достоверно выше в сравнении с уровнем других шкал (Н-критерий = 6,947, $p < 0,05$).

Это свидетельствует о значительной перестройке личностной организации и реакции личности на болезнь при диагностике у индивида онкологического заболевания и последующего лечения. При этом низкий уровень личностной



Таблица 3

Соотношение шкал жизнестойкости с личностной тревогой

Субшкалы теста жизнестойкости	Средние ранги Н-критерия Краскела–Уолиса			Н-критерий Краскела–Уолиса
	Личностная тревога низкая	Личностная тревога в пределах нормы	Личностная тревога высокая	
Жизнестойкость	49,43	37,76	39,35	1,821
Вовлеченность	55,00	37,45	38,54	4,148
Контроль	56,14	35,30	40,65	6,947*
Принятие риска	51,93	40,61	35,74	3,649

Условные обозначения: * — $p < 0,05$.

Источник: составлено автором.

тревоги свидетельствует о включении упрощенных («примитивных») по своей структуре и содержанию механизмов психологической защиты.

Существующий миф в обществе о том, что «онкологические заболевания — самые (или одни из самых) тяжелые по значимости их для продолжительности биологической жизни», приводит лиц с онкологическими заболеваниями к тому, что глубина реагирования на заболевание почти или вовсе не затрагивает личность больного. В результате способы совладания со стрессом экстремального уровня (тяжелая болезнь) носят поверхностный, и даже примитивный, характер и сводятся по большей части к волевому контролю как себя, так и окружающих людей, что ближе к «манипулятивному» поведению. Скорее всего, у таких субъектов и личностная организация в целом отличается от личностной организации субъектов, имеющих средний или высокий уровни личностной тревоги. При соотнесении характеристик субшкалы «контроль» по С. Мадди люди такого типа убеждены в том, что их борьба позволяет им повлиять на результат происходящего, пусть даже это влияние не аб-

солютно и успех не гарантирован. Такие люди имеют сильно развитый компонент контроля и ощущают, что они сами выбирают собственную деятельность, свой путь [11].

Повышенный контроль, как волевая характеристика стрессоустойчивости, имеющая деятельностный и мотивационный компоненты, запускает психические ресурсы пациентов, направленные, скорее, на две составляющие — либо на совладание с ситуацией тяжелой соматической болезни, либо на защиту от тяжелых мыслей о возможной смерти и преж-

” Лица с онкологическими заболеваниями стали моделью для изучения феномена стрессоустойчивости.

People suffering from oncological diseases became a model for studying the phenomenon of stress resistance.



Таблица 4

Дисперсионный анализ личностных особенностей по шкалам жизнестойкости

Субшкалы теста жизнестойкости	Сумма квадратов		
	Демонстративный	Эмотивный	Экзальтированный
Жизнестойкость	1731,038	1208,987	2434,154*
Вовлеченность	1531,088	1651,962	2124,134
Контроль	1436,038	1908,987	2014,114
Принятие риска	1731,038**	1908,987*	2234,414

Условные обозначения: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$.

Источник: составлено автором.

двух временного ухода из жизни. На наш взгляд, на основании только сведений о личностной тревоге и об уровне субшкалы «контроль» в структуре стрессоустойчивости трудно дифференцировать копинг-стратегии поведения, направленные на совладание с ситуацией болезни или же защиту личности от «грустных мыслей» о будущем. Полученные данные о соотношении субшкал стрессоустойчивости и низкой личностной тревоги свидетельствуют о том, что адаптационные способности и адаптационные возможности исследуемой группы лиц находятся в плоскости «личность — стрессоустойчивость — контроль», что требует дальнейшего изучения.

На третьем этапе нашего исследования был проведен дисперсионный анализ личностных свойств исследуемой группы лиц относительно отдельных шкал жизнестойкости — стрессоустойчивость, вовлеченность, контроль, принятие риска. Соотношения шкал жизнестойкости с личностными особенностями пациентов выявило ряд достоверных различий при демонстративном, экзальтированном, эмотивном типах личности. Результаты нашего исследования показали, что по шкале

«жизнестойкость» достоверное значение из дисперсии факторов выявлено по экзальтированному типу личности (сумма квадратов = 2434,154 при $p < 0,05$) (таблица 4).

Дисперсионный анализ личностных особенностей по шкале «принятие риска» выявил высоко достоверные значения дисперсии при демонстративном типе личности (сумма квадратов = 1731,038 при $p < 0,01$) и достоверные значения дисперсии при личности эмотивного типа (сумма квадратов = 1908,987 при $p < 0,05$), что свидетельствует о высокой значимости этих личностных радикалов в формировании механизмов стрессоустойчивости, связанных с эмоциональным компонентом стрессоустойчивости (таблица 4).

Это свидетельствует о том, что внешне яркие, доходящие до крайностей, иногда нелепого поведения и максимального привлечения внимания окружающих, такие личности реализуют свой способ совладания со стрессом и повышения своей жизнестойкости в ситуации соматической болезни с помощью активизации эмоциональной сферы. Личности демонстративного типа чаще других склонны к принятию решений



на уровне эмоциональных скоропалительных реакций с включением механизмов аффективного мышления, что, скорее, менее доступно для личностей другого типа. Во внешне наблюдаемом поведении это определяется как склонность к риску, когда личности другого типа не смогли бы позволить себе рисковать.

Другие свойства личности, в отличие от демонстративных личностей, лежат в основе особенностей эмотивных личностей. Эти личности, скорее, принимают риск и/или решение о рискованном поведении на стадии переживаемого ими эустресса/дистресса, когда включаются механизмы длительной вовлеченности в переживаемое событие, независимо от его положительного или отрицательного контекста. При данном типе личности, скорее, реализуется убежденность человека в том, что все события, которые с ним случаются, могут дать начало его развитию за счет приобретаемого таким образом опыта — как позитивного, так и негативного. Такие личности готовы действовать в отсутствие надежных гарантий успеха, на свой страх и риск, предполагая, что простой комфорт и бе-

зопасность обедняют жизнь индивида. В основе принятия риска лежит идея развития через активное усвоение знаний из опыта и последующее их использование на практике.

На четвертом этапе нашего исследования были изучены соотношения шкал стрессоустойчивости с социальными характеристиками индивидов (семейным статусом респондентов и микроклиматом внутри семьи).

При анализе *таблицы 5* видно, что значения средних рангов шкалы «контроль» достоверно у лиц, которые «никогда не состояли в браке», и они имеют наибольшее значение средних рангов — 64,25, а далее по уменьшению следуют лица с семейным статусом «разведен/разведена» — 43,0; «вдовец/вдова» — 38,29; «состоит в браке» — 35,93 (Н-критерий Краскела–Уолиса = 8,699 при $p < 0,05$).

Значимость семьи как «социальной оболочки» пациента, как микросоциума становится очевидной, что подтверждается обнаруженными достоверными отличиями жизнестойкости по шкале «контроль» в группе лиц «никогда не состоявших в браке». Контроль как волевая характеристика жизнестойкости

Таблица 5

Соотношение шкал жизнестойкости с семейным статусом лиц с онкологическими заболеваниями

Субшкалы теста жизнестойкости	Средние ранги Н-критерия Краскела–Уолиса				Н-критерий Краскела–Уолиса
	Состоит в браке (n = 46)	Разведен/разведена (n = 21)	Вдовец/вдова (n = 7)	Никогда не состоял в браке (n = 4)	
Жизнестойкость	39,13	39,69	34,14	52,13	1,917
Вовлеченность	40,21	37,69	31,14	55,50	3,561
Контроль	35,93	43,00	38,29	64,25	8,699*
Принятие риска	40,33	33,36	41,07	59,50	5,538

Условные обозначения: * — $p < 0,05$.

Источник: составлено автором.



” Роль социума для людей с онкологическим заболеванием имеет колоссальное значение для его повседневной жизни и для функционирования и адаптации в обществе в целом.

Society for people with cancer plays a very important role in their daily life, functioning and adaptation in society in general.

играет существенную роль в реализации механизмов адаптации и копинг-поведения в ситуации тяжелой соматической болезни. С помощью изменения своей внутренней волевой активности и принимаемых в контексте этого изменения внешних паттернов поведения (поступков) лиц, «никогда не состоявших в браке», которые, по всей вероятности, стремятся осуществлять постоянный контроль над внешней средой (внешний локус контроля). Таким образом, именно это свойство жизнестойкости — контроль — позволяет лицам, «никогда не состоявшим в браке», формировать наиболее «удачные», с их точки зрения, копинг-стратегии. При этом в происхождении и формировании копинг-стратегий поведения на основе волевого контроля, по видимому, огромная роль принадлежит именно семье, ее укладу и традициям, составу членов семьи и/или, наоборот, отсутствию семьи, отсутствию семейного уклада и семейных традиций, отсутствию рядом близких членов семьи (родителей, супруги/супруга, детей и др.), поскольку достоверно высокие показатели сред-

них рангов выявлены именно в группе лиц «никогда не состоял в браке». Полученные данные свидетельствуют еще и о том, что наличие опыта семейной жизни, в том числе отрицательного (развод, смерть одного из супругов), играет более позитивную роль для формирования механизмов стрессоустойчивости, нежели полное отсутствие такового опыта.

Эти результаты позволяют предположить, что волевая характеристика стрессоустойчивости «контроль» может оказывать конструктивное или деструктивное воздействие на микросоциальное окружение индивида как в ситуации соматической болезни, так и в ситуации соматического здоровья.

При изучении семейно обусловленного состояния (типового семейного состояния) с помощью методики Э. Г. Эйдемиллера, В. В. Юстицкиса (1999) получены следующие результаты. При анализе полученных данных выявлено, что достоверных отличий критериев жизнестойкости по показателям «нервно-психическое напряжение» в семье и «семейная тревожность» не обнаружено ($p > 0,05$). Было выявлено единственное достоверное повышение субшкалы жизнестойкости «принятие риска» в семьях, где показатель «общая неудовлетворенность» в семье отсутствует (U-критерий Манна-Уитни = 6,424 при $p < 0,05$) (таблица 6).

Субшкала жизнестойкости «принятие риска» достоверно выше в семьях, где общая неудовлетворенность отсутствует, в сравнении с семьями, в которых, наоборот, общая неудовлетворенность в семье присутствует. Это свидетельствует о том, что удовлетворение, радость, ощущение здоровья и значимости (самоценности — «я — хороший») в семье, где общая неудовлетворенность отсутствует, имеют достоверно большие проявления



Таблица 6

Соотношение шкал жизнестойкости с общей неудовлетворенностью в семье

Субшкалы теста жизнестойкости	Сумма квадратов		U-критерий Манна–Уитни
	Общая неудовлетворенность в семье отсутствует (n = 36)	Общая неудовлетворенность в семье присутствует (n = 42)	
Жизнестойкость	4225	3714	1,147
Вовлеченность	4379	3582	2,733
Контроль	3849	4037	0,181
Принятие риска	4600	3393	6,424*

Условные обозначения: * — $p < 0,05$.

Источник: составлено автором.

в сравнении с противоположными полюсами этих качеств — недовольство (неудовлетворенность), огорчение, переживание болезни, незначимости (самоценности — «я — плохой»). Соответственно, принятие риска (т. е. принятие болезни как новой ситуации в жизни лиц с онкологическими заболеваниями), готовность к неопределенности в ситуации стресса, переносятся гораздо легче, чем в семьях, в которых общая неудовлетворенность присутствует.

По представленным субшкалам диагностики семейных взаимоотношений методики Эйдмиллера Э. Г., Юстицкиса В. В. (1999) именно шкала «общая неудовлетворенность» имеет более близкое отношение к эмоциональной сфере человека [27]. Субшкала жизнестойкости «принятие риска», более близкая по своей структуре и механизмам реализации именно к эмоциональной сфере психической деятельности человека, позволяет индивиду в ситуации стресса экстремального уровня более свободно и легко переносить новые ситуации, связанные с ситуацией неопределенности (после выявления рака). Эти данные также свидетельствуют о том,

что в ситуации тяжелой соматической болезни именно эмоциональная составляющая социальной (микросоциальной) среды человека наиболее важна для человека, поскольку две другие шкалы методики «Семейно-обусловленное состояние» Эйдмиллера Э. Г., Юстицкиса В. В. (1999) — шкала «семейной тревожности» и шкала «нервно-психического напряжения» не выявили достоверных соотношений со шкалами жизнестойкости.

Это свидетельствует о том, что характеристики, описываемые шкалой «семейная тревожность» и шкалой «нервно-психического напряжения» (перегруженность обязанностями, нервно-психическая усталость, напряженность — расслабленность; спокойствие — тревожность, ощущение своей нужности-необходимости, ощущение своей уместности-ловкости), остаются на втором плане по сравнению с эмоциональной составляющей лиц с онкологическими заболеваниями, что в целом семья и обеспечивает человеку, и, особенно, больному человеку.

Таким образом, типы взаимодействия в семье как социальная характеристика микросоциума, в котором живет человек с онкологическим заболеванием, крайне



неоднородна по своим проявлениям. Достоверное соотношение семейного статуса со шкалой жизнестойкости «контроль» также согласуется с достоверным отсутствием семейного типа отношений «общая неудовлетворенность в семье» со шкалой жизнестойкости «принятие риска». Это свидетельствует о значимости и эмоциональной, и волевой составляющих, участвующих в реализации механизмов жизнестойкости, причастных к адаптации индивида в социуме (микросоциуме — семье). Две параллели — «семейный статус — контроль» и «принятие риска — «общая неудовлетворенность в семье» — отражают высокую значимость семьи как микросоциума для субъектов. Таким образом, роль социума/микросоциума для индивидов с онкологическим заболеванием имеет колоссальное значение для его повседневной жизни и для функционирования и адаптации в обществе в целом.

Выводы

1. Наше исследование показало, что отсутствуют гендерные, возрастные, образовательные и профессиональные разграничения в механизмах формирования стрессоустойчивости, что порождает значимость внутренних ресурсов индивида (личностных и процессов саморегуляции) для совладания со стрессом в ситуации онкологического заболевания. Клинические характеристики онкопатологии (локализация и стадии рака, временной период наблюдения у врачей-онкологов, факт наличия/отсутствия оперативного лечения онкопатологии и разновидность операции в случае ее проведения при лечении онкологического заболевания) так же, как и
2. В процессе химиотерапии лиц с онкологическими заболеваниями происходит перестройка структуры жизнестойкости в сторону увеличения ее эмоционального компонента — субшкалы «вовлеченность», который достоверно выше у лиц, которые получали данный вид лечения, в сравнении с лицами, не получавшими курс химиотерапии при лечении рака.
3. У лиц с онкологическими заболеваниями происходит значительная перестройка личностной организации в результате реакции личности на болезнь при диагностике у индивида онкологического заболевания и его последующего лечения. При этом у большинства лиц с онкологическими заболеваниями преобладает низкий уровень личностной тревоги, что свидетельствует о включении упрощенных («примитивных») по своей структуре и содержанию механизмов психологической защиты совладания со стрессом экстремального уровня (тяжелая болезнь).
4. У большинства лиц с онкологическими заболеваниями способы совладания со стрессом экстремального уровня (тяжелая собственная болезнь) носят поверхностный характер и сводятся по большей части к волевому контролю как себя, так и окружающих людей, что ближе к «манипулятивному» поведению.
5. Дисперсионный анализ показал, что наиболее значимый удельный вес среди 12 типов личностей (по типологии К. Леонгарда, 1981) занимают демонстративный, экзальтированный, эмотивный типы личности, которые



достоверно соотносятся с субшкалами стрессоустойчивости «принятие риска» и «общая жизнестойкость», что свидетельствует о включенности названных личностных радикалов в механизмы формирования стрессоустойчивости.

6. Наличие опыта семейной жизни, в том числе отрицательного (развод, смерть одного из супругов), играет более позитивную роль для формирования механизмов стрессоустойчивости в сравнении с полным отсутствием такового опыта. Высокий уровень волевого компонента стрессоустойчивости «контроль» достоверно соотносится с семейным статусом индивидов «никогда не был в браке», что указывает на формирование манипулятивных форм поведения у лиц с таким семейным статусом, находящихся в состоянии стресса экстремального уровня (онкологическое заболевание).
7. Принятие риска, т.е. принятие болезни как новой ситуации в жизни лиц с онкологическими заболеваниями, готовность к неопределенности в ситуации стресса, переносятся гораздо легче в семьях, где общая неудовлетворенность отсутствует, чем в семьях, в которых общая неудовлетворенность присутствует. Удовлетворение, радость, ощущение здоровья и значимости (самоценности — «я — хороший») в семье, где общая неудовлетворенность отсутствует, имеют достоверно большие проявления в сравнении с противоположными полюсами этих качеств — недовольство (неудовлетворенность), огорчение, переживание болезни, незначимости (самоценности — «я — плохой»).
8. Значимость эмоционального и волевого компонентов стрессоустойчи-

вости, участвующих в реализации механизмов жизнестойкости и причастных к адаптации индивида в социуме (микросоциуме — семье), находятся в плоскостях «семейный статус — контроль» и «принятие риска — общая неудовлетворенность в семье» и отражают высокую значимость семьи как микросоциума для субъектов в ситуации стресса, в том числе связанного с онкологическими заболеваниями.

БЛАГОДАРНОСТИ:

Выражаем благодарность ректорату ФГАОУ ВО «Южно-Уральский государственный университет (НИУ)», г. Челябинск, оказавшему поддержку в разработке исследуемой проблемы в рамках проекта 5-100.

ИСТОЧНИКИ:

1. Андреева Т.В. Социальная психология семьи. — СПб: Издательство Санкт-Петербургского университета, 2006. — 211 с.
2. Архипова И.В. Клинические и реабилитационные аспекты психических расстройств у женщин с диагнозом «рак молочной железы» на этапе хирургического лечения: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. — Томск, 2008. — 22 с.
3. Битюцкая Е.В. [Трудная жизненная ситуация: критерии когнитивного оценивания](#) // Психологическая наука и образование. — 2007. — № 4. — С. 87–93.
4. Злокачественные новообразования в России в 2014 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. — М.: МНИОИ им. П.И. Герцена филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 2016. — 250 с.



5. Ильин Е.П. Психология воли. — 2-е изд. — СПб: Питер, 2009. — 368 с.
6. Классификация возраста по ВОЗ [Электронный ресурс] // Nmo.rosmedlib. — URL: <http://nmo.rosmedlib> (дата обращения: 25.09.2017).
7. Лазарус Р.С. Краткосрочная мультимодальная психотерапия. — СПб: Речь, 2001. — 256 с.
8. Леонгард К. Акцентуированные личности. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2009. — 100 с.
9. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. — М.: Смысл, 2006. — 63 с.
10. Логинова М.В. Психологическое содержание жизнестойкости личности студентов: Дис. ... канд. психол. наук. — Москва, 2010. — 225 с.
11. Мадди С. Смыслообразование в процессе принятия решений // Смысл. — 2005. — № 6. — С. 17–21.
12. Мадди С. Смыслообразование в процессе принятия решений // Смысл. — 2005. — № 6. — С. 87–91.
13. Расчет t-критерия Стьюдента при сравнении средних величин (онлайн-калькулятор) [Электронный ресурс] // Medstatistic.ru. — URL: <http://medstatistic.ru/calculators/averagestudent.html> (дата обращения: 30.05.2016).
14. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных: Учебное пособие. — СПб: Речь, 2004. — 392 с.
15. Общение и деятельность. Общение как деятельность [Электронный ресурс] // Psyera.ru. — URL: http://psyera.ru/obshchenie-i-deyatelnost-obshchenie-kak-deyatelnost_7632.htm (дата обращения: 12.12.2015).
16. Психология семейных отношений с основами семейного консультирования. — М.: Академия, 2002. — 207 с.
17. Русина Н.А. [Адаптационные ресурсы пациентов онкологической клиники](#) // Бюллетень медицинских интернет-конференций. — 2011. — № 7. — С. 92–95.
18. Рустанович А.В., Шамрей В.К. Клиническая психиатрия в схемах, таблицах и рисунках. — СПб: ЭЛБИ-СПб, 2001. — 121 с.
19. Шкала оценки уровня реактивной и личностной тревожности (Ч.Д. Спилберг, Ю.Л. Ханин) [Электронный ресурс] // Testoteka.narod.ru. — URL: <http://testoteka.narod.ru/lichn/1/48.html> (дата обращения: 02.06.2016).
20. Урядницкая Н.А. Психологическая саморегуляция у детей с онкологической патологией: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. — Москва, 1998. — 28 с.
21. Финагентова Н.В. Психологические ресурсы в профилактике рецидивов при онкологических заболеваниях: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. — Санкт-Петербург, 2010. — 26 с.
22. Шарова О.Н. Особенности психических расстройств у женщин после радикального лечения рака молочной железы и формирование при них механизмов психологической защиты: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Челябинск, 2000. — 23 с.
23. Опросник Шмишека [Электронный ресурс] // Psylab.info. — URL: http://psylab.info/Опросник_Шмишека (дата обращения: 06.06.2016).
24. Шпарь В.Б., Россоха В.Е., Шпарь О.В. Новейший психологический словарь. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2005. — 808 с.
25. Эвнина К.Ю. [Психологическая регуляция онкологических больных: взгляд позитивной психологии](#) // Современные проблемы науки и образования. — 2014. — № 6. — С. 1527.
26. Эвнина К.Ю. Психологические аспекты трудной жизненной ситуации // Дружининские чтения: Сборник материалов XII Всероссийской научно-практической конференции. — Сочи, 2013. — С. 205–209.
27. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В. Методика «Семейно-обусловленное состояние»



(«Типовое семейное состояние») с целью диагностики семейных взаимоотношений [Электронный ресурс] // Lib.vsu.by. — Режим доступа: <http://www.lib.vsu.by/xmlui/bitstream/> (дата обращения: 23.03.2016).

28. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия: Учебное пособие. — СПб: Речь, 2006. — URL: <http://refdb.ru/look/2238032-pall.html> (дата обращения: 02.06.2016).

REFERENCES:

- Psikhologiya semeynyh otnosheniy s osnovami semeynogo konsultirovaniya* [Psychology of family relations with the basics of family counseling] (2002). Moscow: Akademiya. (in Russian).
- Andreeva T.V. (2006). *Sotsialnaya psikhologiya semi* [The Social psychology of family]. Saint Petersburg: Izdatelstvo Sankt-Peterburgskogo universiteta. (in Russian).
- Bitvutskaya E.V. (2007). Trudnaya zhiznennaya situatsiya: kriterii kognitivnogo otsenivaniya [A difficult life situation: criteria for cognitive evaluation]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie*, 4, 87–93. (in Russian).
- Evnina K.Yu. (2013). Psikhologicheskie aspekty trudnoy zhiznennoy situatsii [Psychological aspects of a difficult life situation]. In *Druzhininskiye chteniya* (P. 205–209). Sochi. (in Russian).
- Evnina K.Yu. (2014). Psikhologicheskaya regulyatsiya onkologicheskikh bolnyh: vzglyad pozitivnoy psikhologii [Psychological regulation in cancer patients: view of positive psychology]. *Modern problems of science and education*, 6, 1527. (in Russian).
- Lazarus R.S. (2001). *Kratkosrochnaya multimodalnaya psikhoterapiya* [Short-term multimodal psychotherapy (MMT)]. Saint Petersburg: Rech. (in Russian).

Leongard K. (2009). *Aktsentuirovannye lichnosti* [Accentuated personalities]. Rostov-on-Don: Feniks. (in Russian).

Leontev D.A., Rasskazova E.I. (2006). *Test zhiznestoykosti* [Resistance test]. Moscow: Smysl. (in Russian).

Nasledov A.D. (2004). *Matematicheskie metody psikhologicheskogo issledovaniya. Analiz i interpretatsiya dannyh* [Mathematical methods in psychological research. Data analysis and interpretation]. Saint Petersburg: Rech. (in Russian).

Rusina N.A. (2011). Adaptatsionnye resursy patsientov onkologicheskoy kliniki [Adaptive resources of patients with cancer]. *Byulleten meditsinskikh internet-konferentsiy*, 1(7), 92–95. (in Russian).

Rustanovich A.V., Shamrey V.K. (2001). *Klinicheskaya psixiatriya v skhemakh, tablitsakh i risunkakh* [Clinical psychiatry in charts, tables and figures]. Saint Petersburg: ELBI-SPb. (in Russian).

Shpar V.B., Rossokha V.E., Shpar O.V. (2005). *Noveyshiyy psikhologicheskyy slovar* [A Dictionary of Psychology]. Rostov-on-Don: Feniks. (in Russian).

Сведения об авторе:

Шарова Ольга Николаевна, кандидат медицинских наук; ассистент кафедры психиатрии, Южно-Уральский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения РФ; психолог-магистр, преподаватель кафедры общей психологии, психодиагностики и психологического консультирования, Южно-Уральский государственный университет; врач-психотерапевт Челябинского областного клинического центра онкологии и ядерной медицины
E-mail: onsharova@yandex.ru

