Министерство здравоохранения РФ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М.СЕЧЕНОВА

Факультет высшего сестринского образования и психолого-социальной работы

Отделение клинической психологии

**Кафедра педагогики и медицинской психологии**

|  |
| --- |
| ДОПУЩЕН К ЗАЩИТЕ |
| Заведующий кафедрой |
| профессор, д.психол.н. |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Творогова Н.Д. |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Выпускная квалификационная (дипломная) работа на тему:**

**«ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОПИНГ СТРАТЕГИЙ И ЗАЩИТНЫХ МЕХАНИЗМОВ У ЛЮДЕЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ»**

Специальность **37.05.01** – Клиническая психология

Руководитель

Доцент, кандидат психологических наук Васина Александра Николаевна

Студент – дипломник

Клиническая психология, группа 07–02 Климашева Татьяна Дмитриевна

Москва – 2017

Содержание

[Введение 3](#_Toc462093654)

[Глава 1 Теоретические основы психологических особенностей больных с онкологическими заболеваниями 7](#_Toc462093655)

[1.1 Психологические аспекты онкологического заболевания 7](#_Toc462093656)

[1.2 Копинг-стратегии у онкобольных 17](#_Toc462093657)

[1.3. Особенности защитных механизмов у онкобольных 30](#_Toc462093658)

[1.4. Выводы 38](#_Toc462093659)

[Глава 2 Эмпирическое исследование психологических особенностей онкобольных 41](#_Toc462093660)

[2.1 Описание испытуемых 41](#_Toc462093661)

[2.2. Методики исследования 42](#_Toc462093662)

[2.3. Результаты исследования 46](#_Toc462093663)

[2.4. Анализ полученных данных 69](#_Toc462093664)

[2.5. Выводы 79](#_Toc462093665)

[Заключение 82](#_Toc462093666)

[Список литературы 87](#_Toc462093667)

[Приложения 98](#_Toc462093668)

# Введение

**Актуальность исследования**

В последние десятилетия во всем мире отмечается тенденция устойчивого роста онкологической заболеваемости. Так, по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в 2012 году в мире было зарегистрировано 14 млн. новых случаев рака и ожидается, что эта цифра достигнет 22 млн. в ближайшие два десятилетия. В мире онкологические заболевания как причина смерти занимают третье место [61]. В России, согласно данным Росстата за 2016 год, новообразования занимают второе место среди причин смертности населения. В 2015 от онкологических заболеваний умерло 148,4 тыс. человек, а на 1 июля 2016 года эта цифра составила уже 148,2 тыс. человек [11].

Несмотря на успехи, достигнутые в последние годы в изучении вопросов этиологии и патогенеза онкологических заболеваний, в разработке и применении новейших лекарственных препаратов и методов лечения, их распространенность остается по-прежнему высокой, что обуславливает актуальность изучения факторов, влияющих на течение и прогноз онкозаболеваний. Важнейшую роль в этом играют не только локализация и тяжесть раковой опухоли, но и психологические особенности больных.

В настоящее время механизмы патогенеза онкологических заболеваний рассматриваются в связи с нарушением адаптационной системы личности, которая во многом регулируется и обеспечивается механизмами психологической защиты и копинг-поведением [31, 39, 44, 46, 92, 101 и др.]. Механизмы психологической защиты, определяют тип отношения к болезни, а, следовательно, такие ее параметры, как протекание и исход. Копинг рассматривается в связи с психологическими ресурсами личности и понимается как определенные способности, знания и умения человека, позволяющие ему эффективно справляться с требованиями среды. Это умение понимать ситуацию, прогнозировать собственное поведение и поведение окружающих, нести ответственность за свои действия. Особенностями совладающего поведения определяется успешность адаптации к жизненным стрессам, в том числе и к онкологическим заболеваниям.

Данная проблема достаточно широко представлена в научной литературе, однако некоторые ее аспекты недостаточно изучены. Так, крайне мало исследований, направленных на изучение соотношения различных механизмов психологических защит и стратегий совладания с болезнью у онкобольных с разным отношением к лечению. Это вносит новизну в изучение данной проблем и имеет важное практическое значение в плане формирования установки на лечение путем коррекции неадаптивного совладания с болезнью.

**Цель исследования**: выявить особенности защитных механизмов и копинг-стратегий у больных онкологическими заболеваниями, а так же их влияние на отношение к лечению.

**Объект:** больные онкологическими заболеваниями.

**Предмет:** копинг стратегии и защитные механизмы людей больных онкологическими заболеваниями.

**Гипотезы исследования**:

1) онкобольные, как и здоровые люди, в стрессовой ситуации используют как пассивные, так и активные механизмы психологической защиты, но иерархия, напряженность и репертуар этих защит различен;

2) существуют различия в структуре и напряженности, как неосознаваемых механизмов психологической защиты, так и осознаваемых способов совладания со стрессом у больных с разным отношением к болезни.

**Задачи**:

1. Рассмотреть психологические аспекты онкологического заболевания.

2. Провести анализ теоретического и эмпирического материала, освещающего особенности совладающего поведения у онкологических больных.

3. Проанализировать существующие подходы и эмпирические данные об особенностях механизмов психологической защиты у онкобольных.

4. Провести эмпирическое исследование особенностей копинг-стратегий и механизмов психологической защиты у онкологических больных в сравнении со здоровыми людьми.

5. Провести эмпирическое исследование особенностей копинг-стратегий и механизмов психологической защиты у онкологических больных с разным отношением к болезни.

**Теоретико-методологическая база исследования**: подходы к понятию механизмов психологической защиты и их влиянию на адаптацию к стрессу (З. Фрейд, Р.М. Грановская, Р.Р. Набиуллина, Л.Ю. Субботина, В.А. Усталов, A.A. Налчаджан, А.Г. Амбрумова, Е.С. Романова, Т.Б. Киршбаум и др.); подходы к понятию и сущности совладающего поведения (Л. Мерфи, Н. Хаан, А. Биллингс, Р. Моос, Р. Лазарус, С. Фолькман, К.А. Абульханова, Т.Л. Крюкова, Е.В. Либина, Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский и др.), эмпирические исследования особенностей психологической защиты и копинг-поведения онкологических больных (М.В. Кукина, Л.М. Махнач, Д.В. Московченко, Н.А. Русина, Н.А. Сирота, Б.А. Фетисов и др.).

В работе была использована совокупность теоретических и эмпирических **методов исследования**: методы теоретического анализа и синтез научной литературы по проблеме исследования, систематизация и обобщение имеющихся представлений по данной проблеме, эмпирические методы (наблюдение, тестирование). Количественный анализ полученных данных осуществлялся с помощью методов математической статистики.

**Эмпирическая база исследования**: в исследовании приняли участие 80 испытуемых в возрасте от 30 до 55 лет. Из них 40 больных раком органов пищеварительной системы 1-й и 2-й стадии и 40 мужчин и женщин того же возраста, не страдающие онкологическими и другими тяжелыми соматическими заболеваниями.

В работе были использованы следующие  **методики**:

1. Методика ИЖС (индекс жизненного стиля) Р. Плутчик в адаптации Л.И. Вассермана, О.Ф. Ерышева, Е.Б. Клубовой и др.

2.. Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ) Р. Лазаруса и С. Фолкмана в адаптации Л.И. Вассермана и др.

3. Методика «Индикатор копинг-стратегий» Дж. Амирхана.

**Структура работы**: работа состоит из введения, двух глав, заключения, библиографического списка и приложений.

# Глава 1 Теоретические основы психологических особенностей больных с онкологическими заболеваниями

# 1.1 Психологические аспекты онкологического заболевания

В исследовании психологических аспектов онкологических заболеваний можно выделить два направления – психосоматическое и соматопсихическое. Первое направления изучает психологические факторы и особенности личности, предрасполагающие к раку, второе – психические реакции на онкологическое заболевание.

К психологическим факторам, детерминирующим рак, относят стресс [57, 84, 86, 98 и др]. Так, например, в исследовании, проведенном в течение 4,5 лет Центром рака греческого отдела социального обеспечения в Афинах, исследователи обнаружили, что, как правило, возникновению рака предшествует травматическое событие жизни, как правило. Авторы [81] получили результаты, показывающие, насколько психологический стресс влияет на развитие рака груди. В ходе исследования была выявлена статистически значимая положительная корреляция между раком молочной железы со следующими психотравмирующими событиями: смерть любимого человека, неожиданное изменение образа жизни, постоянные конфликты в семье, финансовые проблемы, неудовлетворительная половая жизнь, консультации с психиатром и аллергии.

Подтверждение роли стресса в возникновении рака получено в исследовании, проведенном учеными Хельсинского университета (K. Lillberg, P.K. Verkasalo, J. Kaprio, L. Teppo) [86]. Обследовав почти 11 тысяч женщин с раком молочной железы, учеными было обнаружено, что во всех случаях началу онкологического заболевания предшествовала психотравмирующая ситуация. Это позволило авторами утверждать, что независимо от общего числа событий в жизни, - развод / расставание, смерть мужа, смерть близкого родственника или друга - связаны с повышенным риском развития рака молочной железы.

Однако, как указывают D.M.Lamkin и G.M. Slavich [84], большинство современных исследований свидетельствует о том, что никакой достоверной связи между стрессом и заболеваемостью раком не существует, т.е., само по себе психотравмирующее событие не ведет к возникновению рака. Это подтверждено, например, в исследовании, проведенном N.R. Nielsen [92], показывавшем, что высокий уровень стресса снижает вероятность развития рака молочной железы. В связи с этим, есть точка зрения, что роль в развитии рака играют личностные особенности, способствующие или препятствующие совладанию со стрессом. Поэтому стресс-копинг, личностные черты, связанные с устойчивостью к стрессу, а также использование неправильных стратегий борьбы с ним, стали признаны важными факторами в развитии рака [59, 62, 76, 83, 103 и др.]

Так, S. Greer и Т. Morris [76] обнаружили связь между склонностью к подавлению эмоций (в первую очередь гнева) и стрессовым событием в жизни, предшествующим возникновению и развитию рака. На основании полученных результатов авторы сделали вывод о том, что причиной рака является модель поведения, сохраняющаяся на протяжении всей взрослой жизни, и выражающаяся в ненормальном высвобождении эмоций в виде крайнего подавления гнева и других чувств. Это подтверждает и D. Brodie [64], по мнению которого, подавленный гнев является наиболее распространенной эмоциональной особенностью онклогических больных в целом и встречается почти в каждом случае рака.

Также существует точка зрения, что есть определенные личностные черты, обуславливающее реакцию на стресс и способствующие восприимчивости к раку. Данный аспект был предметом внимания еще в античности. Так, Клавдий Гален, считал, что меланхоличные женщины более склонны к развитию рака, чем были женщины-сангвиники [84].

Ранние психосоматические теории предполагали, что фактором риска развития рака является выраженная экстраверсия и низкий нейротизм [58, 83], что было опровергнуто результатами других исследований [90, 97] . Например, S. Moorey и S. Greer [89], изучившие личностных особенности около тысячи пациентов показателям нейротизма, экстраверсии и психотизма, не обнаружили связи ни одной из личностных характеристик и риском развития рака. Как указывают S. Moorey и S. Greer [89], результаты других исследований по изучению связи между личностными особенностями и заболеваемости раком или смертности были противоречивыми. Из шести ретроспективных исследований, зарегистрированных на 2002 год, в четырех обнаружена статистически значимая связь риска рака молочной железы и легких с высокими показателями экстраверсии, низкими показателям невротизации и личностной тревожности. Два других исследования не обнаружили никакой связи между личностными характеристиками и раком груди или желудка рака. Из десяти перспективных когортных исследований, пять выявили статистически значимую связь между поведением типа А личности и безнадежности и раком, а также между низкой эмоциональностью. Остальные пять перспективных исследований не обнаружили статистически значимую связь между личностью риском онкологического заболевания.

На основании этих и своих исследований, S. Moorey и S. Greer сделали вывод, что полученные ими данные не подтверждают гипотезу о том, что личность является фактором риска заболеваемости раком. Связь между невротизацией и онкологическим заболеванием может быть следствием, а не причиной, диагностики рака или его симптомов.

Исследование, проведенное C.L. Cooper и E.B. Faragher [67, 68], показало, что предрасполагающими к раку молочной железы факторами являются стратегий совладания с трудными жизненными ситуациями и личности диспозиции. Роль совладающего поведения подтверждена с другими многими другими исследователями [65, 69, 88 и др.].

Таким образом, данные о роли личностных особенностей в развития рака противоречивы. Тем не менее, D. Brodie [64] считает, что существует тип личности, предрасположенный к раку, психологическими особенностями которого являются:

- подавление как положительных, так и отрицательных эмоций;

- склонность принимать на себя дополнительные обязанности и ответственность, даже если они вызывают стресс;

- отрицательная реакция на стресс, и, часто, неспособность адекватно справиться со стрессом;

- пессимизм;

- склонность к депрессиям и безнадежности;

- чрезмерное беспокойство о других;

- стремление всем угодить и др.

D.M. Lamkin и G.M. Slavich [84] считают неправомерным рассматривать отдельно стресс, личность пациента и стили его поведения как факторы развития рака. По их мнению, все эти факторы связаны и должны учитываться в комплексе. Также данные авторы отмечают, что онкологическое заболевание само по себе является сильным стрессом для больного, и выявляемые в различных исследованиях личностные особенности и поведенческие стратегии могут быть не преморбидными особенностями, а реакцией на этот стресс. Стресс, связанный с заболеванием, в сочетании с другими психосоциальными факторами, оказывает определенное влияние на течение болезни.

Так, согласно D.M. Lamkin и G.M. Slavich, несколько психосоциальных факторов, включая психологический стресс, беспокойство, враждебность, отсутствие эмоционального выражения, низкое качество жизни в целом, семейные проблемы и др. связаны с более коротким временем выживаемости у больных раком. Характер этих отношений является сложным, но, как некоторые исследования показали, что низкое качество социальной поддержки, более высокой тревожности и более высокой враждебности связаны с более высоким коэффициентом выживаемости [84].

К. Саймонтон [40] к типичным реакциям онкологических больных на стресс относит отказ от борьбы и ощущение полной беспомощности.

М.Г. Ивашкиной [13] получены данные о том, что большинству онкологических больных (независимо от разновидности заболевания) свойственны специфические психологические черты инфантильности (склонности занимать детскую позицию), отличающие их от других групп соматических больных и контрольной группы. Эти черты выстраиваются в психологический «профиль», захватывающий базовые основания личности. Отдельные черты личностной незрелости формируются и проявляется еще до начала заболевания.

Психические состояния, как реакция на заболевание, описаны Е.Ф. Батиным и А.В. Гнездиловым [по: 49]. На первом этапе, после того, как больной узнает в диагнозе, такие реакции часто проявляются в виде тревожно-депрессивного синдрома, включающего выраженную тревогу, общее беспокойство, страх, чувство безнадежности, бессмысленности существования, мысли о неизбежной и скорой смерти. Реже наблюдаются беспричинные вспышки ярости и гнева, тоскливо-злобной настроение, часто скрывающие тревогу и страх. Интенсивность переживаний несколько снижается после госпитализации. На этом этапе преобладает дисфорические, тревожно-депрессивные, тревожно-ипоходдрические и обессивно-фобические симптомы. Перед операцией домирирующей реакцией является страх, а после операции выраженность негативных переживаний резко снижается и на первый план выходит астеноипохондрический синдром. После выписки из больницы у больных наблюдается стремление к самоизоляции, негативное отношение к привычным ранее развлечениям, утрата интереса к внутрисемейным делам, избегание ситуаций, связанных с эмоциональными переживаниями.

Однако больные по-разному реагируют свое заболевание, узнав о диагнозе, и по-разному включают я в лечебный процесс. S.Moorey и S. Greer [89] объясняют когнитивными моделями перестройки и преодоления. Одни больные после начального периода замешательства, понимая все последствия и прогноз, чувствуют, что в состоянии справиться с раком, активно участвуют в лечении и верят в его успешность. Другие пациенты, не в силах думать ни о чем, кроме рака, узнав о возможности рецидива, рассматривают рак не просто как угрозу для здоровья, но и как смертный приговор, не веря в лечение и часто отказываясь от него [89, с.11].

Согласно S. Greer [74] первоначально диагноз рака рассматривается больным как катастрофическая угроза, эквивалентная смертному приговору. Начальный период характеризуется беспорядком и хаотическим беспорядком мыслей и чувств, эмоциональной лабильностью от острых эмоциональных реакций до ослабления. С познавательной точки зрения это - результат основных убеждений о «именно со мной такого не может произойти». Дальнейшие изменения психического состояния больного будут зависеть от его отношения к болезни. В начале больной не понимает, что происходит. В первые недели и месяцы после диагноза рака, пациенты начинают отвечать на три жизненных вопроса: насколько велика угроза, что можно сделать и какой прогноз? [89]

Свою болезнь пациенты могут рассматривать 1) как вызов, 2) как серьезную угрозу, которая может подавить или уничтожить,3) как вред, потери или поражения, 4) отрицание или отказ признать, что угроза существует [89].

Согласно А.Ш. Тхостову [48] личностный смысл болезни может иметь негативный, позитивный и конфликтный характер. Негативный или преградный смысл болезни характеризуется тем, что болезнь представляет собой условие, препятствующее реализации жизненных мотивов. Позитивный смысл болезни, в отличии от зарубежных концепций рассматривается исследователем с позиции «рентных мотив», позволяющих снять ответственность, избежать нежелательной деятельности. В свою очередь конфликтный смысл болезни отражает борьбу мотив, невозможность сделать определенный выбор. Разрешение конфликта между мотивами зависит от степени сформированности, дифференцированности смысловых образований: чем стабильнее смысловые образования, тем меньше вероятности сужения круга интересов личности в условиях конфликтного смысла заболевания.

S.Moorey S. S. Greer [89] отмечают, что личный смысл рака для человека, является важным фактором в определении их адаптации к болезни.

Р.С. Лазарус и С. Фолкман [85] внесли значительный вклад в понимание того, как люди справляются со стрессом, демонстрируя роль оценок в процессе преодоления стресса. Помимо первичной оценки характера стресса, происходит вторичная оценка. Это соответствует второму вопросу: Что я могу с этим поделать? Пациенты отличаются в своих представлений о том, насколько они, или кто-либо, может контролировать или изменить процесс болезни. Ответ на третий вопрос (Что такое прогноз?) Возникает из ответов на первые два вопроса. Если болезнь представляет собой сложную задачу, которая может быть решена, пациент чувствует себя оптимистично. Если это рассматривается как потеря, развивается ощущение беспомощности. Закономерности мыслей, чувств и поведения, связанных с этими оценками представляют стиль совладания с болезнью [89].

Когнитивной оценке придается решающее значение в процессе активизации копинг-поведения. Согласно теории оценки, в угрожающей или опасной ситуации человек будет использовать эмоционально-ориентированные стратегии копинг-поведения. Когда ситуация оценивается как контролируемая, воспринимаемая как вызов, обращенный к потенциальным ресурсам личности, согласно концепции Р. Лазаруса и С. Фолкмана, человек чаще будет использовать проблемно-ориентированные стратегии копинг-поведения, которые направлены на изменение сложившейся ситуации.

S. Greer и М. Watson [75] определили пять общих стилей отношения к болезни: боевой дух Или дух борьбы), недопущение или отказ, фатализм, беспомощность и безнадежность, тревожная поглощенность.

Больной с преобладание духа борьбы относится к болезни как к вызову и верит в положительный исход. Такие больные активно, но не чрезмерно, ищут информацию о возможности излечения, принимая активное участие в лечебном процессе и пытаются жить нормальной жизнью, насколько это возможно. Рассматривая диагноз как вызов, больной может в определенной степени контролировать стресс и рассматривать прогноз как оптимистичный [75].

При доминировании стиля недопущения или отказа больной отрицает последствия заболевания. Ощущение угрозы от диагноза сведено к минимуму и, следовательно, вопрос контроля над болезнью не имеет никакого значения, и прогноз рассматривается как хороший. Отношение отрицания сопровождается поведением, которое сводит к минимуму влияние болезни на жизнь пациента. Как правило, эти пациенты не выполняют всех рекомендаций врача, откладывают химиотерапию или отказываются от нее и т.д. [89].

При фаталистическом стиле отношения к болезни, она воспринимается как относительно небольшая угроза, не существует никакого контроля, которое может быть оказано в связи с ситуацией, и к последствиям отсутствия контроля пациенты относятся равнодушно. Для них характерно пассивное восприятие, а активные стратегии по борьбе с раком отсутствуют. Типичным высказываем таких больных «Это все в руках врачей / Бога / судьбы».

При беспомощном и безнадежном стиле отношения к болезни пациент подавлен и охвачен масштабностью угрозы рака. Диагноз рассматривается в качестве серьезной угрозы, утраты или поражения. Больные убеждены, что не могут контролировать ситуацию и плохой прогноз воспринимает как уже случившееся. Активные стратегии для борьбы с раком отсутствуют, а также снижена деятельность в целом. В основном, пациент отказывается от борьбы с болезнью, не видя в этом смысла.

Если у больного доминирует стиль совладающего поведения в виде тревожного беспокойства, поведение направлено на навязчивый поиск возможности исцеления. Больной постоянно сосредоточен на своей болезни, любые физические симптомы немедленно интерпретируются как признаки ухудшения состояния или новой болезни. Такие пациенты постоянно разыскивают информацию о раке и альтернативных способах лечения. Диагноз представляет собой серьезную угрозу, при этом больные не уверены, что могут контролировать ситуацию, и будущее видится как непредсказуемое [89].

Существуют экспериментально подтвержденные данные о том, что эти стили отношения к раку связаны с психологической адаптацией и прогнозом болезни. Более благоприятный прогноз исследователи связывают со стилем совладающего поведения «Боевой дух» [79, 100].

Не смотря на различия в отношении к болезни, для всех онкологических больных характерными являются негативные психические состояния, которые связаны, в основном, с угрозой смерти. Так, Д.Н. Московченко [31] указывает, что в целом, у больных раком молочной железы отмечается довольно высокая частота встречаемости психических расстройств, значительные повышения по шкалам депрессии в сравнении с нормативной выборкой. Для больных этим видом рака характерны ипохондрические расстройства, синдром невротической деперсонализации [55]. Но, хотя угроза возможной смерти является самой серьезной угрозой, но не единственной в развитии рака. Справиться с проявлениями болезни иногда может оказаться более трудным, чем со страхом смерти, - симптомы и лечение рака могут быть болезненным, изнурительным и вызвать страдания [89]. Даже если лечение относительно успешно, оно иногда имеет серьезные последствия для внешнего вида, начиная от временной потери волос от лучевой терапии и химиотерапии до постоянного изменения после хирургического лечения, что также влияет на психику больного. Например, уровень депрессивного настроения у женщин, перенесших мастэктомию, по сравнению с больными, подвергшихся секторальной резекции статистически достоверно выше [31].

Таким образом, стиль совладания с болезнью во многом определяет течение и прогноз заболевания, что объясняет актуальность изучения копинг-стратегий людей с онкологическими заболеваниями

# 

# 1.2 Копинг-стратегии у онкобольных

Прежде, чем рассматривать особенности совладающего поведения у людей с онкологическими заболеваниями, необходимо уточнить понятие копинг-стратегий.

Изучение совладающего поведения берет свое начало в рамках концепции стресса и адаптации, которому посвящен ряд работ зарубежных исследователей (Г.Селье [42], Р.С. Лазаруса, С. Фолькмана [85]). Термин совладание появился сравнительно недавно и употребляется наряду с другими речевыми оборотами - копинг (от английского «соре» - «справляться, совладать») и преодолевающее поведение [7, 33].

Сегодня в психологии существует три концепции к изучению совладающего поведения: эго-центрированная (психодинамическая), диспозиционная (ресурсная) и когнитивная (стрессо-ориентированная) [3].

В эго-центрированная (психодинамическая) концепция содержание совладающего поведения представлено психологической защитой, целью которой является уменьшения напряжения личности для сохранения ее внутреннего баланса [51]. Подробно механизмы психологической защиты будут рассмотрены в следующем параграфе.

В рамках диспозиционной (ресурсной) концепции совладающее поведение определяется наличием определенных предпосылок, свойств и способностей личности, иначе говоря, ресурсами.

Понятие «ресурс» используется в различных областях знаний. Обычно этим понятием обозначают источники или средство, с помощью которого человек осуществляет свою деятельность [3]. В психологии к ресурсам относят все то, что позволяет решать определенные жизненные задачи (адаптации, саморегуляции, самореализации, совладания) легче и эффективнее. Д.А.Леонтьев [23] трактует ресурсы как индивидуальные особенности, благодаря которым задача мобилизации личности при адаптации к стрессу решается легче или труднее. Близким по смыслу является понятие адаптационного потенциала личности, который определяется как системное свойство, как способность личности к структурным и уровневым изменениям (под влиянием адаптогенных факторов) качеств и свойств, что повышает ее организованность и устойчивость [5], как интегральная переменная, объединяющая биологические свойства и качества, индивидуально-психологические и социальные, используемые личностью для образования и осуществления новой модели поведения в изменяющихся условиях жизнедеятельности [28].

Теоретическими предпосылками ресурсного подхода являются ресурсная модель, в которой речь идет о расходовании и восстановлении ресурсов применительно к процессам саморегуляции [19].

Выделяют три больших класса ресурсов: физиологические (состояние физического здоровья и тип нервной системы, обуславливающий адаптацию к стрессу), психологические (особенности личности, характера, способностей), социальные (социальная поддержка) [18].

К психологическим ресурсам относят:

- устойчивость как удовлетворенность своей жизнью, ее осмысленность, чувство связности [63], субъективная витальность [80];

- саморегуляция, в которую включена каузальная ориентация, локус контроля, самоэффективность, ориентация на состояние и действие, толерантность к неопределенности, склонность рисковать, рефлексия, оптимизм, жизнестойкость и другие параметры [1, 26, 41];

- мотивация как энергетический потенциал действий субъекта индивида по совладанию со стрессом [5];

- компетенции, представляющие собой навыки операциональной системы деятельности, стереотипное реагирование на ситуации, механизмы психологической защиты [16, 19, 25].

Важным моментом в регуляции совладающего поведения является не только наличие ресурсов, но и их взаимодействие или компенсация. Поэтому суть ресурсного подхода заключается в том, что эффективное сохранение психического и физического здоровья некоторыми людьми и их адаптация к различным сложных жизненных ситуаций объясняется удачным «распределением ресурсов». В рамках данного подхода, широко используется термин «ключевой ресурс», который является системообразующим для всех остальных ресурсов, позволяя субъекту управлять другими ресурсами и успешно адаптироваться [19].

Е.А. Сергиенко [43] рассматривает индивидуальные ресурсы как основу контроля поведения, включающего три подсистемы: когнитивный контроль (опирающийся на интеллектуальные ресурсы), эмоциональную регуляцию (с использованием эмоциональных ресурсов) и произвольный/волевой контроль (в основе которого лежат волевые ресурсы). При этом сочетание ресурсов имеет сугубо индивидуальный характер. В понятие «когнитивный контроль», помимо стилевых особенностей (когнитивных контролей), автор включает особенности интеллекта (как совокупной способности, проявляющейся в особенностях гнозиса, мнестических процессов, операций мышления). Именно трудные ситуации позволяют выявить различия в контроле поведения и в индивидуальных ресурсах субъекта.

Таким образом, ключевым для понимания ресурса является факт связи в ментальном опыте субъекта данного конкретного объекта, свойства с полезностью для преодоления и эффективностью деятельности. Ресурс должен быть результатом опыта проживания трудных жизненных ситуаций. Осознанность ресурса (ресурсной роли) и полезный эффект для совладающего поведения являются важнейшими характеристиками ресурса [36].

Сложность совладающего поведения и его детерминация различными факторами приводят к мысли о том, что индивидуальные ресурсы должны быть определенным образом организованы и представлять собой систему. Системообразующим фактором совладающего поведения, по мнению одних авторов, может быть эффективность совладания [36], по мнению других - интегрирующий в себе ресурсы субъект [43].

Таким образом, существуют некоторые свойства системы ресурсов совладающего поведения, таких как динамичность (постоянное изменение в зависимости от условий), связь с устойчивостью и уязвимостью личности, уровневая и иерархическая организация, специфичностью и универсальность.

Когнитивная концепция совладания со стрессом базируется на идее о том, что основу совладающего поведения составляет субъективная оценка происходящих событий (Р.С. Лазарус, С. Фолкман [85], Т.Л. Крюкова [18, 19], Е.В. Куфтяк, М.В. Сапоровская [21], С.А. Хазова [52]).

Р.С. Лазарус и С. Фолькман [85] рассматривают два вида совладания или копинга. Первый - проблемно-ориентированный копинг, когда усилия направлены на решение проблемы, второй - эмоционально-ориентированный копинг, когда усилия направлены на изменение собственного отношения к ситуации. Рациональное разрешение конфликта в проблемно-ориентированном совладании может осуществляться конкретными действиями. Этот стиль поведения может проявляться как планирование решения проблемы, попытки найти информацию, связанную с решением проблемы, а также поиск социальной поддержки.. По мнению этих ученых, копинг реализует функцию регуляции эмоций (эмоциональный копинг) и управление дистрессовой проблемой (проблемно-ориентированнь1й копинг) Оба вида копинга важны и могут иметь чрезвычайно, полезные последствия для физического и психического-здоровья.

Согласно подходу Р.C. Лазаруса и С. Фолькмана [85] процесс когнитивной оценки стрессовой ситуации включает в себя:

1) Первичную оценку, существующую в трех видах: благоприятная: предвосхищаемый исход события воспринимается как благополучный; незначимая: происходящее не несет угрозы благополучию, но и не происходит ничего значимого; стрессовая, которая может быть связана с потерей, угрозой или вызовом. Оценка, названная «ущерб/потеря», предполагает, что пострадало благополучие личности (в ситуациях болезни, утраты отношений с близким человеком и др.). Оценка «угроза» означает прогнозирование субъектом неприятных событий. Оценка «вызов» также связана с предвосхищаемыми ситуациями, но при этом на первый план выступают возможные достижения, приятные эмоции, положительные приобретения. Эта оценка предполагает контроль над собой, своими эмоциями, и над условиями внешней среды.

2) Вторичную оценку, связанную с анализом возможностей изменения ситуации, планированием своих действий, прогнозированием последствий при разных вариантах развития событий.

3) Переоценку ситуации, которая основывается на анализе динамики ситуации и сопоставлении ее с действиями, направленными на ее преодоление.

Совладание как осознанное преодоление проблем имеет свои задачи, среди которых выделяют развитие ресурсного потенциала личности, получение жизненного опыта преодоления проблем, повышение самооценки, а также улучшение межличностного взаимодействия [18].

В современной отечественной психологии совладающее поведение чаще рассматривается с позиции интегративного подхода, т.е. с учетом личностных факторов субъекта совладания, ситуационных, социокультурных и регулятивных и определяется как целенаправленное поведение субъекта, устраняющее или уменьшающее вредное воздействие стресса адекватными личностным особенностям и ситуационным характеристикам способами [19].

Т.Л. Крюкова [18, 19] рассматривает совладающее поведение c позиции субъектного подхода как осознанное, целенаправленное поведение субъекта, позволяющее совладать с проблемой и стрессом адекватными ресурсами и способами. Совладающее поведение может быть направлено на активное взаимодействие с ситуацией – изменение ситуации (поддающейся контролю) или приспособление к ней (если ситуация не поддается контролю). «Следует особо отметить, что совладание - это процесс, в котором на разных его этапах субъект использует различные стратегии, иногда даже совмещая их. При этом не существует таких стратегий, которые были бы эффективными во всех трудных ситуациях» - подчеркивает Л.И. Анцыферова [2, с.16].

К критериям совладания как поведения субъекта Т.Л. Крюкова [19] относит следующие: осознанность (в этом автор подчеркивает отличие данного вида поведения от реактивного и защитного поведения), целенаправленность, контролируемость (способствующие устранению, преобразованию или приспособлению к трудной ситуации), неразрывная связанность и направленность на трудную (стрессовую) ситуацию – адекватность ситуации, моменту времени (своевременность); регуляция уровня стресса; значимость последствий выбора данного поведения для психологического благополучия субъекта; социально-психологическая обусловленность совладания (принадлежность как индивидуальному, так и групповому субъекту); возможность обучения этому виду поведения, подготовка, «закаливание» перед жизненными трудностями.

Основной функцией совладания считается не только защита субъекта от прямого воздействия стресс-факторов, но и поддержание его чувства самоценности, сохранение связи прошлого и будущего, восстановлении дострессового уровня активности субъекта [19]. Среди задач совладания как осознанного процесса Т.Л. Крюкова выделяет снижение (минимизацию) негативного влияния ситуации, восстановление и поддержание активности и адаптивности субъекта, преобразование жизненной ситуации и приспособление к ней, поддержание позитивного образа «Я», тесного контакта с социумом и эмоционального равновесия [20].

Таким образом, можно сказать, что психологическое значение совладания состоит в том, чтобы как можно лучше адаптировать субъекта к требованиям ситуации, дать ему возможность овладеть ею, снизить ее требования и постараться погасить стрессовое действие ситуации. Следовательно, главная задача совладающего поведения - обеспечение и поддержание благополучия человека, его физического и психического здоровья и удовлетворенности социальными отношениями.

В таком поведении происходит выбор стилей и стратегий (копинг-стратегий), основанный на внутренних ресурсах человека, определяющий успешность адаптации [52]. Стили и стратегии совладающего поведения формируются и развиваются в процессе всего онтогенеза. Активное становление стиля совладающего поведения приходится на подростковый возраст. Следовательно, в зрелом возрасте стиль совладающего поведения уже является довольно устойчивой личностной характеристикой [25, 52]. Одной из наиболее распространенных в психологии совладающего поведения классификаций является классификация копинг-стратегий, предложенная Р.С. Лазарусом и С. Фолкман [71, 85], которые, как указывалось выше, выделяют: проблемно-ориентированный и эмоционально-ориентированный копинг. На основе данного разделения ими были выделены следующие ситуативно-специфические стратегий совладания с трудными ситуациями: конфронтативный копинг; самоконтроль; дистанцирование, бегство-избегание; принятие отвественности; поиск социальной поддержки; планирование решения проблемы; положительная переоценка.

В целом авторы считают, что проблемно-ориентированные копинг-стратегии связаны с большей эффективностью деятельности и субъективно оцениваются как более эффективные, чем эмоционально-ориентированные копинг-стратегии [85].

Т.Л. Крюкова [18] среди всего разнообразия возможных способов поведения человека в трудной ситуации отмечает конструктивные и неконструктивные способы. Конструктивные способы решения проблемы включают в себя: обращение за помощью к другим людям, достижение цели своими силами тщательное осмысление проблемы и возможных путей ее решения, переоценку проблемной ситуации, изменения в самом себе. Неконструктивные стратегии поведения представляют собой различные способы психологической защиты вплоть до полного вытеснения проблемы, импульсивное поведение, пассивность и избегание, эмоциональные срывы, агрессивные реакции, экстравагантные поступки др.

Т.Л. Крюкова пишет о том, что совладающее поведение обладает собственными функциями: «когнитивного оценивания; саморегуляции и динамики эмоций; оптимальной координации эмоционального состояния и переживания с целенаправленным поведением; возникновения преобразующих ситуацию (овладение ситуацией) и /или собственного состояния (владения собой) действий; привлечение собственного жизненного опыта или помощи других людей; коррекция ожиданий через контроль над ситуацией или приспособления к ней; антиципации (предотвращения, избегания) неразрешимых ситуаций и опасных стрессоров; саморазрушения (деструктивного совладания и несовладания)» [18, с.152].

В настоящее время в отечественной психологии признается тот факт, что выбор той или иной стратегии еще не обеспечивает эффективность совладания. Важно учитывать влияние обстоятельств, индивидуальные факторы, важность самого стресса. Наиболее успешным будет выбор той стратегии, затрата сил при применении которой будет наименьшей при наиболее положительном результате [19].

Анализируя форму проявления совладающего поведения или копинга, исследователи выделяют действия (чувства, мысли индивида), стратегии (конкретный способ действия) и стили (объединенные стратегии). Совладающее поведение субъекта во многом определяет сложностью самой ситуации и восприятие ее как таковой [33]. Эту мысль поддерживает и Д. Халперн [52], придавая больше значению особенностям ситуации нежели ресурсам субъекта и его способу мышления. Если событие воспринимается как угрожающее, субъект находится в определенном эмоциональном состоянии (чаще тревоге или страхе). Существует разное субъективное восприятие проблемы у разных людей, поэтому их стратегии могут быть разные. Многомерность процесса совладания обусловлена переплетением когнитивных, эмоциональных и поведенческих стратегий, используемых людьми при взаимодействии с трудной ситуацией.

Есть эмпирические данные о том, что проблемно-ориентированные копинги согласуются с низким уровнем отрицательных эмоций в стрессе, который воспринимается как контролируемый [34]. Соответственно эти люди не испытывают проблем в адаптации, как те субъекты, которые используют эмоциональные стратегии преодоления. Избегающий копинг вызывает неоднозначную оценку исследователей. С одной стороны он указывает на то, что ситуация неконтролируемая и оптимальным решениям является ее избегание с целью минимизации эмоциональных затрат. Но с другой стороны, постоянное избегание может говорить о дезадаптивности субъекта. Аналогичное мнение авторы излагают о стратегии положительной переоценке проблемы, указывая на ее адаптивный (когда ситуация неконтролируемая) и дезадаптивный (если стратегия полностью заменяет активные действия субъекта по преобразованию ситуации) характер [34].

В настоящее время большое внимание уделяется изучению особенностей совладающего поведения у больных, поскольку от того, насколько эффективны используемые пациентом варианты преодоления стресса, зависят перспектива психической адаптации к болезни и лечению, успешность реабилитации и качество жизни больного. Длительно протекающее хроническое или тяжелое заболевание накладывает отпечаток на последующее защитно-совладающее поведение и адаптацию больного в сторону снижения и обеднения репертуара копинг-стратегий. Вследствие этого ухудшается взаимодействие больного с окружающим миром, снижается качество комплайенса (кооперации), что, в свою очередь, способствует утяжелению уже имеющейся симптоматики. Дезадаптивный стиль совладания приводит здорового человека в «группу риска», а больных к декомпенсации, резистентности к лечению или неблагоприятному прогнозу [17].

Ситуация тяжелого онкологического заболевания требует мобилизации ресурсов и активизации стратегий преодоления стресса на различных этапах от постановки диагноза до начала активного лечения и возможных исходов: ремиссии или прогрессирования [31].

Наиболее ранние исследования совладающего поведения при онкологических заболеваниях ориентированы на изучение влияния механизмов психологической защиты в процессе адаптации к болезни [101]. В более поздних работах происходит смещение интереса с исследований неосознаваемых защитных механизмов на исследование целенаправленного и активного преодоления личностью ситуации болезни.

Исследования совладания, направленного на взаимодействие со стрессором при онкологических заболеваниях указывают в целом на позитивную связь такого стиля, ориентированного на избегание стрессора (дисфункциональный копинг), который нацелен на уклонение от взаимодействия с ним, на избавление от угрозы или связанной с ней эмоциями, с повышением качества жизни и психологического благополучия, снижением тревоги и депрессии у онкобольных [66].

Среди стратегий, относимых к совладанию, направленному на взаимодействие со стрессором у больных с онкологическими заболеваниями отдельное внимание исследователи уделяют стратегиям, направленным на поиск социальной поддержки. Подчеркивается значимость стратегии «Поиск инструментальной поддержки» у больных онкологическими заболеваниями [91]. Данную стратегию, как правило, связывают с улучшением психологической адаптации больных раком молочной железы, снижением тревоги у больных раком желудка [31]. Аналогична ситуация со стратегией, направленной на поиск эмоциональной поддержки. Результаты исследований, как правило, указывают на положительную связь удовлетворенности эмоциональной поддержкой со снижением психологического дистресса, улучшением субъективно воспринимаемого благополучия [96].

Вовлеченность больных в процесс лечения, сосредоточенность на болезни, избегание отвлечения в совокупности представляет собой стратегию «Подавление конкурирующих видов активности». Использование данной стратегии предполагает активное вовлечение личности в процесс преодоления онкологического заболевания и является предиктором благоприятной психосоциальной адаптации на ранних этапах заболевания [77].

Наименее продуктивной стратегией относимой к данному стилю считается стратегия концентрации на эмоциях и их высвобождении. По мнению M.K. Wagner [99] данная стратегия связана с более высоким уровнем депрессии и более низким уровнем качества жизни.

Рассматривая стратегии, ориентированные на избегание стрессора у больных с онкологическими заболеваниями, исследователи обычно связывают их со снижением адаптационных возможностей и кризисом болезни [87, 95].

Широко распространенной стратегией у больных раком является отрицание, данный способ совладания охватывает модальность когнитивных и поведенческих усилий, направленных на минимизацию угрозы болезни, снижение тревожных переживаний и может в некоторых случаях рассматриваться как эффективная [39]. Несмотря на психологическое значение данной стратегии, как способствующей адаптации к болезни, в ряде исследований подчеркивается связь со снижением приверженности лечению у онкологических больных [31].

Выделяют стратегии когнитивного и поведенческого избегания. Данные стратегии совладающего с болезнью поведения связаны с: (а) увеличением эмоционального дистресса; (б) снижением социального функционирования, избегание проявляется в межличностных отношениях больных, профессиональной сфере и повседневной жизни (в) повышением уровне тревожно-депрессивных переживаний; (г) низким уровнем воспринимаемого контроля и толерантности к неопределенности [78].

Еще одной малоадаптивной стратегией является «Самообвинение». Данная стратегия связана с депрессией, снижением психосоциальной адаптации и ресоциализации больных [70].

Отечественных исследований, посвященных проблеме копинг-поведения людей с онкологическими заболеваниями сравнительно немного. Одной из наиболее крупных работ является диссертация Д.В. Московченко [31, 45]. Автором с целью выявления особенностей совладания со стрессом у женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы в зависимости от когнитивной оценки возможности прогрессирования заболевания было проведено исследование стратегий совладания с трудными жизненными ситуациями, метакогнитивных стратегий контроля тревоги и стратегий переоценки стрессора. Согласно полученным данным, совладающее поведение у женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы неоднородно и различается в зависимости от когнитивно-эмоционального реагирования на болезнь. Выделено три типа совладания с ситуацией онкологического заболевания у женщин, страдающих онкологическими заболеваниями репродуктивной системы. Первый выделенный тип является дезадаптивным и предполагает сфокусированность больных преимущественно на негативных аспектах заболевания, более интенсивные эмоциональные реакции и выбор малоадаптивных стратегий совладающего поведения. Второй тип совладания характеризуется умеренно выраженными эмоциональными реакциями, рациональным принятием болезни в сочетании со стремлением получить совет, помощь или информацию о болезни. Больные, отнесенные к третьему типу, рассматривают болезнь с точки зрения позитивных изменений в жизненных приоритетах, личности и межличностных отношениях. Изучение совладающего поведения в данной группе свидетельствует о противоречивом сочетании дезадаптивных и адаптивных стратегий совладания с болезнью поведения. Статистически достоверно выше женщины в данной группе прибегают к стратегии «Позитивное переформулирование и личностный рост», выражающейся в попытке переосмыслить стрессовую ситуацию в позитивном ключе [45].

В исследовании, проведенном Л.М. Махнач [29] было показано, что использование онкологическими больными адаптивных и частично адаптивных копинг-стратегий связано с большей степенью эмоционального благополучия, а использование неадаптивных стратегий коррелирует с выраженностью эмоциональных расстройств, при этом степень эмоциональных нарушений определяет не тип или длительность заболевания, а характер адаптации к стрессу.

По данным Н.А. Сироты с соавторами [44, 45, 46], женщины больные раком молочной железы, не зависимо от наличия внешне видимого дефекта, умеренно используют копинг-стратегии для совладания с заболеванием, предпочитая стратегии «разрешение проблем» и «поиск социальной поддержки», а женщины, больные раком яичников, наряду с адаптивными стратегиями используют стратегию «Избегание».

# 1.3. Особенности защитных механизмов у онкобольных

Согласно определению Р.Р. Набиуллиной, И.В. Тухтаровой, приводят следующее определение: «Психологическая защита – это специальная система стабилизации личности, направленная на ограждение сознания от неприятных, травмирующих переживаний, сопряженных с внутренними и внешними конфликтами, состояниями тревоги и дискомфорта» [32, с.5].

Впервые механизмы психологической защиты были представлены в психоанализе [51]. Психоаналитики полагают, что у каждого человека существуют психологические защиты, которые становятся частью совладания с жизненными трудностями. Основная задача психологической защиты - это быстрое снятие напряжение и безопасность внутреннего «Я» или Эго. Поэтому данные механизмы возникают автоматически и бессознательно, личность практические не может отследить их появление. Использование конкретного вида психологической защиты зависит от темперамента личности, самого стресса, детских переживаний, родительского воспитания и ценностей. Эти автоматические реакции-защиты проявляются тогда, когда «Я» чувствует угрозу со стороны бессознательных импульсов или внешних конфликтных ситуаций. Чтобы сохранить положительный облик «Я» и остаться в равновесном состоянии, включается механизм психологической защиты. Таким образом, психологическая защита - это своеобразная регуляция внутренних и внешних конфликтов личности, позволяющая индивиду соблюдать общественные нормы. Одновременно защита осуществляет еще одну функцию - это искажение воспринимаемой информации для сохранения положительной самооценки личности. Таким образом, социальная адаптация достигаются через блокирование образа реальности и образа самого субъекта. Но рефлексия позволяет субъекту при определенных условиях критически оценить психологическую защиту и увидеть искажение собственного образа мыслей и настоящую реальность.

З.Фрейдом [51] выделены следующие механизмы психологической защиты:

- отрицание, с помощью которого личность отрицает некоторые вызывающие тревогу обстоятельства (или отрицание какой-либо стороны себя),

- вытеснение, посредством которого непозволительные для личности импульсы или желания становятся неосознаваемыми,

- регрессия, с помощью которой личность в своем поведении стремится избежать тревоги практикуя реакции более ранних стадий развития либидо.

- компенсация, которая проявляется в замене реального (или воображаемого) недостатка присвоенного себе достоинства другой личности, которые не могут стать ее частью, потому что не переосмыслены.

- идентификация, которая проявляется как психологической слияние личности со значимым объектом, личность испытывает те же чувства, может быть носителем аналогичного заболевания.

- проекция, в основе которой лежит процесс переноса неприемлемых для личности чувства (или мыслей) на других людей, становясь как бы вторичными,

- замещение, действие которого проявляется в разрядке стенических подавленных эмоций (враждебности и гнева), направленных на менее опасный или доступный объект,

- интеллектуализация, которая проявляется как чрезмерно «когнитивном» способе преодоления фрустрирующей ситуации без эмоционального переживания,

- рационализация, которая позволяет создать личности благовидные псевдоразумные аргументы для обоснования своего или чужого поведения, вызванные теми причинами, которые она (личность) не признает из-за боязни потерять самоуважения,

- реактивные образования, проявления которых заключаются в выражении неприемлемых для личности мыслей и чувств с помощью гипертрофированного развития разнонаправленных мотивов.

- сублимация, при которой личность направляет энергию своего сексуального желания на деятельность.

Таким образом, в психоаналитической концепции содержание совладающего поведения представлено психологической защитой, целью которой является уменьшения напряжения личности для сохранения ее внутреннего баланса.

Взгляды на роль психологической защиты противоречивы. Так, согласно Э.И. Киршбауму и А.И. Еремеевой [15], психологическими защитами или защитными механизмами называются способы искажения восприятия реальности, уменьшающие воздействие на психику травмирующих событий. По мнению других авторов (Н. Мак-Вильямс [27], Г.В. Грачев [10], механизмы психологической защиты снижают интенсивность как внешних психотравмирующих воздействий, так и внутреннего психологического дискомфорта, эмоционально травмирующих переживаний человека. Р. Плутчик определяет психологическую защиту как «последовательное искажение когнитивной и аффективной составляющей образа реальной ситуации с целью ослабления эмоционального напряжения, угрожающего индивиду в случае, если бы ситуация была отражена в предельно возможном для него соответствии с реальностью» [цит. по 35, с.40-41]. Психологическая защита - это психическая деятельность, направленная на спонтанное изживание последствий психической травмы, способы переработки информации в мозге с нейтрализацией ее негативного компонента [47, с.41].

3. Фрейд рассматривал психологическую защиту как форму разрешения конфликта между неосознанными переживаниями, тревогой и сложной системой социальных требований и запретов. Функционирование психологической защиты связывается З. Фрейдом с такими психическими функциями, как адаптация, поддержание интрапсихического равновесия и регулирование [50].

И. Ялом [56], отмечал, что люди разрабатывают как сознательные, так и подсознательные психологические операции, чтобы справиться с тревогой, порождаемой основными экзистенциальными беспокойствами - смертью, свободой, изоляцией и бессмысленностью.

Роль защитных механизмов – структурного компонента личности в саморегуляции заключается в контроле взаимодействия человека с реальностью, ее эмоционального и когнитивного восприятия, оценки и отношения к ней. Функциональная роль защит в психической регуляции – преодоление аффективного напряжения, возникающего в процессе регуляции, контроль взаимодействия субъекта с окружающим его миром в целях сохранения и поддержания позитивного самоотношения.

Таким образом, психологическая защита является одним из способов саморегуляции эмоционального состояния в ситуации стресса.

Н. Мак-Уильямс [27] описала два вида психологических защит. Первичные (незрелые, примитивные) защиты, защиты «низшего порядка» имеют дело с границей между собственным Я и внешним миром. Защиты «высшего порядка», более зрелые, «работают» с внутренними границами – между Эго, Супер-Эго и Ид или между наблюдающей и переживающей частью Эго.

Согласно А.М. Богомолову и А.Г. Портновой [6], в угрожающей ситуации человек с низким уровнем адаптивности использует, как правило, незрелые, примитивные защиты («псевдокомпенсации)». Не являясь адекватными ситуации, псевдокомпенсации малоэффективны, а порой могут играть негативную роль в ситуациях, требующих реадаптации. В своем исследовании Т.Б. Карцева [14] диагностировала такие «псевдокомпенсации» как: «уход в болезнь», «демонстративная слабость», «хитрость», «тирания», «превосходство», «самореклама», «жалость к себе», «переживание уходящей молодости», «мнимое простодушие», «зависть», «жадность», «вина», «ущербность», «страх», «доверчивость».

И.М. Никольская [34] описывает строение системы психологических защит личности следующим образом:

1) физиологический уровень (адаптация происходит с помощью автоматических изменений в деятельности различных систем организма.

2) поведенческий уровень (адаптации происходит в результате способствует автоматическое изменение двигательной активности, мимики).

3) уровень психологической защиты (адаптации способствует включение психологических защит, тревожная информация игнорируется, фальсифицируется.

4) уровень совладающего поведения (в отличие от предыдущего, это сознательный уровень). Адаптация происходит с помощью процесса осознания личностью сложностей и выработки стратегий поведения в этой ситуации для решения проблемы .

Совладающее поведение, таким образом, является осознанным, тогда как психологические защитные механизмы не осознаются.

Согласно данным отечественных и зарубежных исследователей, механизмы психологической защиты онкологических больных отличаются от защит других людей.

J.W. Worden и H.Sobel [102] получены данные о том, что успешность психосоциальной адаптации к онкологическому заболеванию определяется «Силой эго», иными словами выраженный эмоциональный дистресс связывался с пассивными моделями поведения в болезни, пессимизмом и самообвинением.

Результаты исследования Л.М. Махнач [30] выявили различные механизмы их взаимосвязи, что обуславливает специфику психологических особенностей онкологических пациентов: склонность к отрицанию у онкологических больных напрямую связана с их выраженным стремлением к установлению доброжелательных взаимоотношений с другими людьми, сдерживанием своих эмоций и самоконтролем. Чем выше уровень эмоциональной незрелости, импульсивности, вспыльчивости и неконструктивного переживания травматических событий респондентов, тем менее у них преобладает механизм «отрицания».

Исследование механизмов психологической защиты у инкурабельных онкобольных, проведенное М.В.Кукиной [22], показало, что онкологические больные в терминальной стадии в большинстве своем использовали механизмы психологической защиты (МПЗ) такие как: отрицание, вытеснение, замещение и рационализацию.

Согласно данным, полученным Н.А. Русиной [38], изучавшей МПЗ и стратегии совладания у пациентов, согласившихся и отказавшихся от операции, у пациентов, отказывающихся от операций, система адаптационных ресурсов неконструктивно обеспечивается в большей степени архаичными механизмами психологической защиты. Пациенты вытесняют или отрицают неприемлемые для них мысли и чувства по поводу операции. У пациентов, дающих согласие на операцию, система адаптационных ресурсов обеспечивается в большей степени разумно, конструктивно с помощью копинг-стратегий. Они способны проявлять усилия по изменению ситуации и регуляции своих чувств, готовность к риску. Пациенты, отказавшиеся от операции, и прооперированные больные используют механизмы психологической защиты «отрицание», «интеллектуализацию», «проекцию» и «реактивные образования». Это позволяет им не воспринимать все очевидные для окружающих неприятные обстоятельства объективной реальности, скрывать свои внутренние истинные чувства, использовать «умственный» способ преодоления фрустрирующей ситуации, трансформировать внутренние импульсы в субъективно понимаемую их противоположность. В ситуации витальной угрозы больные используют в большей степени защитные механизмы, но не совладающие стратегии. Предпочтение отдается «интеллектуальным» механизмам защитного поведения и «отрицанию» как форме первичной, базовой реакции на болезнь у пациентов с онкологическими заболеваниями. Использование психологической защиты по типу «проекция» с уверенностью характеризуют пациентов, отказывающихся от операции, как нерешительных, испытывающих страх перед сложившейся ситуацией, скрывающих свои эмоции, агрессивность и недоброжелательность путем приписывания их окружающим [38].

А.В. Черновым с соавторами [58] было обнаружено, что у больных раком простаты, как и у больных другими онкологическими заболеваниями, сильно выражен механизм «отрицания». Вполне возможно, что онкологические больные стараются не воспринимать, не допускать до сознания тот факт, что их здоровью грозит серьезная опасность. Как выяснилось, у больных раком простаты, как и у больных другими онкологическими заболеваниями сильно выражен такой показатель, как «реактивное образование», чего нет у здоровых людей. Это может свидетельствовать о том, что данные группы стараются не допускать до себя информацию, которая может навредить их социальному положению или здоровью, а также их бессознательные страхи и переживания выходят наружу в виде психофизиологических симптомов. Но у больных раком простаты, так же выходит на первый план такой защитный механизм, как «Подавление», что может говорить о том, что данная триада способствует и усиливает психосоматические проявления. Сдерживаемые эмоции механизмом «подавление» и «отрицание» не находят выхода из сознания пациента, что заставляет их переходить в соматическую форму.

Теснота корреляции между уровнем ситуативной и личностной тревожностью со степенью выраженностью защиты «подавление» говорит о высокой эффективности данной защиты и подтверждает ее доминирующее в личности больного. Низкий, по сравнению с другими группами, показатель выраженности психологической защитного механизма «проекция» у больных раком простаты может говорить о том, что они менее склонны приписывать свои переживания и отрицательные эмоции. Данный факт доказывает, что эти больные не дают выхода своим переживаниям, запирая внутри себя негативные эмоции. Выраженность, по сравнению с другими группами, защиты «Регрессия» говорит о стремлении личности в своих поведенческих реакциях на стресс и тревогу уйти в более ранние, детские типы реагирования. Раскрывая тему психосоматических проявлений, детский тип реагирования подразумевает соматизацию из-за того, что не может справиться с ним с помощью других, более зрелых психологических защит. Так же было выявлено, что использование данного механизма защиты не приводит к снижению тревоги, а наоборот увеличивает ее.

Таким образом, характерной особенностью психологической защиты у онкологических больных является предпочтение «интеллектуальным» механизмам защитного поведения и «отрицанию» как форме первичной, базовой реакции на болезнь у пациентов с онкологическими заболеваниями. Специфические особенности защитных механизмов зависят от тяжести заболевания и локализации опухоли. Механизмы психологической защиты могут как снижать, так и повышать уровень тревоги у онкобольных, а также оказывают влияние на принятие или отказ от лечения.

# 1.4. Выводы

1. Психологическими аспектами онкологических заболеваний являются особенности реагирования на стрессовые жизненные ситуации и на заболевание болезнь, личностные особенности, препятствующие или способствующие совладанию со стрессом, стили совладающего поведения.

2. Стиль совладания с болезнью во многом определяет течение и прогноз заболевания, что объясняет актуальность изучения копинг-стратегий людей с онкологическими заболеваниями.

3. Совладающее поведение понимается как осознанное целенаправленное поведение субъекта по преодолению проблемной ситуации, в ходе которого он применяет способы и стратегии адекватные его ресурсам и ситуации совладания. В нашей работе мы используем наиболее распространенный подход к классификации совладающего поведения, выделяющей проблемно-ориентированный, эмоционально-ориентированный и избегающей стили. Основное отличие совладающего поведения от механизмов психологической защиты состоит в осознанности использования стратегий, возможность обучиться навыкам конструктивного совладания, принятию ответственности за свое поведение. Эффективность совладания оценивается по результату и состоянию субъекта.

4. Психологическая защита – совокупность психологических механизмов, действий и способов, направленных на уменьшение или устранение причин, угрожающих целостности и устойчивости человека, его Я, и на сохранение гармоничности и уравновешенности структуры его личности. Однако в ряде случаев психологическая защита, предназначенная для стабилизации личности, приводит к противоположному результату в виде различных психосоматических заболеваний, деформаций характера, трудностей в адаптации к внешней среде и личностном развитии.

5. Копинг-поведение онкологических больных зависит от когнитивной оценки заболевания. Преобладание когнитивной оценки болезни и лечения как угрозы связано с выбором эмоционально-ориентированных стратегий копинг-поведения, тогда как проблемно-ориентированное копинг-поведение связано с когнитивной оценкой болезни и лечения как вызов.

6. Копинг-поведение онкологических больных зависит от уровня эмоциональной дезадаптации, уровня адаптивных возможностей, локализации опухоли, кризиса болезни. При этом не только адаптивные, но некоторые дезадаптивные копинг-стратегии улучшают, помогают онкобольным в совладании с болезнью.

7. Копинг-поведение при онкологических заболеваниях характеризуется наличием двух тенденций: а) совладание, направленное на взаимодействие со стрессором, связанное с более высоким уровнем психологического благополучия и качеством жизни; б) совладание, ориентированное на избегание стрессора у больных с онкологическими заболеваниями снижает психосоциальную адаптацию.

8. Характерной особенностью психологической защиты у онкологических больных является предпочтение «интеллектуальных» механизмов защитного поведения и «отрицания», как формы первичной, базовой реакции на болезнь у пациентов с онкологическими заболеваниями. Специфические особенности защитных механизмов зависят от тяжести заболевания и локализации опухоли. Механизмы психологической защиты могут, как снижать, так и повышать уровень тревоги у онкобольных, а также оказывают влияние на принятие или отказ от лечения.

Таким образом, стратегии совладающего поведения и механизмы психологической защиты отличаются от таковых у здоровых людей, а также имеют свою специфику в зависимости от личностных особенностей пациентов, их реакции на болезнь и локализации опухоли.

# Глава 2 Эмпирическое исследование психологических особенностей онкобольных

# 2.1 Описание испытуемых

Исследование проводилось на базе Московской городской онкологической больницы № 62 и интернет ресурсов.

В исследовании приняли участие 80 испытуемых в возрасте от 30 до 55 лет.

Основную группу составили 40 больных раком органов пищеварительной системы 1-й и 2-й стадии со следующими заболеваниями: рак желудка (16 человек), рак сигмовидной кишки (1 человек), рак прямой кишки (4 человека), рак поджелудочной железы (12 человек), рак пищевода (7 человек).

В основную группу были включены пациенты с разным отношением к лечению:

Группу 1 составили больные, сразу согласившиеся на все необходимые лечебные процедуры в полном объеме и выполняющие все требования врача – 25 человек. Условное название группы «больные с адекватным отношением к лечению».

В группу 2 вошли больные, отсрочившие лечение после постановки диагноза или отказавшиеся от операции – 15 человек. Условное название группы «больные, отказавшиеся от лечения».

Для выявления психологических особенностей онкобольных в исследование была включена контрольная группа мужчин и женщин без онкологических заболеваний, а также, не страдающих другими тяжелыми хроническими соматическими заболеваниями - «условно здоровые» (40 человек).

Все испытуемые психически здоровы.

# 2.2. Методики исследования

В качестве психологических особенностей онкобольных в настоящем исследовании выделены механизмы психологической защиты и стратегии совладающего поведения, диагностика которых проводилась с помощью следующих методик:

1. **Методика «Индекс Жизненного Стиля» Р. Плутчика и Х. Келлермана (в адаптации Л.И. Вассермана и др.)** [9] предназначена для оценки степени использования индивидом восьми механизмов психологической защиты, признанных в структурной теории Р. Плутчика основными. Некоторые из защитных механизмов выделяются как однозначные, другие представляют собой кластеры из нескольких вариантов защитных стратегий, близких по психологическому содержанию.

Механизмы психологической защиты определяются в исследовании как автоматизированные способы последовательного искажения когнитивной и аффективной составляющих образа стимульной ситуации.

Методика представляет собой опросник, который состоит из 97 утверждений, предполагающих две градации ответа: «верно» или «не верно».

В интерпретацию шкал включены особенности защитного поведения в норме.

Оценка степени использования механизмов психологической защиты проводится по следующим шкалам, каждая из которых включает от 10 до 14 вопросов:

1 - отрицание,

2 - вытеснение,

3 - регрессия,

4 - компенсация,

5 - проекция,

6 - замещение,

7 – интеллектуализация (рационализация),

8 - реактивное образование.

Обработка результатов:

Подсчет результатов осуществляется по бланку ответов, который является одновременно и ключом. При этом подсчитываются только положительные ответы по каждой шкале, представляющие собой «сырые» очки, которые в дальнейшем могут быть сравнены со средненормативными показателями по выборке стандартизации, или переведены в процентильные показатели. Последние показывают условное расположение испытуемого в выборке стандартизации в соответствии с ее процентным распределением.

В качестве дополнительного показателя используется также вторичный показатель, который представляет собой сумму «сырых» баллов по всем шкалам и отражает Степень Напряженности Защиты (СНЗ).

2. **Опросник способов совладания (WCQ) (в адаптации Л.И. Вассермана и др.)** [8] предназначен для определения копинг-механизмов, способов преодоления трудностей в различных сферах психической деятельности, копинг-стратегий. Данный опросник считается первой стандартной методикой в области измерения копинга.

Содержит 8 субшкал:

1. Конфронтационный копинг. Агрессивные усилия по изменению ситуации. Предполагает определенную степень враждебности и готовности к риску.

2. Дистанцирование. Когнитивные усилия отделиться от ситуации и уменьшить ее значимость.

3. Самоконтроль. Усилия по регулированию своих чувств и действий.

4. Поиск социальной поддержки. Усилия в поиске информационной, действенной и эмоциональной поддержки.

5. Принятие ответственности. Признание своей роли в проблеме с сопутствующей темой попыток ее решения.

6. Бегство-избегание. Мысленное стремление и поведенческие усилия, направленные к бегству или избеганию проблемы.

7. Планирование решения проблемы. Произвольные проблемно-фокусированные усилия по изменению ситуации, включающие аналитический подход к проблеме.

8. Положительная переоценка. Усилия по созданию положительного значения с фокусированием на росте собственной личности. Включает также религиозное измерение.

Обработка и интерпретация результатов:

Подсчитываются баллы, суммируя по каждой субшкале:

никогда – 0 баллов;

редко – 1 балл;

иногда – 2 балла;

часто - 3 балла.

После расчета «сырых» показателей по шкалам их переводят в стандартные Т-баллы с использованием разработанных таблиц.

Степень предпочтительности для испытуемого стратегии совладания со стрессом определяется на основании следующего условного правила:

- показатель меньше 40 баллов – редкое использование соответствующей стратегии;

- 40 баллов ≤ показатель ≤ 60 баллов – умеренное использование соответствующей стратегии;

- показатель более 60 баллов – выраженное предпочтение соответствующей стратегии.

3. Для изучения механизмов преодоления использовалась также **Методика «Индикатор копинг-стратегий» Дж. Амирхана** [37, с.117-121] (адаптация Н.А. Сирпоты, В.М. Ялтонского) Данная методика позволяет описать базовые по степени конструктивности–деструктивности и продуктивности способы реагирования и совладания со стрессовой ситуацией, которые предопределяют социальное поведение в целом, прогнозируя уровень надёжности личности.

Дж. Амирхан выделил три группы копинг-стратегий:

1) разрешение проблем - активная поведенческая стратегия, при которой человек старается использовать все имеющиеся у него личностные ресурсы для поиска возможных способов эффективного разрешения проблемы;

2) поиск социальной поддержки - активная поведенческая стратегия, при которой человек для эффективного разрешения проблемы обращается за помощью и поддержкой к окружающей его среде: семье, друзьям, значимым другим;

3) избегание - поведенческая стратегия, при которой человек старается избежать контакта с окружающей его действительностью, уйти от решения проблем. Может носить адекватный либо неадекватный характер в зависимости от конкретной стрессовой ситуации, возраста и состояния ресурсной системы личности.

Обработка результатов:

Ответы испытуемого сопоставляются с ключом. Для получения общего балла по соответствующей стратеги подсчитывается сумма баллов по всем 11 пунктам, относящимся к этой стратегии. Минимальная оценка по каждой шкале - 11 баллов, максимальная - 33 балла.

Интерпретация:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Уровень** | **Разрешение проблем** | **Поиск социальной поддержки** | **Избегание проблем** |
| Очень низкий | < 16 | < 13 | < 15 |
| Низкий | 17 - 21 | 14 - 18 | 16 - 23 |
| Средний | 22 - 30 | 19 - 28 | 24 - 26 |
| Высокий | > 31 | > 29 | > 27 |

Первичные результаты диагностики по всем методикам представлены в приложении.

**Методы математической статистики**:

Для выявления особенностей психологической защиты и совладающего поведения у онкобольных был использован метод сравнительного анализа. Определялась средняя арифметическая (M), ее ошибка (± m), непараметрический критерий Манна-Уитни (U) при различных уровнях значимости (p). Достоверными считались результаты при p≤0,01, p≤0,05. Анализ данных проводился с помощью статистического пакета программ SPSS.

# 2.3. Результаты исследования

На первом этапе исследования был проведен сравнительный анализ психологических особенностей онкольных и «условно здоровых» мужчин и женщин. Анализу подвергалось количество испытуемых с высоким уровнем напряженности механизмов психологической защиты (далее МПЗ) и степень напряженности МПЗ в группах онкобольных и здоровых людей.

Результаты анализа распространенности высокого (дезадаптивного) уровня напряженности МПЗ у онкобольных представлены на рисунке 1.

Согласно полученным данным, в группе больных раком органов пищеварительной системы наиболее часто встречается высокая степень напряженности таких МПЗ, как «компенсация» (85%) и «отрицание» (77,5%). В группе «условно здоровых» лиц высокий уровень напряженности этих МПЗ выявлен у 45% и 47,5% респондентов соответственно.

Кроме того, у 60% онкобольных обнаружен уровень МПЗ «вытеснение», в сравнении с 42,5% в контрольной группе.

Также у 60% онкобольных выявлена превышающая нормативные значения и указывающая на наличие неразрешенных внешних и внутренних конфликтов, напряженность МПЗ «замещение» (45% в контрольной группе), а у 65% онкобольных – высокий уровень МПЗ «рационализация» (47,5% в группе «условно здоровых».

|  |  |
| --- | --- |
| Условные обозначения: | |
| 1 | Отрицание |
| 2 | Вытеснение |
| 3 | Регрессия |
| 4 | Компенсация |
| 5 | Проекция |
| 6 | Замещение |
| 7 | Рационализация (интеллектуализация) |
| 8 | Реактивное образование |
| Рис. 1. Процентное соотношение высокого уровня напряженности механизмов психологической защит у онкобольных и условно здоровых (%) | |

55% онкобольных отличаются высокой степенью напряженности МПЗ «реактивное образование», в сравнении с 30% в группе «условно здоровых».

Реже всего у больных раком органов пищеварения встречается высокая напряженность таких МПЗ, как «проекция»» (7,5%) и «регрессия» (35%). В группе «условно здоровых» лиц не обнаружено испытуемых с высокой степенью напряженности МПЗ «проекция», чрезмерная напряженность МПЗ «регрессия» зафиксирована также у 35% опрошенных.

Усредненные профили механизмов психологической защиты у лиц с онкологией органов пищеварения и «условно здоровых» лиц представлены на рисунке 2.

Как следует из полученных данных, в структуре психологических защит у онкобольных доминируют «отрицание» (72,3 процент), «компенсация» (72,2 процент) и «замещение» (60,1 процент). Меньше всего у онкобольных выражены такие МПЗ, как «проекция» (20,2 процент) и «регрессия» (41,3 процент), степень напряженности которых не превышает нормативных значений.

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Условные обозначения: | |
| 1 | Отрицание |
| 2 | Вытеснение |
| 3 | Регрессия |
| 4 | Компенсация |
| 5 | Проекция |
| 6 | Замещение |
| 7 | Рационализация (интеллектуализация) |
| 8 | Реактивное образование |
| Рис. 2. Групповые профили механизмов психологической защиты у онкобольных и «условно здоровых» (проценты) | |

Напряженность же остальных МПЗ у онкологических больных выше нормы: «вытеснение» - 55,7 процента, «рационализация» - 58,1 процента, «реактивное образование» - 55,3 процента.

В отличие от онкобольных, напряженность МПЗ в группе «условно здоровых» лиц находится в рамках нормативных показателей. Исключение составляет показатель «компенсации», который немного превышает 50%-й рубеж (50,2%).

В результате статистического анализа (см. табл. 1) были получены достоверные различия в сравниваемых группах, указывающие на то, что у онкобольных напряженность таких МПЗ, как «отрицание», «компенсация», «проекция», «замещение» и «реактивное образование» значительно выше, чем у «условно здоровых» лиц (р≤0,01, р≤0,05).

Таблица 1

Результаты сравнительного анализа напряженности механизмов психологической защиты у онкобольных и условно здоровых

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| МПЗ | M±m | | Uэмп |
| онкобольные | условно здоровые |
| Отрицание | 72,3±22,2 | 48,9±30,9 | **444 (р≤0,01)** |
| Вытеснение | 55,7±34,5 | 45,5±31,3 | 641,5 (р>0,05) |
| Регрессия | 41,3±28,5 | 35,3±28,5 | 702,5 (р>0,05) |
| Компенсация | 72,2±26,5 | 50,2±30,8 | **479 (р≤0,01)** |
| Проекция | 20,2±19,9 | 9,6±7,8 | **529,5 (р≤0,01)** |
| Замещение | 60,1±24,7 | 48,6±26,7 | **597,5 (р≤0,05)** |
| Рационализация (интеллектуализация) | 58,1±32,6 | 49,4±28,4 | 642 (р>0,05) |
| Реактивное образование | 55,3±27,8 | 40,7±27,0 | **564 (р≤0,05)** |
| Общая напряженность (СНЗ) | 36,6±6,5 | 26,6±6,0 | **178,5 (р≤0,01)** |

В одинаковой степени в обеих группах представлены такие защитные механизмы, как вытеснение», «регрессия» и «рационализация» (р>0,05), хотя на уровне тенденции можно сказать, что у онкобольных они выражены сильнее, чем у «условно здоровых» людей.

На рисунке 3 отражены средние показатели общей напряженности психологических защит в сравниваемых группах.

|  |
| --- |
|  |
| Рис. 3. Средние показатели напряженности психологической защиты у онкобольных и «условно здоровых» (проценты) |

Как следует из рисунка, средняя степень напряженности психологической защиты у онкобольных выше, чем у здоровых лиц (36,6 и 26,6 процента соответственно. При этом различия в группах статистически значимые (р≤0,01) (см. табл. 1).

Результаты анализа частоты использования копинг-стратегий, оцениваемых по методике WCQ, в группах онкологических больных и «условно здоровых» испытуемых представлены на рисунках 4 и 5.

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Условные обозначения: | |
| 1 | Конфронтация |
| 2 | Дистанцирование |
| 3 | Самоконтроль |
| 4 | Поиск социальной поддержки |
| 5 | Принятие ответственности |
| 6 | Бегство-избегание |
| 7 | Планирование решения проблемы |
| 8 | Положительная переоценка |
| Рис. 4. Процентное соотношение частоты использования копинг-стратегий у онкобольных (%) | |

Согласно данным, указанным на рисунке 4, у 27,5% пациентов с раком органов пищеварения выявлено выраженное предпочтение конфронтации. 32,5% онкобольных редко используют этот копинг, а 40% - умеренно. В контрольной же группе только 5% опрошенных часто использую конфронтацию как стратегию совладания. Подавляющая часть здоровых людей (65%) редко прибегают к этому копингу, и 30% - умеренно.

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Условные обозначения: | |
| 1 | Конфронтация |
| 2 | Дистанцирование |
| 3 | Самоконтроль |
| 4 | Поиск социальной поддержки |
| 5 | Принятие ответственности |
| 6 | Бегство-избегание |
| 7 | Планирование решения проблемы |
| 8 | Положительная переоценка |
| Рис. 5. Процентное соотношение частоты использования копинг-стратегий у условно здоровых испытуемых (%) | |

Копинг «дистанцирование» часто используют 25% онкобольных, тогда как доля испытуемых с этой степенью напряженности «дистанцирование» в контрольной группе составила 2,5%. Редко используют эту стратегию 52,5% онкобольных и 75% «условно здоровых». Умеренная выраженность этого копинга в сравниваемых группах встречается одинаково часто (по 22,5% опрошенных).

Частое использование стратегии самоконтроля выявлено у10% больных и у 2,5% здоровых респондентов, а низкая напряженность этого копинга обнаружена у 35% онкобольных и 20% здоровых испытуемых. Остальные опрошенные используют ее умеренно.

Низкая напряженность стратегии «поиск социальной поддержки» в основной группе встречается реже, чем в контрольной (20% и 42,5% соответственно), а высокая – значительно чаще (32,5% и 5% соответственно).

Часто используют стратегию «принятие ответственности» 15% больных раком и только 5% «условно здоровых», а низкая напряженность этой копинг-стратегии в основной группе встречается реже, чем в контрольной (20% и 57,5% соответственно).

Так же значительно более малая доля больных, в сравнении с «условно здоровыми» редко используют копинг избегания (17,5% и 52,5% соответственно), тогда как выраженное предпочтение этой стратегии у онкобольных встречается чаще, чем у здоровых лиц (37,5% и 12,5% соответственно).

У 37,5% пациентов с раком органов пищеварения выявлено выраженное предпочтение копинг-стратегии «планирование решения проблем», тогда как в контрольной группе частота встречаемости высокой степени напряженности этого копинга составила только 10%. Респондентов же, редко прибегающим к планированию решения проблемы для совладания с трудной жизненной ситуацией, среди больных онкологическими заболеваниями меньше. Чем среди «условно здоровых» (15% и 32,5% соответственно).

Выраженное предпочтение копинга «положительная переоценка» в исследуемой выборке онкобольных обнаружено не было (0%), но и в контрольной группе доля таких испытуемых достаточно мала (5%). Но редкое использование этой стратегии совладания у онкобольных встречается чаще, чем у «условно здоровых» (62,5% и 35% соответственно), а умеренное – почти в два раза реже (37,5% и 60% соответственно).

Результаты сравнительного анализа средних тенденций выраженности копинг-стратегий в группах онкобольных и «условно здоровых» представлены на рисунке 6 и в таблице 3.

Согласно полученным данным, у онкологических больных средние показатели всех копинг-стратегий указывают на умеренное их использование («конфронтация» – 48,3 Т-балла, «дистанциирование» - 43,4 Т-балла, «самоконтроль» - 44,2 Т-балла, «поиск социальной поддержки» - 50,3 Т-балла), «принятие ответственности» - 49,1 Т-балла, «бегство-избегание» - 54,1 Т-балла, «планирование решения проблемы» - 53 Т-балла), кроме «положительной переоценки», уровень которой указывает на редкое использование этой стратегии (34,3 Т-балла).

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Условные обозначения: | |
| 1 | Конфронтация |
| 2 | Дистанцирование |
| 3 | Самоконтроль |
| 4 | Поиск социальной поддержки |
| 5 | Принятие ответственности |
| 6 | Бегство-избегание |
| 7 | Планирование решения проблемы |
| 8 | Положительная переоценка |
| Рис.6 . Средние профили копинг-стратегий у онкобольных и «условно здоровых» (Т-баллы) | |

У «условно здоровых» лиц напряженность большинства копингов низкая – меньше 40 Т-баллов («конфронтация», «дистанцирование», «самоконтроль», «принятие ответственности», «бегство-избегание». Напряженность стратегий «поиск социальной поддержки», «планирование решения проблем» и «положительная переоценка» у испытуемых контрольной группы соответствует умеренному уровню.

Результаты сравнительного анализа (см. табл. 3) показывают, что напряженность всех копинг-стратегий, кроме «положительной переоценки» у онкобольных значимо выше, чем у здоровых людей (р≤0,01, р≤0,05). А копингу «положительная переоценка» больные раком отдают значимо меньше предпочтения, чем здоровые люди (р≤0,01).

Таблица 3

Результаты сравнительного анализа выраженности копинг-стратегий у онкобольных и условно здоровых

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Копинги | M±m | | Uэмп |
| онкобольные | условно здоровые |
| Конфронтация | 48,3±16,7 | 38,7±10,8 | **517,5 (р≤0,01)** |
| Дистанцирование | 43,4±19,4 | 33,7±10,5 | **600,5 (р≤0,05)** |
| Самоконтроль | 44,2±16,1 | 31,5±11,1 | **559,5 (р≤0,05)** |
| Поиск социальной поддержки | 50,3±13,5 | 41,0±10,0 | **455 (р≤0,01)** |
| Принятие ответственности | 49,1±12,1 | 38,2±11,5 | **405,5 (р≤0,01)** |
| Бегство-избегание | 54,1±14,3 | 39,7±13,7 | **364 (р≤0,01)** |
| Планирование решения проблемы | 53,0±12,4 | 44,3±10,9 | **459,5 (р≤0,01)** |
| Положительная переоценка | 34,3±11,5 | 43,3±8,5 | **457 (р≤0,01)** |

В большей степени онкобольные предпочитают стратегии избегания, планирования решения проблем и поиска социальной поддержки, и в наименьшей - стратегию самоконтроля. Здоровые люди для совладания со стрессом в большей степени склонны к планированию решения проблем и положительной переоценке, и в меньшей – к самоконтролю.

Особенности совладающего поведения у онкобольных были изучены также с помощью методики Дж. Амирхана. Результаты сравнительного анализа часты встречаемости уровней выраженности копинг-стратегий в группах онкобольных и здоровых представлены на рисунках 7 и 8.

Как следует из представленных данных, высокий уровень напряженности копинга «решение проблемы» выявлен у 25% онкобольных, тогда как среди здоровых таких испытуемых не обнаружено. Умеренный (средний) уровень этого копинга характерен для 37,5% больных раком и для 50% здоровых испытуемых. Низким уровнем напряженности стратегии, направленной на решение проблемы, отличаются 32,5% онкобольных и 45% «условно здоровых» опрошенных. Очень низкий уровень этого копинга обнаружен у одинаковой доли испытуемых обеих групп (по 5%).

|  |
| --- |
|  |
| Рис. 7. Процентное соотношение уровней копинг-стратегий у онкобольных (%) |

|  |
| --- |
|  |
| Рис. 8. Процентное соотношение уровней копинг-стратегий у «условно здоровых» (%) |

Высокий уровень напряженности копинг-стратегии, направленной на поиск социальной поддержки, выявлен у 27,5% больных раком и только у 5% здоровых лиц. В обеих группах преобладающее число испытуемых отличаются умеренным уровнем напряженности этого копинга. Низкий уровень поиска социальной поддержки имеют только 5% онкобольных, тогда как в контрольной группе этот показатель составил 22,5%.

Процентное соотношение уровней выраженности стратегии избегания проблемы показывает, что ее высокий уровень в основной группе встречается значительно чаще, чем в контрольной (30% и 5% соответственно). Также чаще у онкобольных представлен умеренный уровень этого копинга, в сравнении со здоровыми испытуемыми (12,5% и 5% соответственно). А вот низкий уровень напряженности стратегии избегания в основной группе встречается значительно реже – он обнаружен у 37,5% онкобольных, тогда как среди здоровых доля опрошенных с низким уровнем избегания составила 70%. Очень низкий уровень избегания встречается в обеих группах одинаково часто (по 20%).

На рисунке 9 отражены средние тенденции выраженности копинг-стратегий решения проблем. Поиска социальной поддержки и избегания в сравниваемых группах.

|  |
| --- |
|  |
| Рис. 9. Средние показатели выраженности копинг-стратегий у онкобольных и «условно здоровых» (баллы) |

Уровень всех копингов в обеих группах соответствует умеренному. Но в основной группе выше, чем в контрольной, выраженность совладающего поведения, направленного на решение проблемы (25,1 балла и 211,7 балла соответственно, поиск социальной поддержки (25,7 балла и 21,5 балла соответственно), избегания проблемы (22,0 балла и 19,2 балла соответственно).

Таблица 4

Результаты сравнительного анализа выраженности копинг-стратегий у онкобольных и условно здоровых

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Копинги | M±m | | Uэмп |
| онкобольные | условно здоровые |
| Решение проблемы | 25,1±5,87 | 21,7±4,1 | **523 (р≤0,01)** |
| Поиск социальной поддержки | 25,7±4,7 | 21,5±4,1 | **372,5 (р≤0,01)** |
| Избегание проблем | 22,0±6,8 | 19,2±4,0 | **618 (р≤0,05)** |

Данные статистического анализа (см. табл. 4) свидетельствуют о том, что у онкобольных в значительно большей степени выражены как активные (р≤0,01), так и пассивные (р≤0,05) копинги.

Таким образом, результаты количественного анализа полученных данных показывают, что структура и напряженность психологических защит и копинг стратегий у больных раком отличаются от таковых у здоровых людей.

На втором этапе исследования был проведен сравнительный анализ механизмов психологической защиты и стратегий совладающего поведения у онкологических больных с разным отношением к лечению.

Согласно данным, представленным на рисунке 10, высокий уровень напряженности МПЗ «отрицание» у больных с адекватным отношением к лечении. И у больных, отказавшихся от лечения, встречается примерно одинаково часто (76% и 73,3% соответственно). Выраженная напряженность копинга «вытеснение» выявлена у всех пациентов, отказавшихся от лечения (100%), тогда среди больных раком, своевременно начавших терапию, этот уровень вытеснения обнаружен только у 36% опрошенных. Также в группе онкобольных, отказавшихся от лечения, чаще, чем у группе больных с адекватным отношением к нему, встречается высокий уровень регрессии (46,7% и 32% соответственно), проекции (13,3% и 4% соответственно), замещения (66,7% и 56% соответственно) и реактивного образования (73,3% и 44% соответственно).

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Условные обозначения: | | | |
| 1 | | Отрицание | |
| 2 | | Вытеснение | |
| 3 | | Регрессия | |
| 4 | | Компенсация | |
| 5 | | Проекция | |
| 6 | | Замещение | |
| 7 | | Рационализация (интеллектуализация) | |
| 8 | | Реактивное образование | |
| Рис. 10. Процентное соотношение высокого уровня напряженности механизмов психологической защит у онкобольных с разным отношением к лечению (%) | |

Средние показатели напряженности МПЗ у онкобольных с разным отношением к лечению (см. рис. 11) отражают различия в структуре неосознаваемых защит. У больных с адекватным отношением к лечению в наибольшей степени выражены такие МПЗ, как «компенсация» (79,6 процента), «рационализация» (68,3 процента) и «отрицание» (64,8 процента), и в наименьшей – «проекция» (16,6 процента). У онкобольных же, отказавшихся от лечения, доминирующими являются «вытеснение» (85,9 процента), «отрицание» (84,9 процента) и «реактивное образование» (70,1 процента). Однако, как и у онкобольных с адекватным отношением к лечению, у пациентов, отказавшимся от него, менее всего выражен механизм защиты в виде проекции (26,2 процента).

Напряженность МПЗ «вытеснение», «регрессия» и «реактивное образование» у больных раком, сразу начавшим лечение, соответствуют средненормативным показателям (39,0, 45,8, 36,4 процента соответственно), а напряженность МПЗ «замещение» - выше нормы (57,4 процента).

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Условные обозначения: | |
| 1 | Отрицание |
| 2 | Вытеснение |
| 3 | Регрессия |
| 4 | Компенсация |
| 5 | Проекция |
| 6 | Замещение |
| 7 | Рационализация (интеллектуализация) |
| 8 | Реактивное образование |
| Рис. 11. Групповые профили механизмов психологической защиты у онкобольных с разным отношением к лечению (проценты) | |

У больных, отказавшихся от лечения, в рамках нормы напряженность «проекция» (26,2 процента) и «рационализация» (41,2 процента). Выше нормативных показателей у больных, отказавшихся от лечения, напряженность таких МПЗ, как «регрессия» (50,4 процента), «компенсация» (60 процент) и «замещение» (64,7 процента).

Согласно результатам статистического анализа, у больных раком органов пищеварения, отказавшихся от лечения, значимо большая, чем у больных с адекватным отношением к нему, напряженность таких МПЗ, как «отрицание» (р≤0,01), «вытеснение» (р≤0,01), «проекция» (р≤0,05) и «реактивное образование» (р≤0,01). У онкобольных же с адекватным отношением к болезни значимо более высокая степень напряженности МПЗ «компенсация» (р≤0,01) и «рационализация» (интеллектуализация) (р≤0,01).

Таблица 5

Результаты сравнительного анализа напряженности механизмов психологической защиты у онкобольных с разным отношением к лечению

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| МПЗ | M±m | | Uэмп |
| Группа 1 | Группа 2 |
| Отрицание | 64,8±21,4 | 84,9±18,0 | **81 (р≤0,01)** |
| Вытеснение | 39,0±30,7 | 85,9±12,4 | **27,5 (р≤0,01)** |
| Регрессия | 35,8±26,7 | 50,4±30,0 | 137 (р>0,05) |
| Компенсация | 79,6±29,2 | 60,0±29,2 | **102,5 (р≤0,01)** |
| Проекция | 16,6±17,2 | 26,2±20,6 | **122 (р≤0,05)** |
| Замещение | 57,4±26,5 | 64,7±21,5 | 161 (р>0,05) |
| Рационализация (интеллектуализация) | 68,3±27,9 | 41,2±33,6 | **106,5 (р≤0,05)** |
| Реактивное образование | 46,4±35,9 | 70,1±25,2 | **93,5 (р≤0,01)** |
| СНЗ | 33,7±5,8 | 41,3±4,5 | **49,5 (р≤0,01)** |

|  |
| --- |
|  |
| Рис. 12. Средние показатели напряженности психологической защиты у онкобольных с разным отношением к лечению |

Общий уровень напряженности психологических защит у больных, отказавшихся от лечения, (см. рис. 12 и табл. 4) значимо выше, чем у больных с адекватным отношением к терапии (р≤0,01; средние показатели в группах 41,3 процент и 33,7 процента соответственно).

На рисунках 13 и 14 представлены данные анализа частоты использования копинг-стратегий, выделенных Р. Лазарусом.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | |  | | | Условные обозначения: | | | 1 | Конфронтация | | 2 | Дистанцирование | | 3 | Самоконтроль | | 4 | Поиск социальной поддержки | | 5 | Принятие ответственности | | 6 | Бегство-избегание | | 7 | Планирование решения проблемы | | 8 | Положительная переоценка | | Рис. 13. Процентное соотношение частоты использования копинг-стратегий у больных с адекватным отношением к лечению (%) | | |

В группе больных с адекватным отношением к лечению количество пациентов с редким и умеренным использованием копинга «конфронтация» одинаковое (по 48%). Часто используют этот копинг 4% испытуемых этой группы. В группе онкобольных, отказавшихся от лечения, у 66,7% опрошенных высокий уровень напряженности этой стратегии, а низкий – только у 6,7% больных. Подавляющее большинство больных, адекватно относящихся к терапии (84%), редко используют стратегию дистанцирования, и только 4% - часто. В группе же больных, отказавшихся от лечения, наблюдается обратная тенденция – большинство из них (60%) для совладания с проблемой часто используют дистанцирование, при этом редкое использование этого копинга среди больных этой категории не выявлено.

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Условные обозначения: | |
| 1 | Конфронтация |
| 2 | Дистанцирование |
| 3 | Самоконтроль |
| 4 | Поиск социальной поддержки |
| 5 | Принятие ответственности |
| 6 | Бегство-избегание |
| 7 | Планирование решения проблемы |
| 8 | Положительная переоценка |
| Рис. 14. Процентное соотношение частоты использования копинг-стратегий у больных, отказавшихся от лечения (%) | |

В группе пациентов с адекватным отношением к болезни преобладающая доля опрошенных (69%) склонна к умеренному использованию стратегии самоконтроля, тогда как в группе больных, отказавшихся от лечения, 73,3% испытуемых редко используют этот копинг. Выраженное предпочтение этой стратегии выявлено у 16% больных первой группы и только у 6,7% пациентов, отказавшихся от лечения.

Стратегию «поиск социальной поддержки» часто используют лишь 13,3% больных, отказавшихся от лечения, а в группе больных с адекватным отношением к нему, доля таких пациентов составила 44%. Редко прибегают к ней 46,7% больных, отказавшихся от лечения и только 4% онкобольных, адекватно относящихся к лечебному процессу.

Подобная картина наблюдается и при анализе распределения частоты использования стратегии «принятие ответственности». В группе больных , отказавшихся от лечения, редко ее используют 46,7% опрошенных, а в группе больных с адекватным отношением к лечению – 4%. Выраженное предпочтение этого копинга при совладании с болезнью выявлено у 34% больных с адекватным отношением к лечению. В сравниваемой группе таких больных не обнаружено. Большинство пациентов обеих групп умеренно используют этот копинг, но среди больных с адекватным отношением к лечению доля таких пациентов больше, чем в группе больных, отказавшихся от лечения (72% и 46,7% соответственно).

У подавляющего большинства больных с адекватным отношением к лечению (80%) наблюдается умеренное использование стратегии избегания, и только 20% из них используют ее часто. В группе же больных, отказавшихся от лечения, у большинства испытуемых (66,7%) выраженное предпочтение этого копинга. Пациентов, редко использующих стратегию избегания в сравниваемых группах не выявлено.

Среди больных, адекватно относящихся к лечению, также не обнаружено никого, кто редко использует стратегию «планирование решения проблем», тогда как в сравниваемой группе доля таких больных составила 40%. Выраженное предпочтение этого копинга при совладании ситуацией болезни выявлено у 48% больных с адекватным отношением к лечению, и у 20% больных, отказавшимся от него.

Ни у кого из больных, не зависимо от отношения к лечению, не обнаружено выраженной склонности к положительной переоценке ситуации. Но в группе больных, отказавшихся от лечения, 80% редко используют эту стратегию, а в группе больных с адекватным отношением к лечению доля таких испытуемых составила 48%. У остальных больных использование этого копинга умеренное.

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Условные обозначения: | |
| 1 | Конфронтация |
| 2 | Дистанцирование |
| 3 | Самоконтроль |
| 4 | Поиск социальной поддержки |
| 5 | Принятие ответственности |
| 6 | Бегство-избегание |
| 7 | Планирование решения проблемы |
| 8 | Положительная переоценка |
| Рис. 15. Групповые профили копинг-стратегий у онкобольных с разным отношением к лечению (Т-баллы) | |

Групповые профили копинг-стратегий, представленные на рисунке 15, отражают различия в структуре совладающего поведения больных с разным отношением к лечению. Больные с адекватным отношением к нему в наибольшей степени склонны к использованию таких копингов, как «планирование решения проблемы» (58,8 Т-баллов), «поиск социальной поддержки»» (56,8 Т-балла) и «принятие ответственности» (55,4 Т-балла). Реже всего они используют дистанцирование (31,7 Т-балла).

У больных, отказавшихся от лечения, доминирующими являются стратегии конфронтации (64,7 Т-балла), бегства-избегания (63,9 Т-балла) и дистанцирования (61,3 Т-балла). Наименьшее предпочтение они отдают положительной переоценке (28,4 Т-балла) и самоконтролю (32,6 Т-балла).

Данные статистического анализа различий использования копинг-стратегий, представленные в таблице 5, позволяют говорить о том, что онкологические больные с адекватным отношением к лечению в значимо большей степени, чем больные, отказавшиеся от него, предпочитают использовать такие стратегии, как «самоконтроль» (р≤0,01), «поиск социальной поддержки» (р≤0,01), «принятие ответственности» (р≤0,01), «планирование решения проблем» (р≤0,01) и «положительная переоценка» (р≤0,05).

Таблица 5

Результаты сравнительного анализа выраженности копинг-стратегий у онкобольных с разным отношением к лечению

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Копинги | M±m | | Uэмп |
| Группа 1 | Группа 2 |
| Конфронтация | 38,0±8,8 | 64,7±13,5 | **23 (р≤0,01)** |
| Дистанцирование | 31,7±12,4 | 63,1±11,1 | **14 (р≤0,01)** |
| Самоконтроль | 51,2±9,9 | 32,6±17,9 | **73 (р≤0,01)** |
| Поиск социальной поддержки | 56,8±9,1 | 39,5±12,7 | **53 (р≤0,01)** |
| Принятие ответственности | 54,3±7,5 | 38,6±11,0 | **40,5 (р≤0,01)** |
| Бегство-избегание | 48,3±13,4 | 63,9±10,0 | **65,5 (р≤0,01)** |
| Планирование решения проблемы | 58,8±7,4 | 43,4±12,5 | **63,5 (р≤0,01)** |
| Положительная переоценка | 37,9±9,8 | 28,4±11,9 | **103,5 (р≤0,05)** |

Больные, отказавшиеся от лечения, отличаются от больных с адекватным отношением к нему значимо большим предпочтением таких копингов, как «дистанцирование» (р≤0,01) и «бегство-избегание» (р≤0,01).

На рисунках 16 и 17 представлены данные анализа соотношения уровней выраженности копинг-стратегий, выделенных Дж. Амирханом.

Согласно полученным данным, высокий уровень стратегии «решение проблем» выявлен у 36% больных с адекватным отношением к лечению и только у 6,7% больных, отказавшимся от него. 20% онкобольных, адекватно относящихся к лечению, имеют низкий уровень этого копинга, а 4% - очень низкий. В группе больных, отказавшихся от лечения, низкий уровень решения проблем имеют 53,3% опрошенных, а очень низкий – 6,7%. Остальные пациенты используют эту стратегию умеренно.

|  |
| --- |
|  |
| Рис. 15. Процентное соотношение уровней копинг-стратегий у онкобольных с адекватным отношением к лечению (%) |

|  |
| --- |
|  |
| Рис. 16. Процентное соотношение уровней копинг-стратегий у онкобольных, отказавшихся от лечения (%) |

Наибольшие различия в уровне копинг-стратегий получены по шкале «поиск социальной поддержки». В группе больных с адекватным отношением к лечению у 40% выявлен высокий уровень этого копинга, тогда как в сравниваемой группе таких больных не обнаружено. Умеренный уровень поиска поддержки от окружающих имеют 80% больных, отказавшихся от лечения, и 56% больных с адекватным отношением к нему.

Только у 12 % больных, адекватно относящихся к лечению, выявлен высокий уровень избегания проблем, тогда как в группе отказавшихся от лечения он встречается у 60% больных. Низкий уровень избегания проблем имеют 44% больных с адекватным отношением к болезни и 26,7% больных, отказавшихся от него. Среди больных, отказавшихся от лечения, не оказалось пациентов с низким уровнем напряженности этого копинга, а среди больных с адекватным отношением к терапии очень низкий уровень избегания выявлен у 32% опрошенных.

|  |
| --- |
|  |
| Рис. 17. Средние показатели выраженности копинг-стратегий у онкобольных с разным отношением к лечению (%) |

Таблица 6

Результаты сравнительного анализа выраженности копинг-стратегий у онкобольных с разным отношением к лечению

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Копинги | M±m | | Uэмп |
| Группа 1 | Группа 2 |
| Решение проблемы | 26,3±5,7 | 23,3±5,6 | **125 (р≤0,01)** |
| Поиск социальной поддержки | 27,2±4,2 | 23,2±5,6 | **125 (р≤0,01)** |
| Избегание проблем | 19,0±5,5 | 27,1±5,5 | **55 (р≤0,05)** |

Согласно рисунку 17 и таблице 6, выраженность копинга, направленного на решение проблем у больных с адекватным от ношением к лечению значимо выше, чем у больных, отказавшихся от лечения (р≤0,01, средние показатели 26,3 балла и 23,3 балла соответственно).

Также у больных, адекватно относящихся к лечению, значимо выше, чем в сравниваемой группе, уровень стратегии поиска социальной поддержки (р≤0,01, средние показатели 27,2 балла и 23,2 балла соответственно).

Больные же, отказавшиеся от лечения, отличаются от больных с адекватным отношением к нему значимо более выраженной склонностью к использованию стратегии избегания проблем (р≤0,01, средние показатели 27,1 балла и 19,0 балла соответственно).

Таким образом, существуют значимые отличия в выраженности и иерархии механизмов психологической защиты и копинг-стратегий у онкологических больных с разным отношением к лечению.

# 2.4. Анализ полученных данных

Результаты сравнительного анализа механизмов психологической защиты и стратегий совладающего поведения позволяют говорить о специфической структуре защитных механизмов и копинг-стратегий у онкобольных, отличающихся от таковой у людей, не страдающих онкологическими и другими тяжелыми заболеваниями.

В ходе исследования было выявлено, что у онкобольных напряженность таких защитных механизмов, как отрицание, компенсация, проекция, замещение и реактивное образование значительно выше, чем у «условно здоровых» лиц. В структуре психологических защит у онкобольных доминируют отрицание, компенсация, замещение и рационализация. При этом, из доминирующих МПЗ чаще всего больные раком органов пищеварения используют (по мере убывания) компенсацию, отрицание и рационализацию.

Кроме того, у больных раком выявлен высокий уровень напряженности таких защитных механизмов, как вытеснение, и реактивное образование. В наименьшей степени у онкобольных выражены такие защитные механизмы, как проекция и регрессия, уровень напряженности которых соответствует уровню в нормативной выборке.

Полученные результаты позволяют говорить о том, что онкобольные с ситуации болезни используют как примитивные (протективные[[1]](#footnote-1)) психологические защиты от травм извне, выражающиеся в пассивном уходе от проблемы (отрицание, проекция, вытеснение и реактивное образование), так и защиты высшего порядка (дефензивные[[2]](#footnote-2)), требующих активности в совладании с болезнью – (компенсация, интеллектуализация, замещение.) Пассивные же защитные механизмы, способствуют только снижению эмоционального напряжения и нейтрализации негативных психических состояний (тревожности, страха).

Выявленное доминирование в структуре МПЗ у онкобольных механизма отрицания подтверждает данные других авторов о том, что у этой категории больных, сильно выражен механизм «отрицания» [22, 39, 52 и др.]. Можно сказать, что в стрессовой ситуации, связанной с заболеванием, онкобольные в большей степени, чем здоровые люди, склонны к отвержению мыслей, чувств, желания, потребностей или реальности, которые на сознательном уровне не могут в себе принять, они стараются не допускать до сознания и не воспринимать, тот факт, что их здоровью грозит серьезная опасность.

Высокий уровень компенсации у больных раком также можно объяснить стремлением к избеганию негативных переживаний, связанных с заболеванием. Однако это активный механизм защиты, позволяющий поддерживать высокую самооценку и выходить из состояния подавленности [9]. Высокая же (адекватная) самооценка, в свою очередь, является личностным ресурсом в совладаними с трудными жизненными ситуациями. Это обусловлено тем, что следствием высокой самооценки является вера в свою способность к эффективной деятельности, решению проблем и совладанию со стрессами [12]. К тому же, как указывает Л.И. Анцыферова [2], люди, обладающие положительной самооценкой, предпочитают конструктивные стратегии совладания со стрессом. Кроме того, согласно Л.И. Вассерман с соавторами [8], высокий уровень компенсации связан с относительно адекватными типами отношения к болезни (гармоничный, эргопатический и анозогнозический по тесту ТОБОЛ), а снижение выраженности компенсации соотносится с возникновением психических нарушений преимущественно аффективного регистра. Это позволяет рассматривать компенсацию как адаптивный механизм психологической защиты у онкобольных.

Механизм замещения, являющийся, наряду с отрицанием, компенсаций и рационализацией, у онкобольных доминирующим, способствует снижению эмоционального напряжения, вызванного фрустрирующей ситуацией. Данный механизм не приводит к разрешению проблемы, но в ситуации совладания с болезнью его можно рассматривать как адаптивный, направленный на сохранение относительного психологического благополучия больных. Психологическое же благополучие, в свою очередь, является одним из важных факторов, положительно влияющих на процесс выздоровления.

Рационализация относится к дефензивным механизмам защиты, допускающим травмирующую информацию в сознание, но позволяющим интерпретировать ее «безболезненно». Наличие высокого уровня рационализации (интеллектуализации) у онкобольных является благоприятным показателем, поскольку рационализация относится к защите высшего порядка и способствует конструктивному более поведению в стрессовой ситуации, чем при использовании примитивных защит.

В выборке здоровых людей механизмы отрицания, компенсации, замещения и рационализации также являются ведущими, однако уровень напряженности этих механизмов психологической защиты у них в пределах нормы, а уровень дефензивных механизмов выше, чем уровень протективных. У онкобольных же эти механизмы являются сверхнапряженными, что свидетельствует о дезадаптации и существующих неразрешенных внутриличностных конфликтах. Это подтверждает и общий уровень напряженности психологических защит, который у больных раком значительно выше, чем у здоровых испытуемых. Также у больных раком напряженность протективных защитных механизмов выше, чем дефензивных.

Таким образом, полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что как онкобольные, так и здоровые люди, в стрессовой ситуации используют как пассивные, так и активные механизмы психологической защиты. Но иерархия, напряженность и репертуар этих защит различен.

Изучение произвольных способов совладания со стрессом выявило достаточно большое количество больных раком с высоким уровнем напряженности копинг-стратегий, которые, в зависимости от ситуации, могут принимать как продуктивную, так и непродуктивную форму. Наиболее часто высоким уровнем напряженности у онкобольных представлены такие копинги, как бегство-избегание (37,5% опрошенных) и поиск социальной поддержки (32,5%) и конфронтация (27,7%). Реже всего у больных раком встречается высокая напряженность стратегий самоконтроля (10%) и принятия ответственности (15%), а сверхнапряженность копинга положительной переоценки ситуации в исследуемой выборке онкобольных не выявлена. Эти данные позволяют говорить о том, что больные раком органов пищеварения в ситуации стресса используют как эмоционально-ориентированные копинги (бегство-избегание и конфронтации), так и проблемно-ориентированные (поиск социальной поддержки).

В сравнении с онкобольными, у здоровых людей высокая напряженность копингов встречается с частотой, не превышающей 12,5%. Если рассматривать напряженность копингов, высокий уровень которых наиболее часто встречается у онкобольных, то нужно отметить, что, в отличие от больных раком, здоровые люди или редко используют эти стратегии, или умеренно.

Групповой профиль копинг-стратегий отражает различия в структуре поведенческих реакций в трудной жизненной ситуации у больных раком и здоровых лиц. Онкобольные отдают предпочтение стратегиям избегания, планирования решения проблем и поиска социальной поддержки, и меньше всего используют стратегию самоконтроля. Здоровые же люди чаще всего в трудной ситуации предпочитают планирование решения проблем и положительную переоценку, и, как и онкобольные, реже всего – самоконтроль.

Средний уровень напряженности копингов показывает, что для здоровых людей характерно умеренное использование таких стратегий, как поиск социальной поддержки, планирование решения проблемы и положительная переоценка и редкое использование остальных копинг-стратегий. Т.е., здоровые люди чаще всего используют копинги, направленные на решение проблемы. У онкобольных же выявлена тенденция к умеренному использованию всех копинг-стратегий, кроме положительной переоценки, которая используется редко.

Сравнительный анализ напряженности копинг-стратегий у онкобольных и здоровых испытуемых выявил статистически значимые различия по всем показателям. Полученные данные позволяют констатировать, что больные раком, в сравнении со здоровыми лицами, значительно чаще в стрессовой ситуации используют стратегии конфронтации, дистанцирования, самоконтроля, поиска социальной поддержки, принятия ответственности, бегства-избегания и планирования решения проблем, но значительно реже – стратегию положительной переоценки.

Результаты исследования копинг-стратегий, полученные с помощью методики Дж. Амирхана, показали, что четверть онкобольных имееьт высокий уровень стратегии решения проблем, 27,5% - поиска социальной поддержки и 30% - избегания проблем. В отношении здоровых людей можно сказать, что высокий уровень напряженности этих копингов у них встречается редко (не более 5%), и степень их напряженности значительно ниже, чем у онкобольных.

Таким образом, у здоровых людей в ситуации стресса доминируют проблемно-ориентированные копинги, то в структуре копинг-стратегий больных раком примерно в равной степени представлены как проблемно-ориентированные, так и эмоционально-ориентированные копинги. Однако использование всех копинг-стратегий может носить как конструктивный, так и деструктивный характер, в частности, в контексте отношения больных к лечению. Мы предположили, что механизмы психологической защиты и копинг-поведение у больных с разным отношением будут различны.

Для проверки этого предположения был проведен сравнительный анализ МПЗ и копинг-стратегий больных с разным отношением к болезни.

Изучение особенностей копинг-стратегий в плане традиционного понимания копинга как способа ухода от проблемы у онкобольных, проводимое с помощью методики WCQ) Р. Лазаруса и С. Фолкмана, показало, что только у 4% онкобольных с адекватным отношением к лечению выраженное предпочтение стратегии конфронтации, тогда как среди пациентов, отказавшихся от лечения, доля таких больных составила 66,7%. Сравнительный анализ среднего уровня этого копинга в группах показал, что его напряженность у отказавшихся от лечения значительно выше, чем у больных с адекватным отношением к нему. При этом, в группе пациентов с адекватным отношением к лечению напряженность этого копинга ближе к умеренной, тогда как в сравниваемой группе высокий и носит дезаптивный характер. На основании этого мы можем предположить, что конфронтация у больных с адекватным отношением проявляется в осуществлении конкретных действий, направленных либо на изменение ситуации, связанной с болезнью, либо на отреагирование негативных эмоций. Т.е., можно предположить, что у этой категории больных конфронтация направлена, кроме снижения уровня эмоционального напряжения, еще и на действия по преодолению ситуации болезни, в том числе и активное участие в лечении. У больных же, отказавшихся от лечения, уровень напряженности этого копинга позволяет говорить о том, что их поведение отличается импульсивностью, враждебностью, конфликтностью и неоправданным упорством. При этом, поведение направлено не на изменение ситуации, а на разрядку эмоционального напряжения.

Таким образом, уровень напряженности копинга конфронтации позволяет констатировать, что у больных с адекватным отношением к болезни он адаптивный и проявляется как возможность активного противостояния трудностям и стрессогенному воздействию ситуации онкозаболевания. У больных этот копинг неадаптивный, поскольку не ведет к разрешению проблемы, а служит лишь средством снижения эмоционального напряжения, что, возможно, является причиной пассивного отношения к лечению.

Среди больных с адекватным отношением к лечению преобладающее число пациент редко используют стратегию дистанцирования (82%), тогда как 60% больных, отказавшихся от лечения, используют ее часто. Значимые различия в напряженности этого совладающего поведения получены и при сравнении средних показателей – у больных, отказавшихся от лечения напряженность этого копинга значительно выше. Полученные нами результаты позволяют говорить о том, что больные раком органов пищеварения, отказавшиеся от лечения, когнитивные усилия направлены на отделение от ситуации болезни и уменьшение ее значимости, что может являться причиной отказа от лечения на начальном этапе заболевания или невыполнения всех необходимых лечебных процедур. В частности, отказа от хирургического вмешательства. Больные же с адекватным отношением к болезни не стремятся дистанцироваться от ситуации, адекватно оценивают ее угрозу и значимость своевременного лечения.

Значимые различия получены и как в частоте использования, так и в напряженности копинга «самоконтроль». В группе больных с адекватным отношением к лечению преобладают пациенты с умеренным использованием этой стратегии (69%), а у 16% из них выраженное ее предпочтение. Также у них значимо выше, чем в сравниваемой группе, уровень напряженности этого копинга. Больные же, отказавшиеся от лечения, в 73,3% случаев редко используют копинг, направленный на контроль своих эмоций и поведения). Самоконтроль эмоций позволяет больным сдерживать их, не допуская негативного влияния на адекватную оценку ситуации и выбор стратегии совладания с ней, а также позволяет сохранять самообладание. Относительная эмоциональная стабильность, обусловленная высоким уровнем самоконтроля, позволяет больным адекватно оценить степень угрозы, прогноз и роль в своевременного и лечения и профессиональной медицинской помощи в преодолении болезни. В случае же эмоциональной нестабильности у больного может наблюдаться или недооценка угрозы ситуации, и тогда он отказывается от лечения, либо ее переоценка, в случае чего больной может решить, что все напрасно, нужно доживать, не страдая хотя бы от последствий химеотерапии, так как все равно ничем нельзя помочь. В этом случае копинг самоконтроля является адаптивным в совладании больными с онкологическим заболеванием.

В отличие от больных, отказавшихся от лечения, среди больных чаще встречается выраженное предпочтение копингов, направленных на поиск социальной поддержки и принятие ответственности, а пациентов, редко использующих его, среди больных, отказавшихся от лечения почти половина (46,7%). Неблагоприятным признаком является полное отсутствие среди больных, отказавшихся от лечения, пациентов с выраженным предпочтением стратегии планирования. Напряженность этих копингов у больных с адекватным отношением к лечению значительно выше, чем в сравниваемой группе. Это подтверждают и результаты, полученные с помощью методики Д. Амирхана, согласно которым больные с адекватным отношением к болезни в значительно большей степени ориентированы на поиск социальной поддержки и решение проблем, чем больные, отказавшиеся от лечения.

Поиск социальной поддержки, принятие ответственности и планирование решения проблем рассматривается как адаптивные стратегии при совладании со стрессом, направленные на разрешение проблемной или стрессовой ситуации. Значимо меньший уровень напряженности этих стратегий у больных, отказавшихся от лечения, с высокой вероятностью позволяют допустить, что копинг-стратегии оказывают влияние на отношение онкобольных к лечению.

Также в ходе исследования было выявлено, что, не смотря на уровень копинг бегства-избегания, указывающего на выраженное его предпочтение у больных обеих сравниваемых групп, его напряженность у пациентов с адекватным самоотношением значительно ниже, чем у отказавшихся от лечения. Склонность онкобольных к избеганию может объясняться тем, что больные стремятся к подавлению нежелательных мыслей, пугающих образов из-за переоценки опасности событий для жизни, также в связи с необходимостью преодоления негативных эмоциональных переживаний. При относительно невысоком уровне напряженности этот копинг рассматривается для онкобольных как адаптивный, помогающий совладать с ситуацией болезни. Однако чрезмерно высокая напряженность избегания, как у больных, отказавшихся от лечения, может проявляться в снижении усилий, направленных на взаимодействие с проблемами [31], в том числе и в отказе от лечения. Результаты, полученные по методике WCQ Лазаруса , подтверждаются и данными методики Дж. Амирхана, согласно которым, у больных, отказавшихся от лечения, чаще фиксируется высокий уровень избегания, а его выраженность значительно выше, чем у больных с адекватным отношением к болезни.

Статистически значимые отличия получены и в структуре и выраженности неосознаваемых механизмов психологической защиты от стресса у больных с разным отношением к болезни.

Результаты исследования МПЗ показали, что механизм отрицания больные обеих групп используют одинаково часто, но уровень его напряженности у больных, отказавшихся от лечения значительно выше, чем в сравниваемой группе. Также у больных, которые отказались от лечения, значительно более высокий уровень напряженности таких протективных защитных механизмов, как вытеснение, реактивные образования, проекция) и значительно менее выражены дефинзивные механизмы (компенсация, замещение, рационализация). То есть, неосознаваемая защита больных, отказавшихся от лечения, направлена основном на нейтрализацию или снижение негативных эмоций, связанных с заболеванием, а у больных с адекватным отношением к болезни – на преодоление стрессовой ситуации, что является более конструктивным, чем при использовании примитивных защит.

Таким образом, у онкологических больных, отказавшихся от лечения, при совладании со стрессом, связанным с ситуацией онкологического заболевания, преобладают незрелые, примитивные механизмы психологической защиты и субъектно-ориентированный копинг (пассивный), заключающийся в эмоциональном реагировании на психотравмирующую ситуацию, не сопровождающийся конкретными действиями, направленными на совладание с ней. Больные с адекватным отношением к лечению значительно более, чем отказавшиеся от него, на неосознаваемом уровне чаще используют защитные механизмы высшего порядка, а на осознаваемом – проблемно-ориентированные копинг-стратегии, направленные на преодоление болезни.

# 

# 2.5. Выводы

1. Существует специфическая структура неосознаваемых защитных механизмов у онкобольных, отличающихся от таковой у людей, не страдающих онкологическими и другими тяжелыми заболеваниями:

- у онкобольных напряженность таких защитных механизмов, как отрицание, компенсация, проекция, замещение и реактивное образование значительно выше, чем у «условно здоровых» лиц;

- в структуре психологических защит у онкобольных доминируют отрицание, компенсация, замещение и рационализация. При этом, из доминирующих МПЗ чаще всего больные раком органов пищеварения используют компенсацию, отрицание и рационализацию;

- онкобольные с ситуации болезни используют как примитивные (протективные) психологические защиты от травм извне, выражающиеся в пассивном уходе от проблемы (отрицание, проекция, вытеснение и реактивное образование), так и защиты высшего порядка (дефензивные), требующих активности в совладании с болезнью – (компенсация, интеллектуализация, замещение.)

- у здоровых людей механизмы отрицания, компенсации, замещения и рационализации также являются ведущими, однако уровень напряженности этих механизмов психологической защиты в пределах нормы, а дефензивные механизмы доминируют над протективными. У онкобольных же напряженность протективных защитных механизмов выше, чем дефензивных, а все механизмы психологической защиты, кроме регрессии и проекции, являются сверхнапряженными, что свидетельствует о дезадаптации и существующих неразрешенных внутриличностных конфликтах;

- у онкологических больных при совладании со стрессом преобладают незрелые, примитивные механизмы психологической защиты и субъектно-ориентированный копинг (пассивный), заключающийся в эмоциональном реагировании на психотравмирующую ситуацию, не сопровождающийся конкретными действиями, направленными на совладание с ней.

- таким образом, гипотеза о том, что онкобольные, так и здоровые люди, в стрессовой ситуации используют как пассивные, так и активные механизмы психологической защиты, но иерархия, напряженность и репертуар этих защит различен, подтверждена.

2. Существуют различия в структуре и напряженности осознаваемых способов совладания со стрессом у онкобольных и здоровых людей:

- онкобольные при совладании со стрессом отдают предпочтение стратегиям избегания, планирования решения проблем и поиска социальной поддержки, и меньше всего используют стратегию самоконтроля. Здоровые же люди чаще всего в трудной ситуации предпочитают планирование решения проблем и положительную переоценку;

- здоровые люди чаще всего используют копинги, направленные на решение проблемы, тогда как онкобольные используют одновременно как проблемно-ориентированные, так и эмоционально ориентированные копинги;

3. Существуют различия в структуре и напряженности как неосознаваемых механизмов психологической защиты, так и осознаваемых способов совладания со стрессом у больных с разным отношением к болезни:

у больных, отказавшихся от лечения, значительно более высокий уровень напряженности протективных защитных механизмов (вытеснение, реактивные образования, проекция) и значительно менее выражены дефинзивные механизмы (компенсация, замещение, рационализация). То есть, неосознаваемая защита больных, отказавшихся от лечения, направлена основном на нейтрализацию или снижение негативных эмоций, связанных с заболеванием, а у больных с адекватным отношением к болезни – на преодоление стрессовой ситуации, что является более конструктивным, чем при использовании примитивных защит.

4. Таким образом, гипотезы исследования подтверждены.

# Заключение

Работа была посвящена изучению особенностей психологической защиты и совладающего поведения у онкологических больных. В ходе исследования было проведен теоретический анализ психологических аспектов онкологического заболевания, рассмотрены подходы и эмпирические исследования особенностей копинг-стратегий и механизмов психологической защиты у онкобольных. Результаты теоретического исследования показали, что психологическими аспектами онкологических заболеваний являются особенности реагирования на стрессовые жизненные ситуации и на заболевание болезнь, личностные особенности, препятствующие или способствующие совладанию со стрессом, стили совладающего поведения. Копинг-поведение онкологических больных зависит от когнитивной оценки заболевания. Преобладание когнитивной оценки болезни и лечения как угрозы связано с выбором эмоционально-ориентированных стратегий копинг-поведения, тогда как проблемно-ориентированное копинг-поведение связано с когнитивной оценкой болезни и лечения как вызов. Копинг-поведение онкологических больных зависит от уровня эмоциональной дезадаптации, уровня адаптивных возможностей, локализации опухоли, кризиса болезни. При этом не только адаптивные, но некоторые дезадаптивные копинг-стратегии улучшают, помогают онкобольным в совладании с болезнью. Копинг-поведение при онкологических заболеваниях характеризуется наличием двух тенденций: а) совладание, направленное на взаимодействие со стрессором, связанное с более высоким уровнем психологического благополучия и качеством жизни; б) совладание, ориентированное на избегание стрессора у больных с онкологическими заболеваниями снижает психосоциальную адаптацию.

Характерной особенностью психологической защиты у онкологических больных является предпочтение «интеллектуальных» механизмов защитного поведения и «отрицания», как формы первичной, базовой реакции на болезнь. Специфические особенности защитных механизмов зависят от тяжести заболевания и локализации опухоли. Механизмы психологической защиты могут, как снижать, так и повышать уровень тревоги у онкобольных, а также оказывают влияние на принятие или отказ от лечения.

Результаты позволяют констатировать, что стратегии совладающего поведения и механизмы психологической защиты отличаются от таковых у здоровых людей, а также имеют свою специфику в зависимости от личностных особенностей пациентов, их реакции на болезнь и локализации опухоли.

В эмпирической части исследования был проведен сравнительный анализ особенностей совладания со стрессом онкобольных и здоровых людей, а также онкобольных с разным отношением к болезни.

Полученные эмпирические данные позволили сделать вывод о том, что существует специфическая структура неосознаваемых защитных механизмов у онкобольных, отличающихся от таковой у людей, не страдающих онкологическими и другими тяжелыми заболеваниями: у онкобольных значительно выше, чем у здоровых людей, напряженность таких защитных механизмов, как отрицание, компенсация, проекция, замещение и реактивное образование. В структуре психологических защит у онкобольных доминируют отрицание, компенсация, замещение и рационализация. При этом, из доминирующих МПЗ чаще всего больные раком органов пищеварения используют компенсацию, отрицание и рационализацию. Таким образом, онкобольные с ситуации болезни используют как примитивные (протективные) психологические защиты от травм извне, выражающиеся в пассивном уходе от проблемы (отрицание, проекция, вытеснение и реактивное образование), так и защиты высшего порядка (дефензивные), требующих активности в совладании с болезнью – (компенсация, интеллектуализация, замещение.)

У здоровых людей механизмы отрицания, компенсации, замещения и рационализации также являются ведущими, однако уровень напряженности этих механизмов психологической защиты в пределах нормы, а дефензивные механизмы доминируют над протективными. У онкобольных же напряженность протективных защитных механизмов выше, чем дефензивных, а все механизмы психологической защиты, кроме регрессии и проекции, являются сверхнапряженными, что свидетельствует о дезадаптации и существующих неразрешенных внутриличностных конфликтах.

Выявлены статистически значимые различия в структуре и напряженности осознаваемых способов совладания со стрессом у онкобольных и здоровых людей: онкобольные при совладании со стрессом отдают предпочтение стратегиям избегания, планирования решения проблем и поиска социальной поддержки, и меньше всего используют стратегию самоконтроля. Здоровые же люди чаще всего в трудной ситуации предпочитают планирование решения проблем и положительную переоценку. Здоровые люди чаще всего используют копинги, направленные на решение проблемы, тогда как онкобольные используют одновременно как проблемно-ориентированные, так и эмоционально ориентированные копинги.

Полученные результаты подтвердили гипотезу о том, что онкобольные, так и здоровые люди, в стрессовой ситуации используют как пассивные, так и активные механизмы психологической защиты, но иерархия, напряженность и репертуар этих защит различен.

Однако использование всех копинг-стратегий может носить как конструктивный, так и деструктивный характер, в частности, в контексте отношения больных к лечению. Мы предположили, что механизмы психологической защиты и копинг-поведение у больных с разным отношением будут различны.

Результаты сравнительного анализа показали, что, в отличие от больных с адекватным отношением к лечению, совладающее поведение пациентов, отказавшихся от лечения, характеризуется значительно более частым использованием неадаптивных стратегий, и более редким – адаптивных. Можно сказать, что для больных с адекватным отношением к лечению характерно признание своей роли в проблеме с сопутствующими попытками ее решения, стремление предпринимать проблемно-фокусированные усилия по изменению ситуации, включающие аналитический подход к проблеме, а также усилия по созданию положительного значения ситуации болезни с фокусированием на ее преодоление. Они реже прибегают к стратегии «бегства – избегания», что позволяет ее расценивать как адаптивную в сложившейся ситуации, поскольку она позволяет избегать психотравмирующих переживаний. Можно сказать, что онкобольные с адекватным отношением к лечению характеризуются большей склонностью к активным усилиям по изменению ситуации и готовностью к риску, чем больные, отказавшиеся от лечения.

Пациенты же, отказавшиеся от лечения, стремятся отделиться от ситуации болезни и уменьшить ее значимость, в недостаточной степени прилагают усилия в поиске информационной, действенной и эмоциональной поддержки со стороны окружающих, направляют усилия не на разрешение проблемы, а на нивелирование негативных эмоциональных переживаний. У них высокий уровень напряженности копинга, направленного на избегание проблемы. Проблемно-ориентированные когнитивные копинг-стратегии (поиск информации) связаны с позитивной аффективностью, а эмоциональные копинг-стратегии (избегание) и чрезмерна напряженность конфронтации и дистанцирования связаны с негативной эмоциональностью, снижением самооценки и ухудшением адаптации к стрессовой ситуации больных, отказавшихся от лечения.

Таким образом, у больных, отказавшихся от лечения, значительно более высокий уровень напряженности протективных защитных механизмов (вытеснение, реактивные образования, проекция) и значительно менее выражены дефинзивные механизмы (компенсация, замещение, рационализация). То есть, неосознаваемая защита больных, отказавшихся от лечения, направлена основном на нейтрализацию или снижение негативных эмоций, связанных с заболеванием, а у больных с адекватным отношением к болезни – на преодоление стрессовой ситуации.

Таким образом, гипотеза о том, что существуют различия в структуре и напряженности, как неосознаваемых механизмов психологической защиты, так и осознаваемых способов совладания со стрессом у больных с разным отношением к болезни подтвердилась.

Полученные результаты могут быть использованы в психотерапии онкобольных, направленной на формирование установки к лечению путем коррекции неадаптивных защитных механизмов и стратегий совладающего поведения.

# Список литературы

1. Абабков В.А., Перре М.А. Адаптация к стрессу. Основные теории, диагностики, терапии. - СПб.: Речь, 2004. - 166 с.
2. Анцыферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысление, преобразование ситуаций и психологическая защита // Психологический журнал. - 1994. - Т. 15. - № 1. - С. 3–18.
3. Баскакова С.А. Современные представления о способах совладания с психическими расстройствами // Социальная и клиническая психиатрия. Т. 20. Вып. 2. – М., 2010. - С.88-97.
4. Биктина Н.Н., Кекк А.Н. Теоретические аспекты изучения личностных особенностей онкобольных // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015. - № 3. – С.450-451.
5. Богомолов А.М. Личностный адаптационный потенциал в контексте системного анализа // Психологическая наука и образование. - 2008.- №1. - С.67–73.
6. Богомолов А.М., Портнова А.Г. Связь интенсивности психологической защиты с процессом самореализации в период активного формирования личности // Мир психологии. - 2005. - №1. - С. 248-253.
7. Большой психологический словарь / Под ред. Мещерякова Б.Г., Зинченко В.П. – СПб.: Еврознак, Прайм-Еврознак, 2009. - 816 с.
8. Вассерман Л.И. Методика для психол. диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями: пособие для врачей и медицинских психологов / Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Е.Р. Исаева и др. – СПб.: НИПНИ им. Бехтерева, 2009. – 39 с.
9. Вассерман Л.И. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля. Пособие для психологов и врачей / Л.И.Вассерман, О.Ф.Ерышев, Е.Б. Клубова и др.; под ред. Л.И. Вассермана. - СПб.: НИПНИ им. В.М.Бехтерева, 2005. – 54 с.
10. Грачев Г.В. Личность и общество: информационно-психологическая безопасность и психологическая защита. – М.: ПЕР СЭ, 2004. – 304 с.
11. Демография на 1 июля 2016 года [Электронный ресурс] // Федеральная служба государственной статистики. – Режим доступа: <http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/>
12. Иванова Т.Ю. Функциональная роль личностных ресурсов в обеспечении психологического благополучия: дис. … канд. психол. наук: 19.00.01. – М., 2016. – 206 с.
13. Ивашкина М.Г. Психологические особенности личности онкологических больных: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.11. – М., 1998. - 166 c.
14. Карцева Т.Б. Личностные изменения в ситуациях значимых жизненных перемен // Психологический журнал. - 2010. - №5. - С.120-128.
15. Киршбаум Э.И., Еремеева А.И. Психологическая защита. - М: Смысл, 2000. – 181 с.
16. Корнилова Т.В. Интеллектуально-личностный потенциал человека в стратегиях совладания // Вестник Московского университета.- Серия 14 «Психология» . – 2010 . – № 1. - С. 46-57.
17. Коцюбинский А.П., Скорик А.И. и др. Шизофрения: уязвимость-диатез-стресс-заболевание. – СПб.: Гиппократ +, 2004. 336 с.
18. Крюкова Т.Л. Психология совладающего поведения в разные периоды жизни: Монография. – Кострома: Изд-во КГУ им. Н. А. Некрасова, 2010. 296 с.
19. Крюкова Т.Л. Психология совладающего поведения: Монография. – Кострома: Авантитул, 2004. 344 с.
20. Крюкова Т.Л. Человек как субъект совладающего поведения // Материалы междунар. науч.- практ. конференции «Психология совладающего поведения» / отв. ред. Е.А. Сергиенко, Т.Л. Крюкова – Кострома, 2007. - С. 41-44.
21. Крюкова Т.Л., Сапоровская М.В., Куфтяк Е.В. Психология семьи: жизненные трудности и совладение с ними. - СПб.: Речь, 2005. - 240 с.
22. Кукина М.В. Исследование механизмов психологической защиты у инкурабельных онкологических больных // Седьмая волнапсихологии. Вып. 6.– Ярославль-Минск: МАПН, 2009. – С. 109-113.
23. Леонтьев Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. - М.: Смысл, 2009. - 512 с.
24. Либина А.В. Совладающий интеллект: человек в сложной жизненной ситуации. – М.: Эксмо, 2008. - 400 с.
25. Либина Е.В. Индивидуальные различия в стратегиях разрешения человеком сложных жизненных ситуаций: дис. ... канд. психол. наук. - М., 2003. - 129 с.
26. Мадди С.Р. Смыслообразование в процессе принятия решений // Психологический журнал. - 2011. -Т.26. - №6 . – С.87-101.
27. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика. – М.: Класс, 2010. – 480 с.
28. Маклаков А.Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях // Психологический журнал. – 2001. – Т. 22. – № 1. - С. 16-24.
29. Махнач Л.М. Копинг-стратегии у онкологических пациентов с различнойстепенью эмоциональной дезадаптации // Философия и социальные науки: Научный журнал. – 2011. - № 2. – С. 69-74.
30. Махнач Л.М. Личностные характеристики и механизмы психологической защиты у онкологических пациентов [Электронный ресурс] // Психосоциальная адаптация в трансформирующемся обществе: социализация субъекта на разных этапах онтогенеза : материалы IV Междунар. науч. конф., Минск, 21-22 мая 2015 г.. - Минск : Изд. центр БГУ, 2015. - С.273-276
31. Московченко Д.В. Совладающее поведение женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04. - М., 2016. - 218 с.
32. Набиуллина Р.Р., Тухтарова И.В. Механизмы психологической защиты и совладания со стрессом. – Казань: Изд-во Кураж, 2003. – 99 с.
33. Нартова-Бочавер С.К. «Coping behavior» в системе понятий психологии личности // Психологический журнал. - 1997. - Т. 18, №5. - С. 20-30.
34. Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей.– СПб.: Речь, 2010. - 342 с.
35. Перре М. и др. Стресс и копинг как факторы влияния // Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. – СПб.: Питер, 2007. – С. 358-388.
36. Петрова Е.А. Межпоколенные отношения как ресурс совладающего поведения: дис. … канд. психол. наук: 19.00.13. - Кострома, 2008. - 249 с.
37. Психодиагностика стресса: Практикум / Сост. Р.В. Куприянов, Ю.М. Кузьмина. – Казань: КНИТУ, 2012. – 212 с.
38. Русина Н.А. Реакции адаптации пациентов онкологической клиники [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – № 5 (22). – URL: <http://mprj.ru>
39. Русина Н.А., Говоровская К.С. Копинг-ресурсы больных раком гортани // Психология совладающего поведения: матер. II Междунар. науч.-практ. конф.,Кострома, 23-25 сент. 2010 г. – В 2 т. – Т. 1. - С. 107-109.
40. Саймонтон К., Саймонтон С. Психотерапия рака. - СПб: Питер, 2001. - 288 с.
41. Селигман М. В поисках счастья. Как получать удовольствие от жизни каждый день. Пер. с англ. - 2..е изд. - М.: Манн, Иванов и Фербер, 2011. - 320 с.
42. Селье Г. Стресс без дистресса. – М.: Книга по Требованию, 2012. - 66 с.
43. Сергиенко Е.А., Виленская Г.А., Ковалева Ю.В. Контроль поведения как субъектная регуляция. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2010. 352 с.
44. Сирота Н.А., Московченко Д.В. Когнитивные и эмоциональные индикаторы совладающего поведения у женщин с онкологическими заболеваниями // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2014. – № 4(27) [Электронный ресурс]. – URL: http://mprj.ru.
45. Сирота Н.А., Московченко Д.В., Ялтонская А.В. Совладающее поведение женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2014. – № 1 (24). – С. 10.
46. Сирота Н.А., Фетисов Б.А. Особенности совладающего поведения женщин больных раком молочной железы с внешне видимым послеоперационным дефектом и при его отсутствии // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. – 2014. – № 3 (5). – C. 7.
47. Субботина Л.Ю. Структурно-функциональная организация психологической защиты личности: дис…докт. психол. наук. – Ярославль, 2006.- 439 с.
48. Тхостов А.Ш. Психология телесности. - М.: Мысль, 2002. - 287 с.
49. Урванцев Л.П. Психология соматического больного: Учебное пособие. – Ярославль, 2000. – 168 с.
50. Усталов В.А. Стиль психологической защиты в структуре интегральной индивидуальности: дис… канд. психол. наук. - Пермь, 2006.- 189 с.
51. Фрейд З. Психология бессознательного. – СПб.: Питер, 2007. 400 с.
52. Хазова С.А. Когнитивный ресурс и совладание с трудностями // Журнал практического психолога. - 2010. - № 2. - С. 75-85.
53. Халперн Д. Психология критического мышления. - СПб.: Питер, 2000. - 512 с.
54. Чернов А.В., Гарданова Ж. Р., Абдуллин И. И. Исследование психологических защитных механизмов у больных раком простаты и сравнение с группой больных другими онкологическими заболеваниями // / Проблемы современной науки и образования № 16 (58), 2016. - С. 119-122.
55. Шарова О.Н. Особенности психических расстройств у женщин после радикального лечения рака молочной железы и формирование при них механизмов психологической защиты // Паллиативная медицина и реабилитация. - 2001. - №2. - С.56-59.
56. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. – М.: Римис, 2008. – 608 с.
57. Яцкевич К.В. Рак – не приговор, а самый серьёзный повод измениться. - М.: Издательство: Алексея Вараксина 2007. - 197 с.
58. Aarstad H.J., Heimdal J.H. et al (2002). Personality traits in head and neck squamous cell carcinoma patients in relation to the disease state, disease extent and prognosis. Acta Otolaryngol. Vol. 122. Рр. 92-99.
59. Ader R. Psychoneuroimmunology. N-Y:Academic Press, 2010. 1320 р.
60. adjustment to cancer. Psycho-Oncology/ Vol. 3/ Pp. 205-214.
61. All Cancers (excluding non-melanoma skin cancer) Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012 // GLOBAL 12: International Agency for Research on Cencer Estimated Cencer Incidence, Mortality and Prevence Worldwide / URL: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\_sheets\_cancer.aspx
62. Antoni M.H. (1987). Neuroendocrine influences in psychoimmunology and neoplasia: A review. Psychology and Health. Vol.1. Pp. 3-24.
63. Antonovsky A. (2004) Intergenerational Networks and Transmitting the Sense of Coherence. Ben-Gurion University of the Negev. 431 р.
64. Brodie D. Cancer and common sense: combining science and nature to control cancer. A Guide to Alternative, Complementary and Integrative Therapies, Winning Publications, White Bear Lake, MN, 1997.
65. Cardenal V., Ortiz-Tallo M. et al. Life stressors, emotional avoidance and breast cancer. The Spanish Journal of Psychology. 2008. Vol. 11. No. 2. Pp. 522-530
66. Chen C. C., David A. et al. (1996) Coping strategies and psychiatric morbidity in women attending breast assessment clinics. Journal of Psychosomatic Research. Vol. 40. Рp. 265-270.
67. Cooper C.L., Faragher E.B. (1992). Coping strategies and breast disorders of cancer. Psychological Medicine. Vol. 22. Pp. 447-455.
68. Cooper C.L., Faragher E.B. (1993). Psychosocial stress of breast cancer: the interrelationship between stress events, coping strategies and personality. Psychological Medicine. Vol. 23. Pp. 65-662.
69. Deimling, G. T., Wagner, L. J., & Bowman, K. F. (2006). Coping among older-adult, long-term cancer survivors. Psycho-Oncology, 15, 143–159.
70. Faller H., Schilling S., Lang H. (1995) Causal attribution and adaptation among lung cancer patients. Journal of Psychosomatic Research. Vol.39. Рp. 619-627.
71. Folkman S., Lazarus R.S. (1988) Ways of Coping Questionnaire. Sampler set: Manual, Test Booklet, Scoring Key. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, Inc. 13 р.
72. Goliszek А. Is There a Cancer-Prone Personality? (2014) / URL: <https://www.psychologytoday.com/>
73. Greer S. Mind-body research in psycho oncology. Advanc Mind-Body Med 1999; 15: 236–81.
74. Greer S. (1985) Cancer: Psychiatric Aspects. In Granville Grossman K. (ed.) Recent Advances in Clinical Psychiatry. Edinburgh: Churchill-Livingstone. Pp. 87-104.
75. Greer S. Watson M. (1987) Mental adjustment to cancer: its measurement and prognostic importance. Cancer Surveys. Vol. 6. Рр. 439-453.
76. Greer S., Morris T. Psychological attributes of women who develop breast cancer: A controlled study / URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0022399975900628>
77. Heim E. (1988) Coping und Adaptivität: Gibt es geeignetes oder ungeeignetes Coping. Psychother.,Psychosom., Med. Psychol. Vol. 1. Рр. 8–17.
78. Hilton B. (1989) The relationship of uncertainty, control, commitment, and threat of recurrence to coping strategies used by women diagnosed with breast cancer. Journal of Behavioral Medicine. Vol. 12. Рp. 39-54.
79. Hislop G.T. (1987) The prognostic significance of psychosocial factors in women with breast cancer. J. Chron. Dis. Vol.40 (№7). Рp.729-735.
80. Hobfall S. (1988) Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress // American Psvchologist.. Vol. 44, № 2. Pр. 513–524.
81. Ioannidou-Mouzaka L, Mantonakis J., et al. Is prolonged psychological stress an etiological factor in breast cancer? J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 1986;15(8): 1049-53.
82. Jokela M. Is personality associated with cancer incidence and mortality? / M. Jokela, G.D. Batty, T Hintsa, M Elovainio, C Hakulinen and M Kivimäki/ British Journal of Cancer (2014) 110. Р.р. 1820–1824.
83. Kissen D.M., Eysenck H.J. (1962) Personality in male lung cancer patients. Journal of Psychosomatic Research. Vol. 6, Issue 2, April–June 1962. Рр. 123–127.
84. Lamkin D.M., Slavich G.M. (2014). Psychosocial factors andcancer // Miller H.L. Encyclopedia of theory in psychology / URL: <http://www.uclastresslab.org/pubs/Lamkin_Slavich_TheoryInPsych_2014.pdf>
85. Lasarus R.S., Folkman S. (1984) Stress, appraisal and coping.New York: Springer. 456 p.
86. Lillberg K. Stressful life events and risk of breast cancer in 10,808 women: a cohort study / K. Lillberg, P.K. Verkasalo, J. Kaprio, L. Teppo. Am J Epidemiol. 2003 Mar 1; 157(5): 415-23.
87. Lutgendorf S.K., Ullrich, P.M. et al. (2003) Cancer fear and mood disturbance after radical prostatectomy: consequences of 199 biochemical evidence of recurrence. Journal of Urology. Vol. 169(№4). Рp.1449-1452.
88. McCaul, K., Sandgren, A.K., King, B. (1999). Coping andadjustment to breast cancer. Psycho-oncology, 8, 230-236.
89. Moorey S., Greer S. Cognitive behavior therapy for people with cancer. Oxford: Oxford University Press, 2002. 221 p.
90. Nakaya N., Tsubono Y. et al. Personality and the risk of cancer. J. Natl Cancer Inst 95 (2003). Pp. 799–805.
91. Nelson D.V., Friedman, L.C. et al. (1989)Attitudes to cancer: Psychometric properties of fighting spirit and denial. Journal of Behavioral Medicine. Vol. 12. Рp. 341-355.
92. Nielsen N.R.(2006) Self-reported stress and risk of breast cancer - a secondary publication. Ugeskr. Laeger. Vol.l68(№6). Рp.587-589.
93. Pelosi A.J., Appleby L. (1993) Personality and fatal diseases British Medical Journal.. Vol. 306. Рр.1666-1667.
94. Psychological Reports. Vol. 66. Зз. 39-48.
95. Ransom S., Jacobsen P.B. et al (2005) Relationship of problem-focused coping strategies to changes in quality of life following treatment for early stage breast cancer. J. Pain Symptom Manage. Vol. 30.Рp. 243-253.
96. Rodrigue J.R., Behen J.M., Tumlin T. (1994) Multidimensional determinants of psychological
97. Schapiro I.R., Ross-Petersen L., Saelan H., et al (2001). Extroversion and neuroticism and the associated risk of cancer: a Danish cohort study. Am J Epidemiol. Vol. 153. Pp. 57-63.
98. Sheldon C., Janicki-Deverts D., Miller G.E. Psychological Stress and Disease // JAMA, October 10, 2007. Vol 298. No.14. Рр. 1685-1687.
99. Wagner M.K., Armstrong D., Laughlin J.E. (1995) Cognitive determinants of quality of life after onset of cancer. Psychological Reports. Vol. 77. Рp.147-154.
100. Watson M., Greer S., Pruyn, J., et al. (1990) Locus of control and adjustment to cancer.
101. Weisman A.D., Worden J.W.(1976) The existential plight in cancer: Significance of the first 100 days. International Journal of Psychiatry in Medicine. Vol.7. Pр. 1-15.
102. Worden J.W., Sobel H. (1978) Ego Strength and psychosocial adaptation to cancer. Psychosomatic Medicine. V.40. Рp. 585-592.
103. Zakowski S., Hall M.H., Barnes A. (1992). Stress, stress management, and the immune system. Applied and Preventive Psychology. Vol. 1. Pp. 1-13.

# Приложение А

Методика ИЖС (индекс жизненного стиля) Р. Плутчик в адаптации Л.И. Вассермана, О.Ф. Ерышева, Е.Б. Клубовой и др.

Текст опросника:

1. Я человек, с которым очень легко поладить.
2. Когда я чего-то хочу, у меня не хватает терпения подождать.
3. Всегда был такой человек, на которого я хотел бы походить.
4. Люди считают меня сдержанным, рассудительным человеком.
5. Мне противны непристойные кинофильмы.
6. Я редко помню свои сны.
7. Люди, которые всюду распоряжаются, приводят меня в бешенство.
8. Иногда у меня возникает желание пробить кулаком стену.
9. Меня сильно раздражает, когда люди рисуются.
10. В своих фантазиях я всегда главный герой.
11. У меня не очень хорошая память на лица.
12. Я чувствую некоторую неловкость, пользуясь общественной баней.
13. Я всегда внимательно выслушиваю все точки зрения в споре.
14. Я легко выхожу из себя, но быстро успокаиваюсь.
15. Когда в толпе кто-то толкает меня, я испытываю желание ответить тем же.
16. Многое во мне восхищает людей.
17. Отправляясь в поездку, я обязательно планирую каждую деталь.
18. Иногда, без всякой причины, на меня нападает упрямство.
19. Друзья почти никогда не подводят меня.
20. Мне случалось думать о самоубийстве.
21. Меня оскорбляют непристойные шутки.
22. Я всегда вижу светлые стороны вещей.
23. Я ненавижу недоброжелательных людей.
24. Если кто-нибудь говорит, что я не смогу что-то сделать, то я нарочно хочу сделать это, чтобы доказать ему неправоту.
25. Я испытываю затруднения, вспоминая имена людей.
26. Я склонен к излишней импульсивности.
27. Я терпеть не могу людей, которые добиваются своего, вызывая к себе жалость.
28. Я ни к кому не отношусь с предубеждением.
29. Иногда меня беспокоит, что люди подумают, будто я веду себя странно, глупо или смешно.
30. Я всегда нахожу логичные объяснения любым неприятностям.
31. Иногда мне хочется увидеть конец света.
32. Порнография отвратительна.
33. Иногда, будучи расстроен, я ем больше обычного.
34. У меня нет врагов.
35. Я не очень хорошо помню свое детство.
36. Я не боюсь состариться, потому что это происходит с каждым.
37. В своих фантазиях я совершаю великие дела.
38. Большинство людей раздражают меня, потому что они слишком эгоистичны.
39. Прикосновение к чему-либо склизкому вызывает во мне омерзение.
40. У меня часто бывают яркие, сюжетные сновидения.
41. Я убежден, что если буду неосторожен, люди воспользуются этим.
42. Я не скоро замечаю дурное в людях.
43. Когда я читаю или слышу о трагедии, это не слишком трогает меня.
44. Когда есть повод рассердиться, я предпочитаю основательно все обдумать.
45. Я испытываю сильную потребность в комплиментах.
46. Сексуальная невоздержанность отвратительна.
47. Когда в толпе кто-то мешает моему движению, у меня иногда возникает желание толкнуть его плечом.
48. Как только что-нибудь не по-моему, я обижаюсь и мрачнею.
49. Когда я вижу окровавленного человека на экране, это почти не волнует меня.
50. В сложных жизненных ситуациях я не могу обойтись без поддержки и помощи людей.
51. Большинство окружающих считают меня очень интересным человеком.
52. Я ношу одежду, которая скрывает недостатки моей фигуры.
53. Для меня очень важно всегда придерживаться общепринятых правил поведения.
54. Я склонен часто противоречить людям.
55. Почти во всех семьях супруги друг другу изменяют.
56. По-видимому, я слишком отстраненно смотрю на вещи.
57. В разговорах с представителями противоположного пола я стараюсь избегать щекотливых тем.
58. Когда у меня что-то не получается, мне иногда хочется плакать.
59. Из моей памяти часто выпадают некоторые мелочи.
60. Когда кто-то толкает меня, я испытываю сильное негодование.
61. Я выбрасываю из головы то, что мне не нравится.
62. В любой неудаче я обязательно нахожу положительные стороны.
63. Я терпеть не могу людей, которые всегда стараются быть в центре внимания.
64. Я почти ничего не выбрасываю и бережно храню множество разных вещей.
65. В компании друзей мне больше всего нравятся разговоры о прошедших событиях, развлечениях и удовольствиях.
66. Меня не слишком раздражает детский плач.
67. Мне случалось так разозлиться, что я готов был перебить все вдребезги.
68. Я всегда оптимистичен.
69. Я чувствую себя неуютно, когда на меня не обращают внимания.
70. Какие бы страсти не разыгрывались на экране, я всегда отдаю себе отчет в том, что это только на экране.
71. Я часто испытываю чувство ревности.
72. Я бы никогда специально не пошел на откровенно эротический фильм.
73. Неприятно то, что людям, как правило, нельзя доверять.
74. Я готов почти на все, чтобы произвести хорошее впечатление.
75. Я никогда не бывал панически испуган.
76. Я не упущу случая посмотреть хороший триллер или боевик.
77. Я думаю, что ситуация в мире лучше, чем полагает большинство людей.
78. Даже небольшое разочарование может привести меня в уныние.
79. Мне не нравится, когда люди откровенно флиртуют.
80. Я никогда не позволяю себе терять самообладание.
81. Я всегда готовлюсь к неудаче, чтобы не быть застигнутым врасплох.
82. Кажется, некоторые из моих знакомых завидуют моему умению жить.
83. Мне случалось со зла так сильно ударить или пнуть по чему-нибудь, что я неумышленно причинял себе боль.
84. Я знаю, что за глаза кое-кто отзывается обо мне дурно.
85. Я едва ли могу вспомнить свои первые школьные годы.
86. Когда я расстроен, я иногда веду себя по-детски.
87. Мне намного проще говорить о своих мыслях, чем о своих чувствах.
88. Когда я бываю в отъезде и у меня случаются неприятности, я сразу начинаю сильно тосковать по дому.
89. Когда я слышу о жестокостях, это не слишком глубоко трогает меня.
90. Я легко переношу критику и замечания.
91. Я не скрываю своего раздражения по поводу привычек некоторых членов моей семьи.
92. Я знаю, что есть люди, настроенные против меня.
93. Я не могу переживать свои неудачи в одиночку.
94. К счастью, у меня меньше проблем, чем имеет большинство людей.
95. Если что-то волнует меня, я иногда испытываю усталость и желание выспаться.
96. Отвратительно то, что почти все люди, добившиеся успеха, достигли его с помощью лжи.
97. Нередко я испытываю желание почувствовать в своих руках пистолет или автомат.

# Приложение Б

Бланк ответов (ИЖС)

ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ пол \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **да** | **нет** |  | **№** | **да** | **нет** |  | **№** | **да** | **нет** |  | **№** | **да** | **нет** |
| 1 |  |  |  | 26 |  |  |  | 51 |  |  |  | 76 |  |  |
| 2 |  |  |  | 27 |  |  |  | 52 |  |  |  | 77 |  |  |
| 3 |  |  |  | 28 |  |  |  | 53 |  |  |  | 78 |  |  |
| 4 |  |  |  | 29 |  |  |  | 54 |  |  |  | 79 |  |  |
| 5 |  |  |  | 30 |  |  |  | 55 |  |  |  | 80 |  |  |
| 6 |  |  |  | 31 |  |  |  | 56 |  |  |  | 81 |  |  |
| 7 |  |  |  | 32 |  |  |  | 57 |  |  |  | 82 |  |  |
| 8 |  |  |  | 33 |  |  |  | 58 |  |  |  | 83 |  |  |
| 9 |  |  |  | 34 |  |  |  | 59 |  |  |  | 84 |  |  |
| 10 |  |  |  | 35 |  |  |  | 60 |  |  |  | 85 |  |  |
| 11 |  |  |  | 36 |  |  |  | 61 |  |  |  | 86 |  |  |
| 12 |  |  |  | 37 |  |  |  | 62 |  |  |  | 87 |  |  |
| 13 |  |  |  | 38 |  |  |  | 63 |  |  |  | 88 |  |  |
| 14 |  |  |  | 39 |  |  |  | 64 |  |  |  | 89 |  |  |
| 15 |  |  |  | 40 |  |  |  | 65 |  |  |  | 90 |  |  |
| 16 |  |  |  | 41 |  |  |  | 66 |  |  |  | 91 |  |  |
| 17 |  |  |  | 42 |  |  |  | 67 |  |  |  | 92 |  |  |
| 18 |  |  |  | 43 |  |  |  | 68 |  |  |  | 93 |  |  |
| 19 |  |  |  | 44 |  |  |  | 69 |  |  |  | 94 |  |  |
| 20 |  |  |  | 45 |  |  |  | 70 |  |  |  | 95 |  |  |
| 21 |  |  |  | 46 |  |  |  | 71 |  |  |  | 96 |  |  |
| 22 |  |  |  | 47 |  |  |  | 72 |  |  |  | 97 |  |  |
| 23 |  |  |  | 48 |  |  |  | 73 |  |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  | 49 |  |  |  | 74 |  |  |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  | 50 |  |  |  | 75 |  |  |  |  |  |  |

**Приложение В**

Профильный лист по методике ИЖС

### Шкала эго защиты

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ф.И.О. |  | Эго защиты | Сырая оценка | Процент |
| Дата |  | 1 - Отрицание |  |  |
| Возраст |  | 2 - Подавление |  |  |
| Пол |  | 3 - Регрессия |  |  |
| Семейное положение |  | 4 - Компенсация |  |  |
| Образование |  | 5 — Проекция |  |  |
| Адрес: | | 6 - Замещение |  |  |
| 7 -Интеллек­туализация |  |  |
| 8 - Реактивные образования |  |  |

# Приложение Г

**Результаты диагностики механизмов психологической защиты и копинг-стратегий (ИЖС)**

Индивидуальные результаты диагностики механизмов психологической защиты у онкобольных\*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № исп. п/п | МПЗ [[3]](#footnote-3) | | | | | | | | | | | | | | | | СНЗ |
| 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | | 7 | | 8 | |
| балл | % | балл | % | балл | % | балл | % | балл | % | балл | % | балл | % | балл | % | % |
| 1 | 6 | 79 | 4 | 63 | 3 | 35 | 7 | 97 | 1 | 5 | 7 | 93 | 12 | 100 | 2 | 39 | 43 |
| 2 | 5 | 61 | 2 | 25 | 4 | 53 | 9 | 100 | 3 | 7 | 3 | 48 | 8 | 87 | 4 | 76 | 42 |
| 3 | 5 | 61 | 3 | 42 | 2 | 19 | 6 | 95 | 3 | 7 | 4 | 65 | 7 | 76 | 4 | 76 | 35 |
| 4 | 3 | 39 | 0 | 2 | 1 | 6 | 5 | 88 | 2 | 6 | 3 | 48 | 6 | 59 | 5 | 91 | 26 |
| 5 | 7 | 61 | 0 | 2 | 2 | 19 | 8 | 99 | 1 | 5 | 4 | 65 | 8 | 87 | 4 | 76 | 35 |
| 6 | 6 | 79 | 3 | 42 | 0 | 2 | 4 | 78 | 5 | 20 | 2 | 37 | 9 | 92 | 0 | 7 | 30 |
| 7 | 3 | 39 | 1 | 8 | 4 | 53 | 6 | 95 | 2 | 6 | 6 | 86 | 9 | 92 | 4 | 76 | 36 |
| 8 | 5 | 61 | 4 | 63 | 3 | 35 | 5 | 88 | 3 | 7 | 1 | 23 | 6 | 59 | 4 | 76 | 32 |
| 9 | 4 | 50 | 0 | 2 | 6 | 80 | 6 | 95 | 10 | 72 | 6 | 86 | 7 | 76 | 1 | 19 | 41 |
| 10 | 9 | 97 | 4 | 63 | 0 | 2 | 3 | 63 | 1 | 5 | 5 | 77 | 0 | 0 | 0 | 7 | 18 |
| 11 | 0 | 3 | 5 | 76 | 2 | 19 | 4 | 78 | 7 | 36 | 6 | 86 | 8 | 87 | 1 | 19 | 36 |
| 12 | 7 | 84 | 6 | 87 | 3 | 35 | 9 | 100 | 0 | 1 | 1 | 23 | 6 | 59 | 1 | 19 | 34 |
| 13 | 8 | 90 | 1 | 8 | 5 | 70 | 7 | 97 | 3 | 7 | 0 | 6 | 9 | 92 | 3 | 61 | 35 |
| 14 | 6 | 79 | 3 | 42 | 3 | 35 | 6 | 95 | 4 | 12 | 2 | 37 | 6 | 59 | 3 | 61 | 34 |
| 15 | 6 | 79 | 6 | 87 | 0 | 2 | 3 | 63 | 8 | 46 | 5 | 77 | 5 | 42 | 2 | 39 | 36 |
| 16 | 8 | 90 | 0 | 2 | 4 | 53 | 2 | 37 | 6 | 27 | 2 | 37 | 6 | 59 | 2 | 39 | 31 |
| 17 | 4 | 50 | 2 | 25 | 9 | 95 | 4 | 78 | 2 | 6 | 6 | 86 | 4 | 28 | 0 | 7 | 32 |
| 18 | 5 | 61 | 5 | 76 | 4 | 53 | 4 | 78 | 4 | 12 | 2 | 37 | 8 | 87 | 3 | 61 | 36 |
| 19 | 7 | 84 | 0 | 2 | 2 | 19 | 3 | 63 | 7 | 36 | 4 | 65 | 8 | 87 | 2 | 39 | 34 |
| 20 | 4 | 50 | 1 | 8 | 7 | 85 | 0 | 5 | 4 | 12 | 7 | 93 | 1 | 3 | 1 | 19 | 27 |
| 21 | 6 | 79 | 3 | 42 | 3 | 35 | 9 | 100 | 7 | 36 | 4 | 65 | 6 | 59 | 4 | 76 | 43 |
| 22 | 7 | 61 | 4 | 63 | 3 | 35 | 4 | 78 | 1 | 5 | 4 | 65 | 5 | 42 | 2 | 39 | 31 |
| 23 | 3 | 39 | 1 | 8 | 0 | 2 | 4 | 78 | 0 | 1 | 3 | 48 | 10 | 97 | 2 | 39 | 24 |
| 24 | 7 | 84 | 5 | 76 | 3 | 35 | 4 | 78 | 6 | 27 | 0 | 6 | 8 | 87 | 3 | 61 | 37 |
| 25 | 5 | 61 | 2 | 25 | 2 | 19 | 5 | 63 | 4 | 12 | 5 | 77 | 9 | 92 | 2 | 39 | 35 |
| 26 | 6 | 79 | 4 | 63 | 2 | 19 | 4 | 78 | 8 | 46 | 5 | 77 | 6 | 59 | 4 | 76 | 40 |
| 27 | 9 | 97 | 9 | 98 | 7 | 85 | 0 | 5 | 6 | 27 | 4 | 65 | 1 | 3 | 2 | 39 | 39 |
| 28 | 4 | 50 | 5 | 76 | 9 | 95 | 4 | 63 | 4 | 12 | 5 | 77 | 3 | 17 | 6 | 97 | 41 |
| 29 | 7 | 84 | 7 | 92 | 6 | 80 | 1 | 20 | 6 | 27 | 2 | 37 | 8 | 87 | 3 | 61 | 41 |
| 30 | 10 | 98 | 12 | 100 | 6 | 80 | 1 | 20 | 3 | 7 | 3 | 48 | 2 | 6 | 7 | 98 | 45 |
| 31 | 4 | 50 | 6 | 87 | 2 | 19 | 4 | 78 | 5 | 20 | 6 | 86 | 9 | 92 | 2 | 39 | 39 |
| 32 | 9 | 97 | 6 | 87 | 8 | 80 | 4 | 78 | 9 | 64 | 6 | 86 | 6 | 59 | 5 | 91 | 53 |
| 33 | 5 | 61 | 8 | 97 | 3 | 35 | 3 | 63 | 5 | 20 | 3 | 48 | 4 | 28 | 4 | 76 | 36 |
| 34 | 12 | 100 | 4 | 63 | 1 | 6 | 6 | 95 | 1 | 5 | 7 | 93 | 2 | 6 | 5 | 91 | 38 |
| 35 | 10 | 98 | 6 | 87 | 4 | 53 | 3 | 63 | 7 | 36 | 1 | 23 | 5 | 42 | 4 | 76 | 41 |
| 36 | 12 | 100 | 5 | 76 | 2 | 19 | 5 | 88 | 4 | 12 | 5 | 77 | 4 | 28 | 2 | 39 | 40 |
| 37 | 6 | 79 | 8 | 97 | 6 | 80 | 3 | 63 | 6 | 27 | 4 | 65 | 2 | 6 | 4 | 76 | 40 |
| 38 | 11 | 99 | 9 | 98 | 3 | 35 | 1 | 20 | 4 | 12 | 2 | 37 | 9 | 92 | 1 | 19 | 41 |
| 39 | 7 | 84 | 7 | 92 | 3 | 35 | 5 | 88 | 10 | 72 | 4 | 65 | 7 | 76 | 6 | 97 | 49 |
| 40 | 9 | 97 | 5 | 76 | 3 | 35 | 4 | 78 | 2 | 6 | 6 | 86 | 3 | 17 | 4 | 76 | 37 |

\* - больные, отказавшиеся от операции или не сразу начавшие лечение

Индивидуальные результаты диагностики механизмов психологической защиты в группе условно здоровых (ИЖС)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № исп. п/п | МПЗ [[4]](#footnote-4) | | | | | | | | | | | | | | | | СНЗ |
| 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | | 7 | | 8 | |
| балл | % | балл | % | балл | % | балл | % | балл | % | балл | % | балл | % | балл | % | % |
| 1 | 0 | 3 | 3 | 42 | 3 | 35 | 7 | 97 | 1 | 5 | 7 | 93 | 7 | 76 | 1 | 19 | 30 |
| 2 | 3 | 39 | 0 | 2 | 4 | 53 | 2 | 37 | 3 | 7 | 3 | 48 | 5 | 42 | 1 | 19 | 22 |
| 3 | 2 | 13 | 5 | 76 | 2 | 19 | 2 | 37 | 3 | 7 | 4 | 65 | 6 | 59 | 1 | 19 | 26 |
| 4 | 0 | 3 | 3 | 42 | 1 | 6 | 5 | 88 | 2 | 6 | 3 | 48 | 6 | 59 | 0 | 7 | 21 |
| 5 | 0 | 3 | 7 | 92 | 2 | 19 | 2 | 37 | 1 | 5 | 4 | 65 | 8 | 87 | 7 | 98 | 32 |
| 6 | 6 | 79 | 3 | 42 | 0 | 2 | 4 | 78 | 5 | 20 | 2 | 37 | 4 | 28 | 0 | 7 | 24 |
| 7 | 3 | 39 | 1 | 8 | 4 | 53 | 0 | 5 | 2 | 6 | 4 | 65 | 9 | 92 | 6 | 97 | 30 |
| 8 | 4 | 90 | 4 | 63 | 3 | 35 | 5 | 88 | 3 | 7 | 1 | 23 | 4 | 28 | 2 | 39 | 27 |
| 9 | 1 | 13 | 0 | 2 | 6 | 80 | 2 | 37 | 3 | 7 | 4 | 65 | 7 | 76 | 0 | 7 | 24 |
| 10 | 6 | 79 | 4 | 63 | 2 | 19 | 0 | 5 | 4 | 12 | 5 | 77 | 6 | 59 | 1 | 19 | 29 |
| 11 | 3 | 39 | 3 | 42 | 0 | 2 | 0 | 5 | 6 | 27 | 1 | 23 | 1 | 3 | 2 | 39 | 16 |
| 12 | 0 | 3 | 3 | 42 | 0 | 2 | 1 | 20 | 0 | 1 | 0 | 6 | 7 | 76 | 4 | 76 | 15 |
| 13 | 7 | 84 | 7 | 92 | 6 | 80 | 1 | 20 | 3 | 7 | 2 | 37 | 0 | 0 | 3 | 61 | 30 |
| 14 | 2 | 27 | 4 | 63 | 1 | 6 | 1 | 20 | 0 | 1 | 0 | 6 | 2 | 6 | 2 | 39 | 12 |
| 15 | 4 | 50 | 6 | 87 | 6 | 80 | 4 | 78 | 5 | 20 | 6 | 86 | 1 | 3 | 2 | 39 | 35 |
| 16 | 3 | 39 | 6 | 87 | 8 | 88 | 0 | 5 | 0 | 1 | 6 | 86 | 6 | 59 | 0 | 7 | 30 |
| 17 | 1 | 13 | 3 | 42 | 0 | 2 | 2 | 37 | 0 | 1 | 1 | 23 | 5 | 42 | 3 | 61 | 15 |
| 18 | 6 | 79 | 0 | 2 | 4 | 53 | 2 | 37 | 0 | 1 | 2 | 37 | 5 | 42 | 2 | 39 | 22 |
| 19 | 4 | 50 | 6 | 87 | 4 | 53 | 3 | 63 | 1 | 5 | 1 | 23 | 5 | 42 | 4 | 76 | 29 |
| 20 | 5 | 61 | 2 | 25 | 3 | 35 | 1 | 20 | 4 | 12 | 2 | 37 | 4 | 28 | 2 | 39 | 24 |
| 21 | 6 | 79 | 2 | 25 | 6 | 80 | 3 | 63 | 6 | 27 | 4 | 65 | 2 | 6 | 0 | 7 | 30 |
| 22 | 9 | 97 | 5 | 76 | 3 | 35 | 1 | 20 | 3 | 7 | 2 | 37 | 1 | 3 | 1 | 19 | 26 |
| 23 | 5 | 61 | 1 | 8 | 4 | 53 | 3 | 63 | 3 | 7 | 0 | 6 | 6 | 59 | 5 | 91 | 28 |
| 24 | 0 | 3 | 5 | 76 | 4 | 53 | 4 | 78 | 2 | 6 | 6 | 86 | 8 | 87 | 3 | 61 | 33 |
| 25 | 4 | 50 | 0 | 2 | 0 | 2 | 5 | 88 | 4 | 12 | 0 | 6 | 5 | 42 | 2 | 39 | 21 |
| 26 | 7 | 84 | 3 | 42 | 0 | 2 | 2 | 37 | 4 | 12 | 2 | 37 | 5 | 42 | 3 | 61 | 27 |
| 27 | 7 | 84 | 5 | 76 | 3 | 35 | 3 | 63 | 4 | 12 | 2 | 37 | 4 | 28 | 2 | 39 | 31 |
| 28 | 5 | 61 | 4 | 63 | 5 | 70 | 6 | 95 | 2 | 6 | 5 | 77 | 6 | 59 | 2 | 39 | 36 |
| 29 | 4 | 50 | 0 | 2 | 3 | 35 | 5 | 88 | 3 | 7 | 1 | 23 | 4 | 28 | 1 | 19 | 22 |
| 30 | 0 | 3 | 4 | 63 | 6 | 80 | 1 | 20 | 6 | 27 | 0 | 6 | 7 | 76 | 2 | 39 | 27 |
| 31 | 0 | 3 | 6 | 87 | 1 | 6 | 6 | 95 | 5 | 20 | 4 | 65 | 8 | 87 | 2 | 39 | 33 |
| 32 | 6 | 79 | 3 | 42 | 3 | 35 | 4 | 78 | 5 | 20 | 4 | 65 | 5 | 42 | 1 | 19 | 32 |
| 33 | 3 | 39 | 1 | 8 | 3 | 35 | 4 | 78 | 0 | 1 | 3 | 48 | 7 | 76 | 2 | 39 | 24 |
| 34 | 4 | 50 | 5 | 76 | 0 | 2 | 6 | 88 | 2 | 6 | 6 | 86 | 10 | 97 | 1 | 19 | 35 |
| 35 | 8 | 90 | 0 | 2 | 4 | 53 | 2 | 37 | 6 | 27 | 2 | 37 | 7 | 76 | 2 | 39 | 32 |
| 36 | 2 | 27 | 3 | 42 | 0 | 2 | 1 | 20 | 2 | 6 | 4 | 65 | 7 | 76 | 4 | 76 | 24 |
| 37 | 6 | 79 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 37 | 1 | 5 | 4 | 65 | 4 | 28 | 1 | 19 | 19 |
| 38 | 8 | 90 | 5 | 76 | 1 | 6 | 3 | 63 | 4 | 12 | 6 | 86 | 4 | 28 | 3 | 61 | 35 |
| 39 | 5 | 61 | 3 | 42 | 5 | 70 | 0 | 5 | 0 | 1 | 1 | 23 | 5 | 42 | 5 | 91 | 25 |
| 40 | 5 | 61 | 1 | 8 | 3 | 35 | 4 | 78 | 3 | 7 | 5 | 77 | 8 | 87 | 0 | 7 | 30 |

# Опросник способов совладания (WCQ) Р. Лазаруса Приложение Д

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Оказавшись в трудной ситуации, я ...** | **никогда** | **редко** | **иногда** | **часто** |
| 1 | ... сосредотачивался на том, что мне нужно было делать дальше – на следующем шаге | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2 | ... начинал что-то делать, зная, что это все равно не будет работать, главное – делать хоть что-нибудь | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3 | ... пытался склонить вышестоящих к тому, чтобы они изменили свое мнение | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4 | ... говорил с другими, чтобы больше узнать о ситуации | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5 | ... критиковал и укорял себя | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6 | ... пытался не сжигать за собой мосты, оставляя все, как оно есть | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7 | ... надеялся на чудо | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8 | ... смирялся с судьбой: бывает, что мне не везет | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9 | ... вел себя, как будто ничего не произошло | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10 | ... старался не показывать своих чувств | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11 | ... пытался увидеть в ситуации что-то положительное | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12 | ... спал больше обычного | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13 | ... срывал свою досаду на тех, кто навлек на меня проблемы | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14 | ... искал сочувствия и понимания у кого-нибудь | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15 | ... во мне возникла потребность выразить себя творчески | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16 | ... пытался забыть все это | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17 | ... обращался за помощью к специалистам | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18 | ... менялся или рос как личность в положительную сторону | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19 | ... извинялся или старался все загладить | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20 | ... составлял план действии | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21 | ... старался дать какой-то выход своим чувствам | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 22 | ... понимал, что сам вызвал эту проблему | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23 | ... набирался опыта в этой ситуации | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24 | ... говорил с кем-либо, кто мог конкретно помочь в этой ситуации | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 25 | ... пытался улучшить свое самочувствие едой, выпивкой, курением или лекарствами | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 26 | ... рисковал напропалую | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 27 | ... старался действовать не слишком поспешно, доверяясь первому порыву | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 28 | ... находил новую веру во что-то | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 29 | ... вновь открывал для себя что-то важное | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 30 | ... что-то менял так, что все улаживалось | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 31 | ... в целом избегал общения с людьми | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 32 | ... не допускал это до себя, стараясь об этом особенно не задумываться | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 33 | ... спрашивал совета у родственника или друга, которых уважал | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 34 | ... старался, чтобы другие не узнали, как плохо обстоят дела | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 35 | ... отказывался воспринимать это слишком серьезно | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 36 | ... говорил о том, что я чувствую | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 37 | ... стоял на своем и боролся за то, чего хотел | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 38 | ... вымещал это на других людях | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 39 | ... пользовался прошлым опытом - мне приходилось уже попадать в такие ситуации | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 40 | ... знал, что надо делать и удваивал свои усилия, чтобы все наладить | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 41 | ... отказывался верить, что это действительно произошло | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 42 | ... я давал обещание, что в следующий раз все будет по-другому | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 43 | ... находил пару других способов решения проблемы | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 44 | ... старался, что мои эмоции не слишком мешали мне в других делах | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 45 | ... что-то менял в себе | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 46 | ... хотел, чтобы все это скорее как-то образовалось или кончилось | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 47 | ... представлял себе, фантазировал, как все это могло бы обернуться | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 48 | ... молился | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 49 | .. прокручивал в уме, что мне сказать или сделать | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 50 | ... думал о том, как бы в данной ситуации действовал человек, которым я восхищаюсь и старался подражать ему | 0 | 1 | 2 | 3 |

**Приложение Е**

Обработка результатов по методике (WCQ) Р. Лазаруса

При обработке полученных данных за каждый вариант ответа на­числяются определенные баллы:

вариант «никогда» - 0 баллов; вариант «редко» - 1 балл;

вариант «иногда» - 2 балла; вариант «часто» — 3 балла.

После начисления баллов подсчитывается общая оценка по каждой шкале. Для интерпретации результатов используются тестовые нормы, приведенные ниже в таблице 1.

Низкие значения стратегии, говорят об адаптивном варианте копинга. Средние значения говорят, что адаптационный потенциал личности находится в пограничном состоянии. Высокие значения копинга свидетельствует о выраженной дезадаптации.

Таблица 1 - Тестовые нормы опросника WCQ в баллах

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Копинг-стратегии | Низкие значения | Средние  значения | Высокие  Значения |
| 1 | Конфронтационный копинг | от 1 до 6 | От 7 до 11 | от 12 до 17 |
| 2 | Дистанцирование | от 1 до 6 | От 7 до 11 | от 12 до 17 |
| 3 | Самоконтроль | от 4 до 11 | От 12 до 16 | от 17 до 21 |
| 4 | Поиск социальной поддержки | от0 до 7 | От 8 до 13 | от 14 до 18 |
| 5 | Принятие ответственности | от0 до 5 | От 6 до 9 | От 10 до 12 |
| 6 | Бегство-избегание | от3 до 7 | от 8 до 13 | От 14 до 23 |
| 7 | Планирование решенияпроблемы | от 2 до 10 | От 11 до 15 | От 16 до 18 |
| 8 | Положительная переоценка | от 3 до 9 | От 10 до 15 | От 16 до21 |

Для определения предпочитаемой (доминирующей) копинг-стратегии нужно сырые баллы каждой стратегии перевести в процентили по формуле: X = сумма балов / max балл\*100 . У доминирующей копинг-стратегии (стратегий) будет самой больший показатель по отношению к другим показателям копинг стратегий.

Ключ подсчета баллов:

Конфронтационный копинг (К)- пункты: 2,3,13,21,26,37.

Дистанцирование (Д) - пункты: 8,9,11,16,32,35.

Самоконтроль (С) - пункты: 6,10,27,34,44,49,50.

Поиск социальной поддержки (ПСП) - пункты: 4,14,17,24,33,36.

Принятие ответственности (ПО) - пункты: 5,19,22,42.

Бегство-избегание (Б-И) - пункты: 7,12,25,31,38,41,46,47.

Планирование решения проблемы (ПРП) - пункты: 1,20,30,39,40,43.

Положительная переоценка (ПП) - пункты: 15,18,23,28,29,45,48.

**Приложение Ё**

Первичные результаты диагностики копинг-стратегий у онкологических больных (стандартные баллы) (WCQ) Р. Лазарус

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № исп. п/п | Субшкалы [[5]](#footnote-5) | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1 | 35 | 19 | 45 | 47 | 50 | 57 | 71 | 22 |
| 2 | 40 | 32 | 52 | 55 | 57 | 28 | 59 | 47 |
| 3 | 30 | 19 | 49 | 63 | 46 | 37 | 61 | 33 |
| 4 | 28 | 22 | 30 | 47 | 63 | 37 | 53 | 42 |
| 5 | 44 | 33 | 46 | 46 | 39 | 59 | 55 | 19 |
| 6 | 40 | 27 | 67 | 69 | 54 | 46 | 58 | 30 |
| 7 | 33 | 38 | 49 | 57 | 60 | 40 | 62 | 42 |
| 8 | 31 | 56 | 60 | 53 | 49 | 51 | 68 | 37 |
| 9 | 24 | 36 | 58 | 66 | 52 | 43 | 53 | 35 |
| 10 | 27 | 22 | 41 | 59 | 63 | 16 | 60 | 52 |
| 11 | 40 | 36 | 36 | 63 | 60 | 49 | 62 | 30 |
| 12 | 39 | 19 | 64 | 44 | 52 | 37 | 49 | 37 |
| 13 | 42 | 21 | 45 | 60 | 48 | 49 | 58 | 33 |
| 14 | 36 | 21 | 48 | 66 | 66 | 54 | 65 | 55 |
| 15 | 29 | 68 | 55 | 36 | 55 | 66 | 43 | 40 |
| 16 | 27 | 33 | 42 | 53 | 56 | 33 | 55 | 41 |
| 17 | 38 | 38 | 52 | 57 | 68 | 65 | 48 | 27 |
| 18 | 50 | 38 | 63 | 56 | 48 | 61 | 61 | 45 |
| 19 | 46 | 29 | 49 | 66 | 57 | 44 | 45 | 45 |
| 20 | 43 | 50 | 38 | 40 | 50 | 37 | 67 | 39 |
| 21 | 65 | 41 | 57 | 66 | 54 | 58 | 61 | 19 |
| 22 | 44 | 26 | 49 | 63 | 66 | 73 | 67 | 42 |
| 23 | 40 | 26 | 70 | 68 | 57 | 66 | 68 | 47 |
| 24 | 43 | 19 | 56 | 56 | 68 | 52 | 56 | 36 |
| 25 | 50 | 24 | 60 | 63 | 48 | 49 | 65 | 53 |
| 26 | 56 | 45 | 17 | 49 | 42 | 62 | 48 | 20 |
| 27 | 69 | 61 | 36 | 40 | 51 | 79 | 42 | 38 |
| 28 | 38 | 58 | 30 | 28 | 34 | 71 | 35 | 22 |
| 29 | 65 | 74 | 54 | 34 | 46 | 51 | 45 | 45 |
| 30 | 72 | 74 | 10 | 34 | 22 | 71 | 22 | 20 |
| 31 | 81 | 42 | 24 | 19 | 52 | 60 | 49 | 20 |
| 32 | 46 | 71 | 63 | 44 | 31 | 62 | 62 | 22 |
| 33 | 69 | 51 | 21 | 63 | 40 | 68 | 35 | 35 |
| 34 | 65 | 64 | 3 | 28 | 36 | 75 | 49 | 13 |
| 35 | 68 | 59 | 15 | 47 | 28 | 71 | 62 | 32 |
| 36 | 79 | 62 | 56 | 63 | 40 | 58 | 63 | 19 |
| 37 | 50 | 78 | 38 | 34 | 31 | 46 | 27 | 17 |
| 38 | 83 | 73 | 35 | 43 | 22 | 62 | 32 | 26 |
| 39 | 53 | 74 | 51 | 41 | 60 | 49 | 43 | 50 |
| 40 | 76 | 60 | 36 | 25 | 44 | 73 | 37 | 47 |

\* - больные, отказавшиеся от операции или не сразу начавшие лечение

Первичные результаты диагностики копинг-стратегий у условно здоровых (стандартные баллы)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № исп. п/п | Субшкалы [[6]](#footnote-6) | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1 | 39 | 19 | 42 | 41 | 45 | 23 | 34 | 55 |
| 2 | 50 | 36 | 27 | 33 | 49 | 28 | 46 | 37 |
| 3 | 33 | 36 | 39 | 44 | 34 | 28 | 52 | 40 |
| 4 | 57 | 36 | 45 | 31 | 52 | 43 | 38 | 30 |
| 5 | 26 | 45 | 8 | 44 | 32 | 57 | 24 | 43 |
| 6 | 46 | 26 | 34 | 25 | 51 | 34 | 46 | 50 |
| 7 | 53 | 38 | 48 | 43 | 39 | 29 | 38 | 43 |
| 8 | 40 | 49 | 39 | 34 | 22 | 35 | 45 | 43 |
| 9 | 43 | 65 | 30 | 47 | 60 | 52 | 31 | 35 |
| 10 | 26 | 24 | 33 | 51 | 37 | 21 | 51 | 48 |
| 11 | 30 | 24 | 27 | 32 | 44 | 36 | 38 | 53 |
| 12 | 38 | 27 | 42 | 46 | 37 | 26 | 51 | 45 |
| 13 | 33 | 19 | 51 | 63 | 31 | 25 | 43 | 52 |
| 14 | 33 | 23 | 39 | 41 | 22 | 31 | 28 | 57 |
| 15 | 68 | 58 | 4 | 22 | 39 | 41 | 45 | 38 |
| 16 | 35 | 32 | 53 | 54 | 53 | 32 | 60 | 45 |
| 17 | 26 | 21 | 63 | 39 | 34 | 44 | 42 | 38 |
| 18 | 34 | 38 | 42 | 46 | 19 | 46 | 61 | 38 |
| 19 | 36 | 25 | 35 | 40 | 52 | 41 | 32 | 45 |
| 20 | 50 | 49 | 45 | 37 | 41 | 37 | 65 | 50 |
| 21 | 22 | 41 | 49 | 60 | 34 | 29 | 45 | 33 |
| 22 | 30 | 34 | 42 | 51 | 40 | 51 | 38 | 53 |
| 23 | 38 | 27 | 45 | 41 | 47 | 49 | 49 | 45 |
| 24 | 44 | 21 | 36 | 33 | 31 | 21 | 65 | 32 |
| 25 | 31 | 24 | 42 | 46 | 31 | 32 | 68 | 43 |
| 26 | 40 | 45 | 39 | 44 | 12 | 73 | 34 | 50 |
| 27 | 46 | 31 | 45 | 28 | 31 | 46 | 42 | 63 |
| 28 | 26 | 42 | 21 | 37 | 19 | 62 | 58 | 48 |
| 29 | 38 | 41 | 36 | 28 | 40 | 46 | 45 | 32 |
| 30 | 22 | 21 | 42 | 57 | 37 | 29 | 35 | 63 |
| 31 | 56 | 25 | 46 | 63 | 46 | 44 | 42 | 35 |
| 32 | 36 | 29 | 39 | 29 | 25 | 23 | 55 | 41 |
| 33 | 38 | 32 | 30 | 31 | 52 | 51 | 40 | 47 |
| 34 | 34 | 26 | 42 | 41 | 63 | 42 | 46 | 42 |
| 35 | 46 | 39 | 42 | 41 | 47 | 64 | 24 | 37 |
| 36 | 30 | 34 | 48 | 40 | 34 | 68 | 51 | 40 |
| 37 | 65 | 32 | 33 | 39 | 49 | 34 | 31 | 45 |
| 38 | 38 | 34 | 51 | 31 | 36 | 61 | 52 | 38 |
| 39 | 38 | 38 | 39 | 37 | 31 | 32 | 45 | 27 |
| 40 | 34 | 41 | 27 | 49 | 32 | 23 | 38 | 35 |

**Приложение Ж**

### Регистрационный бланк методики "Индикатор копинг-стратегии"

Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Образование\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Утверждения | Полностью согласен | Согласен | Не согласен |
| 1. Позволяю себе поделиться чувством с другом | 3 | 2 | 1 |
| 2.Стараюсь все сделать так, чтобы иметь возможность наилучшим образом решить проблему | 3 | 2 | 1 |
| 3. Осуществляю поиск всех возможных решений, прежде чем что-то предпринять | 3 | 2 | 1 |
| 4. Пытаюсь отвлечься от проблемы | 3 | 2 | 1 |
| 5. Принимаю сочувствие и понимание от кого-либо | 3 | 2 | 1 |
| 6. Делаю все возможное, чтобы не дать окружающим увидеть, что мои дела плохи | 3 | 2 | 1 |
| 7. Обсуждаю ситуацию с людьми, так как обсуждение помогает мне чувствовать себя лучше | 3 | 2 | 1 |
| 8. Ставлю для себя ряд целей, позволяющих постепенно справляться с ситуацией | 3 | 2 | 1 |
| 9. Очень тщательно взвешиваю возможности выбора | 3 | 2 | 1 |
| 10. Мечтаю, фантазирую о лучших временах | 3 | 2 | 1 |
| 11. Пытаюсь различными способами решать проблему, пока не найду подходящий | 3 | 2 | 1 |
| 12. Доверяю свои страхи родственнику или другу | 3 | 2 | 1 |
| 13. Больше времени, чем обычно, провожу один | 3 | 2 | 1 |
| 14. Рассказываю другим людям о ситуации, так как только ее обсуждение помогает мне прийти к ее разрешению | 3 | 2 | 1 |
| 15. Думаю о том, что нужно сделать, чтобы исправить положение | 3 | 2 | 1 |
| 16. Сосредотачиваюсь полностью на решении проблемы | 3 | 2 | 1 |
| 17. Обдумываю про себя план действий | 3 | 2 | 1 |
| 18. Смотрю телевизор дольше, чем обычно | 3 | 2 | 1 |
| 19. Иду к кому-нибудь (другу или специалисту), чтобы он помог мне чувствовать себя лучше | 3 | 2 | 1 |
| 20. Стою твердо и борюсь за то, что мне нужно в этой ситуации | 3 | 2 | 1 |
| 21. Избегаю общения с людьми | 3 | 2 | 1 |
| 22. Переключаюсь на хобби или занимаюсь спортом, чтобы избежать . проблем | 3 | 2 | 1 |
| 23. Иду к другу за советом - как исправить ситуацию | 3 | 2 | 1 |
| 24. Иду к другу, чтобы он помог мне лучше почувствовать проблему | 3 | 2 | 1 |
| 25. Принимаю сочувствие, взаимопонимание друзей | 3 | 2 | 1 |
| 26. Сплю больше обычного | 3 | 2 | 1 |
| 27. Фантазирую о том, что все могло бы быть иначе | 3 | 2 | 1 |
| 28. Представляю себя героем книги или кино | 3 | 2 | 1 |
| 29. Пытаюсь решить проблему | 3 | 2 | 1 |
| 30. Хочу, чтобы люди оставили меня одного | 3 | 2 | 1 |
| 31. Принимаю помощь от друзей или родственников | 3 | 2 | 1 |
| 32. Ищу успокоения у тех, кто знает меня лучше | 3 | 2 | 1 |
| 33. Пытаюсь тщательно планировать свои действия, а не действовать импульсивно под влиянием внешнего побуждения | 3 | 2 | 1 |

## Приложение З

## Обработка результатов по методике Амирхана «Индикатор копинг-стратегий»

Ответы испытуемого сопоставляются с ключом. Для получения общего балла по соответствующей стратеги подсчитывается сумма баллов по всем 11 пунктам, относящимся к этой стратегии. Минимальная оценка по каждой шкале - 11 баллов, максимальная - 33 балла.

### Ключ

* **Шкала «разрешение проблем»** – пункты опросника: 2, 3, 8, 9, 11, 15, 16, 17, 20, 29, 33.
* **Шкала «поиск социальной поддержки»** – пункты опросника: 1, 5, 7, 12, 14, 19, 23, 24, 25, 31, 32.
* **Шкала «избегание проблем»** – пункты опросника: 4, 6, 10, 13, 18, 21, 22, 26, 27, 28, 30.

Баллы начисляются по следующей схеме:

* Ответ “Полностью согласен” оценивается в 3 балла.
* Ответ “Согласен” в 2 балла.
* Ответ “Не согласен” в 1 балл.

## Интерпретация результатов

### Нормы для оценки результатов теста:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Уровень** | **Разрешение проблем** | **Поиск социальной поддержки** | **Избегание проблем** |
| Очень низкий | < 16 | < 13 | < 15 |
| Низкий | 17 - 21 | 14 - 18 | 16 - 23 |
| Средний | 22 - 30 | 19 - 28 | 24 - 26 |
| Высокий | > 31 | > 29 | > 27 |

**Приложение И**

Первичные результаты диагностики копинг-стратегий (суммарные баллы) (методика Амирхана)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № исп. п/п | Онкобольные | | | Условно здоровые | | |
| «разрешение проблем» | «поиск социальной поддержки» | «избегание проблем» | «разрешение проблем» | «поиск социальной поддержки» | «избегание проблем» |
| 1 | 22 | 24 | 25 | 17 | 19 | 12 |
| 2 | 32 | 28 | 16 | 20 | 27 | 23 |
| 3 | 33 | 30 | 12 | 18 | 20 | 20 |
| 4 | 29 | 27 | 17 | 22 | 25 | 19 |
| 5 | 21 | 23 | 30 | 26 | 22 | 13 |
| 6 | 28 | 22 | 22 | 20 | 21 | 19 |
| 7 | 19 | 31 | 15 | 24 | 20 | 22 |
| 8 | 23 | 25 | 19 | 16 | 23 | 25 |
| 9 | 23 | 28 | 12 | 18 | 16 | 17 |
| 10 | 33 | 33 | 14 | 22 | 18 | 20 |
| 11 | 20 | 21 | 20 | 24 | 22 | 23 |
| 12 | 31 | 28 | 18 | 20 | 14 | 26 |
| 13 | 32 | 33 | 11 | 26 | 16 | 21 |
| 14 | 29 | 27 | 19 | 26 | 19 | 15 |
| 15 | 14 | 24 | 29 | 17 | 20 | 27 |
| 16 | 32 | 30 | 13 | 24 | 24 | 19 |
| 17 | 25 | 29 | 28 | 22 | 21 | 20 |
| 18 | 22 | 33 | 20 | 19 | 22 | 15 |
| 19 | 20 | 21 | 17 | 29 | 26 | 19 |
| 20 | 31 | 29 | 15 | 12 | 30 | 19 |
| 21 | 33 | 33 | 13 | 20 | 24 | 15 |
| 22 | 17 | 18 | 26 | 21 | 19 | 18 |
| 23 | 32 | 26 | 24 | 28 | 26 | 19 |
| 24 | 29 | 26 | 19 | 24 | 18 | 21 |
| 25 | 27 | 30 | 20 | 18 | 20 | 16 |
| 26 | 18 | 17 | 26 | 23 | 18 | 18 |
| 27 | 20 | 25 | 29 | 17 | 22 | 30 |
| 28 | 17 | 19 | 27 | 21 | 24 | 16 |
| 29 | 25 | 23 | 20 | 20 | 21 | 20 |
| 30 | 16 | 27 | 33 | 26 | 24 | 18 |
| 31 | 21 | 21 | 23 | 20 | 20 | 23 |
| 32 | 26 | 25 | 33 | 32 | 33 | 18 |
| 33 | 21 | 25 | 33 | 19 | 24 | 14 |
| 34 | 19 | 11 | 24 | 24 | 19 | 20 |
| 35 | 19 | 24 | 32 | 23 | 29 | 20 |
| 36 | 28 | 25 | 32 | 23 | 16 | 17 |
| 37 | 32 | 30 | 16 | 27 | 25 | 12 |
| 38 | 24 | 24 | 29 | 19 | 16 | 20 |
| 39 | 36 | 28 | 30 | 25 | 18 | 15 |
| 40 | 26 | 24 | 20 | 17 | 20 | 24 |

\* - больные, отказавшиеся от операции или не сразу начавшие лечение

1. Тип защит, который приводит к недопущению в сознание психотравмирующей информации (вытеснение, отрицание, регрессия и т.п.) [↑](#footnote-ref-1)
2. Тип защит, которые допускают психотравмирующую информацию в сознание за счет ее «обезвреживания посредством защитной реинтерпретации. [↑](#footnote-ref-2)
3. МПЗ: 1. Отрицание.2. Вытеснение.3. Регрессия. 4. Компенсация.5. Проекция.6. Замещение.7. Рационализация (интеллектуализация).8. Реактивное образование. [↑](#footnote-ref-3)
4. МПЗ: 1. Отрицание.2. Вытеснение.3. Регрессия. 4. Компенсация.5. Проекция.6. Замещение.7. Рационализация (интеллектуализация).8. Реактивное образование. [↑](#footnote-ref-4)
5. 1 –Конфронтация, 2 - Дистанцирование, 3 - Самоконтроль, 4 - Поиск социальной поддержки, 5 - Принятие ответственности, 6 - Бегство-избегание, 7 - Планирование решения проблемы, 8 Положительная переоценка [↑](#footnote-ref-5)
6. 1 –Конфронтация, 2 - Дистанцирование, 3 - Самоконтроль, 4 - Поиск социальной поддержки, 5 - Принятие ответственности, 6 - Бегство-избегание, 7 - Планирование решения проблемы, 8 Положительная переоценка [↑](#footnote-ref-6)