

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О БУДУЩЕМ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С РАЗНЫМ ТИПОМ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ

Пятниченко А.П.,

научный руководитель канд.психол.наук Карташова К.С.

Сибирский федеральный университет

Научной проблемой является представление о будущем у онкологических больных. Представление о будущем зависит от таких факторов как: переживание диагноза, от стадий и типа заболевания, от соц. окружения, от адаптации к заболеванию.

В основу нашего исследования положена модель описания жизненной перспективы у онкологических больных с различными типами отношения к болезни.

Проблема "жизненной перспективы" стала предметом изучения в связи с теоретической и практической разработкой научной проблематики психологического времени и жизненного пути личности. Исследование этой проблемы дает возможность взглянуть на то, как отдельный человек воспринимает и представляет свое будущее, как это будущее связано с прошлым и настоящим, какое место занимает будущее в субъективной картине жизненного пути личности и как оно влияет на личность.

При рассмотрении представлений о будущем мы будем руководствоваться теорией А.А Кроника и Р.А Ахмерова, которые рассматривали будущее через жизненную перспективу, понимая его как прогнозируемые события, наделенные эмоциональным фактором, зависящие от прошедших и настоящих переживаемых событий личности.

Так же мы основываемся на теоретическое понимание жизненной перспективы сформулированное Е.И. Головахой и А.А. Кроником, они дают наиболее обобщенную характеристику будущего жизненного пути человека. Жизненная перспектива понимается ими как «целостная картина будущего в сложной и противоречивой взаимосвязи программируемых и ожидаемых событий, с которыми человек связывает свою социальную ценность и индивидуальный смысл жизни». В целом, Е.И.Головаха и А.А.Кроник полагают, что в том случае, когда предметом исследования выступает будущее человека в масштабе его жизненного пути - долговременная картина жизни в будущем, - речь идет о жизненных перспективах. Жизненная или будущая временная перспектива характеризует способность личности действовать в настоящем в свете предвидения сравнительно отдаленных будущих событий и формируется во взаимосвязи ценностных ориентации, жизненных целей и планов.

Жизненная перспектива не раз и навсегда выработанная стратегия. Каждому качественно новому этапу жизненного пути должно соответствовать свое специфическое содержание, в котором одни компоненты сохраняют преемственность, а другие отражают реальные изменения в окружающем мире и в самом человеке. Содержательная и реалистичная перспектива необходима на каждом этапе жизненного пути.

Нестандартная ситуация в данном случае смертельная болезнь, для которой не существует заготовленного шаблона поведения, является для больных стрессовой. Им свойственно ощущение одиночества и барьера между собой и окружающими. Можно говорить о том, что больные демонстрируют снижение ценности своей личности и поэтому ориентируются в своих действиях и поступках на мнение окружающих людей. Демонстрируют, скорее, пассивное отношение к жизненной ситуации, в их оценке многих жизненных событий преобладает пессимистическая позиция: склонность во

всем видеть плохое, для них характерно отсутствие веры в возможность успешного преодоления препятствий. Все события, связанные с будущим, они видят в более мрачных красках.

По результатам ряда исследований онкологических больных было выявлено: повышение тревожности, снижается настроение и общее самочувствие человека. Установки на прошлое и будущее в структуре временной перспективы в ситуации высокого уровня стресса становятся отрицательными. Люди в меньшей степени склонны видеть свое прошлое и будущее как позитивное, опора на прошлый опыт как ресурс личности снижается, будущее оценивается негативно.

Смертельная болезнь влияет на всю жизнедеятельность человека, часто физические страдания являются причиной многих негативных эмоций: гнева, злости, депрессии, подавленности и обычного человеческого страха перед смертью в терпении, одиночеством, потерей человеческого достоинства, обреченности на милость других людей. Онкологические, как и все другие тяжелые заболевания у многих больных вызывают волнения, тревогу, страх. Их волнуют мысли о том, как будет проходить болезнь и насколько она опасна для жизни, поскольку среди людей бытует ошибочное мнение, что рак - болезнь неизлечимая. Сопутствующие психоэмоциональному состоянию отрицательные эмоции, напряжение или депрессия могут усугубить течение болезни. Имеющиеся в мировой научной литературе сведения о влиянии эмоциональных переживаний на онкологических больных свидетельствуют, что не только течение заболевания, но и социально-психологическая реабилитация больного, возвращение его к активной полноценной жизни в семье и обществе, снижение риска повторного заболевания, во многом зависят от отношения человека к болезни, от его душевного состояния, воли, активной позиции, направленной на борьбу с недугом.

В этот период обостряются и особенности личности. Так, при наличии психастенических черт могут наблюдаться метания больного от одного врача к другому: то отчаяние, то надежда.

Онкологическое заболевание приводит к сильнейшей душевной травме, вызванной сложившимися у людей установками в отношении этой болезни. В этой связи онкологическое заболевание следует рассматривать с позиции психологического кризиса, который является одним из проявлений социально-психологической дезадаптации личности в ситуации утраты или угрозы утраты значимой ценности.

Для людей с диагнозом рак характерно активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях, иногда даже отрицание очевидного, так же отмечаются вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения.

Онкобольные в большей степени в поведении используют такие способы совладения со стрессовой ситуацией, как когнитивные усилия отделиться от ситуации и уменьшить ее значимость (дистанцирование) и усилия по регулированию своих чувств и действий (самоконтроль).

У онкологических больных ранее реально действующие мотивы теряют свою побудительную силу, переходя в разряд целей в структуре главного, ведущего мотива - сохранения жизни. Происходит перестройка жизненных ценностей, меняется отношение больного к себе и окружающему. Было выявлено, что уже с момента первого обращения больного к врачу, установления онкологического диагноза, личность приобретает позицию онкологического больного. Зачастую эта позиция психологически выступает для больного, как позиция смертника, обреченности, поскольку рак нередко ассоциируется со смертью.

На этом этапе основной смыслообразующий мотив, определяясь страхом смерти, побуждает к деятельности, придавая ей особый личностный смысл, оттесняет существовавшие ранее ведущие мотивы.

Выделяется пять фаз реагирования больными на злокачественные новообразования и рак:

1 фаза (анозогнозическая) появляется вслед за первым предположением о наличии у пациента злокачественного новообразования. Она характеризуется отрицанием наличия у себя онкологической патологии, преуменьшением тяжести своего состояния, анозогнозией, убежденностью, что диагноз является ошибочным.

2 фаза (дисфорическая) наступает после подтверждения диагноза и проявляется бурным протестом, дисфорией, склонностью совершать какие-либо агрессивные действия в отношении окружающих или себя (например, суицидальные).

3 фаза (аутосуггестивная) характеризуется принятием фактов о наличии у пациента злокачественного процесса и необходимости длительного и интенсивного лечения в сочетании с «ведением торга» — «главное чтобы не было более».

4 фаза (депрессивная) наступает после длительного периода терапии и проявляется постепенной утратой надежды на выздоровление, появлением пессимизма, подавленности и пассивности.

5 фаза (апатическая) появляется на последних этапах заболевания и выражается «примирением» больного с судьбой, принятием] любого исхода и сопровождающееся безразличием по отношению к внешним и внутренним процессам.

Так же выявлено влияние личностных особенностей на отношение к болезни у онкобольных, такие, как высокая выраженность критического отношение человека к самому себе, его неудовлетворенность собственным поведением и уровнем достижений. Недостаточный уровень принятия самого себя свидетельствуют о преобладании типов отношения к болезни с интерпсихической направленностью и тем самым может провоцировать такой тип реакции на болезнь.

При рассмотрении типов отношения к болезни мы будем опираться на методику ТОВОЛ, в которой лежит классификация типов отношения к болезни А.Е. Личко.

Первый блок включает типы отношения к болезни, при которых социальная адаптация существенно не нарушается - гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы у онкологический больных не отмечаются в отличии от остальных типов отношения к болезни.

Так существенно проявляется второй блок, который включает типы реагирования преимущественно с интрапсихической направленностью, т.е. это тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и апатический тип. Эмоционально-аффективная сфера отношений у больных с этими типами реагирования проявляется в дезадаптивном поведении и реакциях по типу раздражительной слабости, а также в тревожном, подавленном, угнетённом состоянии за своё будущее. Характеризуется «уходом в болезнь», отказом от борьбы за здоровье и выздоровление. Хотя, у онкологических больных основными характеристиками представлений о будущем в этом блоке наблюдается: умение четко планировать будущее (в рассмотрении со всей жизненной перспективой) и прогнозировать ожидаемые события; высокая степень насыщенности событиями жизни в настоящем и будущем в связи с ожидаемым лечением, нейтральная оценка жизненной перспективы; высокая степень реализованности в настоящем и высокая потребность реализоваться в будущем.

А так же у больных наблюдается проявление третьего блока — типы реагирования с интерпсихической направленностью. Включает типы с сенсibilизированным отношением к болезни, которое в большей степени зависит от преморбидных особенностей личности больных — это сензитивный, эгоцентрический,

паранойяльный и дисфорический. Пациенты с этими типами отношения к болезни при различных эмоционально-аффективных реакциях на болезнь характеризуются и дезадаптивным поведением, которое может приводить к нарушению их социального функционирования.

В основе этого блока реагирования на заболевание лежит проекция тревоги за своё будущее, вызванная опасениями, что болезнь надолго и существенно изменит привычный образ жизни. Проявлением тревоги является нацеленность на перепроверку получаемых от врачей сведений о болезни. У больных происходят вспышки крайней озлобленности со склонностью винить в своей болезни других. Требование особого внимания к себе и подозрительность к процедурам и лечению. Деспотичное отношение к близким – требование во всём угождать.

Больным с такими типами реагирования в большей степени свойственны: негативная оценка себя и своей жизни в будущем; отсутствие сложности в установлении позитивных отношений с окружающими; подверженность социальному давлению; чувство неуверенности в собственной способности добиваться намеченных целей и представлять своё будущее; низкий уровень осмысленности жизни.

Т.о основными характеристиками представлений о будущем, у больных выступают: неумение четко планировать будущее (в рассмотрении со всей жизненной перспективой), прогнозировать ожидаемые события, неопределенность будущего; низкая степень насыщенности событиями жизни в настоящем и будущем в связи с ожидаемыми процедурами и лечением, нейтральная оценка жизненной перспективы; низкая степень реализованности в настоящем и отсутствие потребности реализоваться в будущем.

На основании авторов и ряда исследований у людей в ситуации смертельного заболевания наше предположение в том, что полученные переживания смертельного диагноза у людей с типом отношения к болезни преимущественно с интрапсихической направленностью может быть связана с насыщенностью событиями и степенью реализованности в их жизненной перспективе, так как для больных раком опасность для жизни однозначна и нужно быстро предпринимать действия.