

ДЕПРЕССИВНАЯ ЛИЧНОСТЬ КАК ФАКТОР РИСКА К РАЗВИТИЮ АБДОМИНАЛЬНОЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ

По современным данным известно, что «каждый третий человек заболевает, каждый пятый умирает от рака. В будущем от рака будет умирать каждый четвертый человек, если не будут найдены пути его профилактики и лечения» [2, с.234]. Лечение рака связано с чрезвычайно тяжелыми проблемами, и успехов в том направлении очень мало. На сегодняшний день речь идет о длительном, неизлечимом заболевании (с точки зрения больной части населения), поэтому слово «рак» прямо ассоциируется со словом «смерть», причем последняя представляется особо мучительной. «Рак – это особый недуг. Страх смерти люди автоматически переносят на эту болезнь... Рак отождествляется с обреченностью...» [1, с.7]. И человек, попадая в ситуацию онкологического заболевания, очень часто отождествляется с «обреченным» человеком, со «смертником». Следовательно, больные, с которыми приходится иметь дело онкологу, часто принадлежат к числу лиц с тяжело травмированной психикой. Однако в современной онкологии имеется известное противоречие между постоянно совершенствующимися и усложняющимися методами специального (биологического) лечения, поставленного на строго научную основу, и недостаточным уровнем знаний об особенностях психического статуса онкологических больных (знания о характере, особенностях и степени выраженности реакций со стороны психики онкологических больных). Это говорит о необходимости проведения специальных психологических исследований по изучению влияния психологического фактора на возникновение и течение онкозаболеваний. Малочисленность подобных исследований в отечественной психологической практике, а также запросы врачей послужили для нас основанием к теоретико-практической разработке, направленной на выявление психологических факторов и условий, предрасполагающих к развитию онкозаболеваний у определенной части населения.

Изучение литературы, беседы с врачами и пациентами онкологического центра позволили выдвинуть *гипотезу*, что страх перед собственной идентичностью, склонность впадать в состояние беспомощности и безнадежности в ситуации фрустрации потребностей формируют депрессивную личность, закономерно приходящую к развитию злокачественной абдоминальной патологии.

Цель нашего исследования состояла в определении структуры «онкологической личности» у мужчин, имеющих диагноз рак желудка и рак прямой кишки.

Объектом исследования были мужчины в возрасте от 35 до 55 лет, пациенты абдоминального отделения Областного медицинского научно-практического центра «Онкология», которые до госпитализации были трудоспособны.

Предметом исследования явились особенности личностной организации данной категории больных.

В ходе исследования нами использовались такие методики, как Тематический апперцептивный тест Г. Мюррея, тест рисуночной ассоциации С. Розенцвейга, тест чернильных пятен Г. Роршаха. Исследование включало два этапа: обследование больного до и после операции. Второй этап был необходим для квалификации выявленных особенностей либо как устойчивых характеристик личностной организации онкобольных, либо как ситуативных изменений в условиях сильного эмоционального стресса (факт наличия опухоли и предстоящего оперативного лечения).

В ходе исследования было установлено, что в жизни большинства мужчин перед началом заболевания имели место травматические события, которые для них явились сильным стрессом. Можно предположить, что такие события послужили ситуацией запуска, активации онкопроцесса.

Результаты исследования позволяют квалифицировать выявленные особенности как устойчивые характеристики личностной структуры онкобольных, среди которых можно отметить:

1. Инфантильность (незрелость личностных черт), что выражается в эгоцентризме (эгоизме), обидчивости, капризности, реакциях детского капитулирования перед трудностями. Эти черты проявляются также в нарциссической загрузенности мечтами и фантазиями, в связи с чем проявляются трудности построения жизненных планов (нарушение целеполагания). Кроме того наблюдается преобладание примитивных защитных механизмов по типу дистанцирования, вытеснения, отрицания, изоляции и инкапсуляции травмирующих переживаний, обращения против себя, интроекции и проекции.

Так, рассказы больных по ТАТ были очень короткими и характеризовались неразработанностью сюжета, малой конкретностью и определенностью. Специфической особенностью таких рассказов явилось сочетание негативного содержания с высокой неопределенностью, сходной с неопределенностью восприятия заболевания. В данном случае мы имеем дело с нарушением структуриации неопределенных стимулов, т.е. с действием защитных механизмов. Эта защита повышает степень неопределенности тревожных, угрожающих стимулов, переводя их в разряд непонятных, неясных. Это иллюстрирует рассказ больного С. Ю. на 15-ю картину: «Кладбище... Мужчина пришел кого-то навес-

тить, у него кто-то умер... и он будет сюда приходить, чтобы ухаживать... Все».

Описания, сделанные онкобольными при выполнении теста Роршаха, оказались несколько необычными для взрослых людей – часто они напоминали описания, сделанные детьми. Это выражалось в преобладании ответов с «животным» содержанием, и часто ответы давались в уменьшительно-ласкательных формулировках.

2. Аутичность, замкнутость, видимая антиэмоциональность поведения. Эмоциональная уплощенность проявляется в трудности описания словами своих эмоциональных переживаний (очень плохое осознание и вербализация эмоционального опыта). Также для онкобольных характерна репрессия агрессивных и тревожных импульсов, «криков о помощи». Данная особенность, обозначенная Е. И. Лавской [4] (вслед за А. Ш. Тхостовым [7]) как «зажатость аффекта», характерна и для онкогинекологических больных.

Практически во всех рассказах по ТАТ наблюдается несоблюдение инструкции: в рассказах онкобольных возможные чувства персонажей никак не представлены. Вот один из рассказов по 14-й картине: «Это ночь, проснулся человек, открыл окно, решил свежего воздуха вдохнуть, потом, как обычно, на небо посмотреть... Может быть, там какая-то звезда привлекла его вниманиис... Вот посмотрит и ляжет снова спать...»

Во всех протоколах по тесту Роршаха, отсутствуют ответы «на цвет», а показатель F+0% превышает 85%, что указывает на депрессивное состояние больных, а также на пониженную эмоциональность (VIII–X %=20-30%).

3. Пассивность, нормативность, зависимость от Другого, полное подчинение, т.е. устойчивая тенденция быть тем, кого подавляют (мазохистическая тенденция). Характерно отсутствие ощущения ценности своего Я. Выработанный личностный стиль «подавляемого» порождает сильный стресс, поскольку сдерживает субъективно значимые альтернативные способы поведения.

Изучение реакций больных на фрустрацию (тест С. Розенцвейга) позволило описать два основных типа. Первый тип реагирования отличался интенсивной самозащитной реакцией в сочетании с резко сниженной тенденцией поиска выхода из ситуации; второй – значительной фиксацией на удовлетворении потребности и выраженным требованием помощи от окружающих. Для первого случая характерно подавление агрессивных импульсов и демонстрация доброжелательности. Во втором случае подавляется не только агрессия, но и «крики о помощи». Как следствие, возникают самообвинительные реакции (чувство вины, неполноценности, недовольство собой). Во многих протоколах по тесту

Роршаха присутствуют указания на деструкцию и агрессию, которая в обычных условиях, как указывалось, подавлена. Это свидетельствует о действии такого защитного механизма, как обращение против себя.

Вообще, депрессия и саморазрушительные паттерны, которые аналитически ориентированные практики относят к мазохизму, имеют родственный характер, так как и те, и другие являются адаптацией к бессознательной вине. Они настолько часто сосуществуют вместе, что О. Кернберг, как отмечает Н. Мак-Вильямс, рассматривает «депрессивно-мазохистическую» личность как одну из трех организаций характера (т.е. личности) невротического уровня [3,5].

4. Неспособность к зрелым межличностным отношениям, склонность устанавливать поверхностные и формальные отношения без эмоциональной близости.

Из непосредственных бесед с больными нами было выделено четыре основных момента, которые могли способствовать развитию онкозаболевания:

1) Детство и юность этих больных были отмечены чувствами одиночества, покинутости, отверженности и отчаяния. В связи с детско-родительской ситуацией слишком большая близость с другими людьми вызывала у них трудности и казалась опасной.

2) В ранний период зрелости эти пациенты либо установили значимые для них отношения с каким-то человеком, либо получали большое удовлетворение от своей работы. В эти отношения или роль они вкладывали много сил и энергии.

3) Затем эти отношения или роль исчезли из их жизни. Причины могли быть самые разные – смерть близкого человека, смена работы, начало самостоятельной жизни их ребенка, неразрешимые семейные проблемы, сексуальные трудности и т.п. В результате снова возникали отчаяние, безысходность и беспомощность.

4) Одной из основных особенностей этих больных было то, что их отчаяние не имело выхода, они переживали его «в себе», не будучи способны излить свою боль, гнев или враждебность на других. Эта «хорошесть», «добросердечность» в действительности указывает на их неспособность поверить в себя, принять себя (жизнь с отказом от самореализации и идентичности), на полную потерю ими всякой надежды (беспомощность и безнадежность). Эти данные подтверждаются исследованиями К. и С. Саймонтов [6].

Как можно видеть, выявленные нами особенности личностной организации онкобольных свидетельствуют о наличии у них депрессивного типа личности (т.е. депрессивной личностной организации). Это согласуется с данными R. Shekelle, который провел тщательно методически выполненное проспективное исследование, в котором изучались

преморбидные особенности онкобольных [2]. «R. Shekelle в течение 1957–59 гг. соматически и с помощью психологических тестов (ММРІ) исследовал 2020 здоровых людей. Через 17 лет катамнестическим исследованием было охвачено 95% от исходного количества обследованных. Смертность от рака составила 4,1%. У заболевших раком выявлено, что при первичном обследовании у них были повышены показатели шкалы депрессии (результат соответствовал случайной вероятности: $P < 0,001$)» [2]. Депрессивные симптомы нельзя было объяснить соматопсихическими проявлениями уже имевшегося, но еще не диагностируемого рака: смертность в первое пятилетие была не столь велика, как в третье.

В заключение отметим, что для того, чтобы справиться с проблемой рака, здравоохранение будущего должно выйти за рамки традиционной медицины и учесть огромную систему явлений, влияющих на здоровье. Это не значит, что следует отказаться от изучения биологических аспектов болезни, в котором так преуспела медицинская наука, но эти аспекты следует связать с общими физическими и психологическими условиями существования человека в природе и обществе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Бажин Е. Ф., Березкин Д. П., Гнездилов А. В. и др.* Медико-психологические проблемы онкологической клиники // Реабилитация онкологического больного (Сборник науч. трудов). Л., 1979.
2. *Бройтшгали В., Кристиан П., Рад М.* Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. М.: ГЕОТАР МЕДИЦИНА, 1999.
3. *Кернберг О. Ф.* Агрессия при расстройствах личности и перверсиях. М., 1998.
4. *Лавская Е. И.* Влияние личностных особенностей на реабилитацию онкологических больных (на материале отделения онкогинекологии). Дипломная работа. Екатеринбург: УрГУ, 2000.
5. *Мак-Вильямс Н.* Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. М.: «Класс», 1998.
6. *Саймонтон К., Саймонтон С.* Возвращение к здоровью (Новый взгляд на тяжелые болезни). СПб.: Питер Пресс, 1996.
7. *Тхостов А. Ш.* Осознание заболевания у онкологических больных // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Вып. 12. 1984.

М. А. Полянский

ТЯЖЕЛОЕ СОМАТИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ КАК ФОРМА КРИЗИСА РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ (на примере онкологического заболевания)

Реализуя психосоматический подход в медицине (особенно в онкологии), нужно помнить об одном важном механизме взаимодействия между психикой и сомой – механизме «замкнутого круга». Сущность этого механизма состоит в том, что возникшее первоначально нарушение, например, в психической сфере (психопатология), вызывает нару-