

Ю. Ю. Мартинова

Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків)

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНИХ КОМПЕНСАТОРНО-АДАПТАЦІЙНИХ МЕХАНІЗМІВ У ЖІНОК, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ МАСТЕКТОМІЮ

На базі міської онкологічної лікарні № 1 м. Києва було проведено дослідження, в рамках якого обстежено 104 пацієнтки, які перенесли мастектомію внаслідок раку молочної залози. Метою дослідження було вивчити компенсаторно-адаптаційні ресурси жінок. Аналіз результатів виявив характер адаптаційного потенціалу кожної із обстежених пацієнток. Це дало змогу прийняти клінічно обґрунтоване рішення щодо вибору психотерапевтичних мішеней (інтра- чи інтерпсихічні) та методів психокорекції (психотерапевтичних методик) в кожному індивідуальному випадку.

Ключові слова: компенсаторно-адаптаційні психологічні механізми, рак молочної залози, мастектомія, копінг-стратегія, механізм психологічного захисту, внутрішня картина хвороби

За останні двадцять років у всьому світі відмічається підвищення інтересу до психологічних проблем пацієнтів зі злоякісними новоутвореннями, насамперед, в аспекті попередження у них порушень психічного здоров'я і формування ефективних психологічних компенсаторних механізмів адаптації. З'явилися солідні періодичні видання, в яких висвітлюються різноманітні аспекти щодо зв'язку між психічним і психологічним станом та розвитком і перебігом онкологічних захворювань, зокрема, «Журнал психосоціальної онкології» (*Journal of Psychosocial Oncology*) і «Журнал психоонкології» (*Journal of Psycho-Oncology*). За визначенням J. Holland [1], психоонкологія займається двома психологічними факторами, які викликаються такою недугою як рак: емоційною реакцією пацієнтів на всіх стадіях захворювання, членів їхніх родин (психосоціальний фактор), а також психологічними, поведінковими й соціальними факторами, які можуть впливати на захворюваність і смертність внаслідок онкологічних захворювань (психобіологічний фактор) [2]. Отримано наукові дані, що підтверджують ефективність психосоціальних втручань у хворих онкологічного профілю, про що свідчать деякі ретроспективні дослідження [3, 4].

Фактори, що сприяють психологічній адаптації або перешкоджають їй, були вивчені й оцінені на кожному етапі проходження «шляху» онкологічного хворого, починаючи з моменту, коли йому повідомили погану новину, допомогли визначити невирішені проблеми, проінформували, надали психологічну підтримку йому й членам родини, і закінчуючи труднощами пристосування до стійкої ремісії або питаннями глибокої екзистенційної кризи, що розвивається у зв'язку з паліативною медичною допомогою [5]. За кордоном холістичний підхід до лікування хворих онкологічного профілю став розвиватися в основному після того, як різні групи користувачів заявили про своє невдоволення системою медичної допомоги й про створення власної мережі підтримуючих організацій. Результати

проведених після цього досліджень показали, що пацієнти онкологічного профілю дійсно піддаються значному психологічному дистресу: у них формуються психічні розлади, поширеність яких коливається в межах 23—47 % [6, 7]. Продемонстровано, що дистрес можна пом'якшити, а ризик розвитку тривожного стану або афективного розладу звести до мінімуму, якщо під час бесіди з пацієнтом аналізувати, якої саме інформації він потребує, більш тонко й вибірково повідомляти звістку про загрозливу життю хворобу й надавати психологічну підтримку пацієнтам і членам їхніх родин, починаючи з моменту встановлення діагнозу [8, 9].

У формуванні психологічних адаптаційних розладів при онкологічній патології важливу роль відіграє особистісний фактор, що визначає відповідь індивідуума на стресові впливи [10, 11]. Особистісні особливості, що сприяють або перешкоджають психологічній адаптації в ситуації хвороби, також ураховуються в дослідженнях з психоонкології [12]. Можливість хворого справлятися із психологічними проблемами, які практично неминучі при даному виді соматичної патології, залежать від багатьох медичних, психологічних і соціальних факторів, ресурсних можливостей індивіда. Так, В. Я. Семке [13] пропонує модель психосоматичних співвідношень, у якій виокремлює три рівні адаптації: біологічний, конституційно-типологічний і психологічний. На кожному із цих рівнів визначаються як патогенетичні фактори, так і саногенетичні, що є «ресурсами адаптації». Так, соматогенним факторам на біологічному рівні протистоять «соматичні ресурси адаптації». Конституційно-типологічні фактори мають на увазі наявність «внутрішніх ресурсів адаптації» особистості, її потенційну здатність боротися із ситуацією захворювання. Психосоціогенні фактори (умови зміненого соціального оточення, пов'язані із захворюванням) перебувають у діалектичній взаємодії з «зовнішніми ресурсами адаптації», пов'язаними, у першу чергу, із мікросоціальним оточенням і соціальною підтримкою [14].

Мета дослідження — вивчення компенсаторно-адаптаційних психологічних механізмів у пацієнток, які перенесли мастектомію, для визначення мішеней подальшої психокорекційної роботи.

Пристосувальна поведінка відображає стиль або спосіб функціонування пацієнток в соціальній дійсності. Це функціонування забезпечують інтрапсихічні механізми копіngu та психологічного захисту [15, 16]. Копінг, у свою чергу, відображає адаптаційні психологічні механізми, а психологічний захист — компенсаторні. Окрім копіngu і психологічного захисту, нами також була вивчена внутрішня картина хвороби, як особистісний ресурс, який сприяє або перешкоджає формуванню продуктивних копінгів або форм психологічного захисту [17].

Нами була використана системна медико-психологічна технологія [18], яка інтегрує різні параметри психіки пацієнток, які вказують на психологічні механізми, що пов'язані з порушеннями психічної (психологічної) адаптації. Вона дозволила нам отримати уявлення про індивідуальну структуру механізмів психологічного захисту, копінг-стратегії та особистісні ресурси кожної окремої пацієнтки. Це дало нам змогу об'єктивно оцінити індивідуальний адаптаційно-компенсаторний потенціал жінок і можливість більш обґрунтованого вибору мішеней для психотерапевтичної корекції та підвищення адаптаційних можливостей пацієнток. Отримані дані дозволили нам вибрати певну стратегію і тактику проведення психокорекції, враховуючи особливості адаптаційних механізмів пацієнток і можливість працювати в конкретній психотерапевтичній техніці.

Психічна адаптація відображає індивідуально-особистісний рівень психічної регуляції [19], що включає системну діяльність багатьох психологічних підсистем, активну особистісну функцію, яка забезпечує погодження актуальних потреб індивіда з потребами оточення та динамічними змінами умов життя [20]. До структури психічної адаптації входять три основні складові: копінг, психологічний захист, внутрішня картина хвороби.

Копінг — механізм адаптації, за допомогою якого людина свідомо пристосовується у новій для себе соціальній ролі або ситуації, яка виникає при вторгненні в її життя обставин, що неможливо змінити [21]. Копінг включає: механізм подолання, завдяки якому людина пристосовується до обставин і навчається з ними справлятися; процес дії цього механізму — копінг-стратегії (копінг стилі); результат цього процесу — копінг-поведінка. Проблемно-орієнтований копінг націлений на зміну ситуації, а емоційно-орієнтований копінг спрямований на регуляцію емоційного стану, що спричинений проблемною ситуацією (точніше, її оцінкою). За ступенем конструктивності копінг-механізми поділяються на: конструктивні (планування рішення, самоконтроль, пошук соціальної підтримки), відносно конструктивні (прийняття відповідальності, позитивна переоцінка) і неконструктивні (конфронтативний копінг, дистанціювання, тікання-уникнення).

Копінг розглядається як патогенетично значуща перемінна і потенційна «мішень» для психопрофілактичних і психокорекційних втручань [22].

В системі психічної адаптації копінг-механізми міцно пов'язані з механізмами психологічного захисту особистості.

Психологічний захист — це несвідомий процес, який регулює рівень емоційного напруження. Психологічний захист не вирішує суперечності, а усуває пов'язані з ними переживання, які перешкоджають включенню інших механізмів адаптації, що можливо, допоможуть індивіду справитись з ситуацією [23].

Особливості функціонування у пацієнток поведінкових копінг-ресурсів і базових копінг-стратегій проблемно-орієнтованої поведінки впливають на формування типів реагування на захворювання [24]. Недостатня вираженість адаптивних патернів копінг-поведінки сприяють появі дезадаптивних компонентів

ставлення до захворювання. Отже, діагностування у пацієнток психологічних копінг-стратегій дозволить нам визначити точки прикладення психокорекції з метою розвитку адаптивних типів реагування на захворювання і, відповідно, сприяти більш ефективному її подоланню.

Внутрішня картина хвороби — особлива форма психічної адаптації, яка є, з точки зору В. Н. Мясіщева, важливою підсистемою психологічної регуляції поведінки людини і розглядається у рамках вторинного психологічного захисту, тобто несвідомого використання пацієнтками прийомів, які забезпечують безпеку функціонування деструктивного первинного психологічного захисту. Внутрішня картина хвороби (ВКХ) містить такі складові: сприйняття хвороби (чутливо-емоційний компонент); ставлення до хвороби (інтелектуальний компонент); установочність по відношенню до хвороби (поведінковий компонент); ставлення до лікування (комплаєнтність) [25]. ВКХ бере участь у механізмах формування психологічної дезадаптації, формується на підставі базових механізмів психологічної адаптації в умовах розвитку захворювання та є однією зі змістовних «мішеней» психокорекції.

З дотриманням принципів біоетики та деонтології на базі міської онкологічної лікарні № 1 м. Києва за період 2007—2013 років досліджено 104 пацієнтки, що перенесли мастектомію внаслідок РМЗ.

Дизайн дослідження становив обстеження пацієнток у післяопераційному періоді. Жінки були поділені на дві групи в залежності від об'єму оперативного втручання: основну (ОГ) склали 72 пацієнтки, що перенесли радикальну мастектомію, групу порівняння (ГП) — 32 жінки після секторальної мастектомії.

В ОГ вік пацієнток був у межах від 35 до 59 років (середній вік склав $49,8 \pm 2,8$ років), а у ГП — від 36 до 57 років (середній вік — $48,7 \pm 2,2$ років). Серед пацієнток ОГ 59,7 % були одружені, 37,5 % були розлучені, а 2,8 % — незаміжні; у ГП розподіл становив 59,4 %, 37,5 %, 3,1 % відповідно. Рівень освіти пацієнток ОГ виявився переважно середньотехнічним — у 56,9 %; середній встановлено у 27,8 %; вищій — у 15,3 %; у ГП відповідно, — 59,4 %, 21,9 %, 18,8 %. Кількість працюючих жінок становила 62,5 % осіб в ОГ та 65,6 % жінок у ГП, відповідно, непрацюючих було 37,5 % і 34,4 %.

Таким чином, основні соціально-демографічні показники обстежених обох груп були однорідними, що стало підставою для висновку про репрезентативність отриманих результатів.

У роботі використовували:

1. Методику Лазаруса (R. Lazarus) — «Способи копінга», для визначення копінг-механізмів [26]. Була розроблена R. Lazarus і S. Folkman в 1984 році.

Методика складається з 8 шкал (50 тверджень), які відповідають 8 типам копінг-механізмів, що відображають способи подолання труднощів у трьох основних сферах психічної діяльності — когнітивній, емоційній і поведінковій. Вони поділяються на конструктивні (планування вирішення проблеми, самоконтроль, пошук соціальної підтримки), відносно конструктивні (прийняття відповідальності, позитивна переоцінка) і неконструктивні (конфронтативний копінг, дистанціювання, тікання-уникнення).

2. Методику діагностики індексу життєвого стилю (ІЖС) (опитувальник Плутчика — Келлермана — Конте Life Style Index) для визначення частоти використання і вираженості механізмів психологічного захисту [27]. Опитувальник складається з 97 тверджень і складений таким чином, щоб оцінити частоту використання і вираженість у пацієнток певного захисного механізму. Виокремлюють 8 механізмів психологічного захисту (МПЗ): заперечення, витіснення, регресія, компенсація, проєкція, заміщення, раціоналізація, реактивне утворення, серед яких є дезадаптивні (проєкція, реактивне утворення, витіснення, заміщення, компенсація, регресія).

3. Опитувальник ТОБОЛ для визначення типів ставлення до хвороби [28]. Опитувальник складений за принципом «психології відносин» і дає змогу діагностувати патерн, що склався під впливом захворювання, за ставленням до самої хвороби, її лікування, лікарів, медичного персоналу, родичів хворого, оточуючих, роботи, самотності, майбутнього, а також до власних вітальних функцій (сон, апетит, настрої, самопочуття) [22]. Методика дозволяє діагностувати 12 типів реагування на захворювання (ТРнЗ), які об'єднані в три блоки за критеріями: «адаптивність — дезадаптивність», яка відображає вплив ставлення до хвороби на адаптацію особи хворого, та «інтер — інтрапсихічна спрямованість» дезадаптації (в разі дезадаптивного характеру ставлення). I блок включає гармонійний, ергопатичний, анозогностичний ТРнЗ і вказує на найбільш сприятливу реакцію пацієнта на хворобу. II блок складають тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолійний, апатичний ТРнЗ, і він свідчить про інтрапсихічний стиль реагування. III блок складається із сенситивного, егоцентричного, параноїального і дисфоричного ТРнЗ та показує характер реагування особи на хворобу з інтерпсихічною спрямованістю.

Спочатку нами були визначені копінг-стратегії у пацієнток після мастектомії. Майже всі стратегії подолання у жінок обох груп виявилися нижчі за показники норми здорових жінок відповідної вікової категорії (за даними авторів методики). Лише у 6,9 % пацієнток ОГ і 9,4 % обстежених ГП показники всіх конструктивних копінг-стратегій в умовах стресу були у межах норми. Найчастіше використовувалися «дистанціювання» (у 83,3 % жінок ОГ і 71,9 % осіб ГП), що включає прийоми інтелектуалізації, але знецінює власні переживання і можливості подолання проблемних ситуацій, а також «прийняття відповідальності» (62,5 % пацієнток ОГ і 65 % осіб ГП). Рідше пацієнтки застосовували стратегії «самоконтролю» (45,8 % жінок ОГ і 50 % ГП) та «тікання-уникнення» (13,9 % осіб ОГ і 25 % ГП). Статистично нижчі показники стратегій самоконтролю у 54,2 % обстежених ОГ і 50 % ГП, тікання-уникнення у 86,1 % пацієнток ОГ і 75 % ГП, позитивної переоцінки подій у 29,2 % осіб ОГ і 21,9 % ГП, що маркірує пацієнток як особистостей, які схильні до психологічних захистів в ситуаціях напруження, але не до стратегій подолання. Виявлена тенденція до високих показників таких способів поведінки в стресовій ситуації як «планування вирішення проблеми» — у 51,4 % пацієнток ОГ і 59,4 % ГП. Показники способу подолання проблем «пошук соціальної підтримки» були як низькими у 20,8 % жінок, так і дуже високими у 51,4 %

обстежених ОГ і у 15,6 % та 46,9 % осіб ГП відповідно. І ті, й інші показники є чинниками розвитку психічної дезадаптації (табл. 1).

Таблиця 1

Розподіл за вираженістю копінг-стратегій у пацієнток, які перенесли мастектомію

Види копінг-стратегій	ОГ (n = 72)		ГП (n = 32)	
	абс. к.	% ± m	абс. к.	% ± m
Конфронтація	3	4,2 ± 2,0	1	3,1 ± 1,7
Дистанціювання	60	83,3 ± 3,7	23	71,9 ± 4,5
Самоконтроль	33	45,8 ± 5,0	16	50,0 ± 5,0
Пошук соціальної підтримки	37	51,4 ± 5,0	15	46,9 ± 5,0
Прийняття відповідальності	45	62,5 ± 4,8	21	65,6 ± 4,7
Тікання-уникнення	10	13,9 ± 3,5	8	25,0 ± 4,3
Планування	37	51,4 ± 5,0	19	59,4 ± 4,9
Позитивна переоцінка	21	29,2 ± 4,5	7	21,9 ± 4,1

За аналізом середніх балив виявилось, що провідними копінг-стратегіями були: «дистанціювання» (неконструктивна), причому рівень показників пацієнток ОГ вищий за ГП; «прийняття відповідальності» (відносно конструктивна); «самоконтроль» (конструктивна), рівень якого був вищий в осіб ГП; «тікання-уникнення» (неконструктивна) (рис. 1).

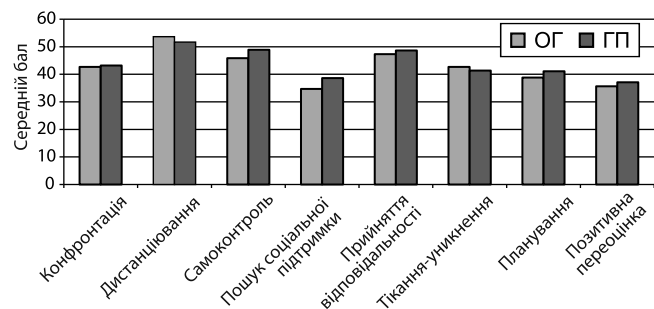


Рис. 1. Середня вираженість різних копінг-стратегій у пацієнток, які перенесли мастектомію

Продовжуючи порівнювати групи, ми виявили також, що рівні «планування вирішення проблеми» (конструктивна копінг-стратегія) та «пошук соціальної підтримки» були вищими у жінок ГП, порівняно із пацієнтками ОГ (табл. 2).

Таблиця 2

Розподіл копінг-стратегій у пацієнток, які перенесли мастектомію (середній бал $M \pm m$)

Види копінг-стратегій	ОГ (n = 72)	ГП (n = 32)
Конфронтація	42,7 ± 9,7	43,21 ± 11,12
Дистанціювання	53,63 ± 10,28*	51,72 ± 8,54*
Самоконтроль	45,87 ± 12,34*	48,87 ± 13,12*
Пошук соціальної підтримки	34,72 ± 11,11	38,62 ± 9,4
Прийняття відповідальності	47,32 ± 9,83*	48,66 ± 9,98*
Тікання-уникнення	42,67 ± 12,12*	41,33 ± 11,31*
Планування	38,84 ± 10,24	41,11 ± 10,35
Позитивна переоцінка	35,62 ± 9,57*	37,13 ± 12,72*

Примітка: * — вірогідність похибки $p < 0,05$

Визначені види копінг-стратегій характеризувалися таким чином.

Конфронтативний копінг — агресивні зусилля по зміні ситуації, припускає наявність певного ступеня вираженості та готовності до ризику, визначає дії, спрямовані на активний захист своєї думки і бажань у відносинах з оточуючими, а також характеризує хаотичну діяльність, що не спрямована на зміну ситуації (головне, робити хоч що-небудь) і спроби агресивної розрядки негативних емоцій, визваних ситуацією. **Дистанціювання** — когнітивні зусилля відокремиться від ситуації та зменшити її значимість, або у спробі забути або проігнорувати ситуацію чи знайти у ній щось хороше. **Самоконтроль** — зусилля з регулювання своїх почуттів і дій, контролювання емоцій, що дає можливість аналізу проблеми та пошуку шляхів виходу із ситуації, що склалася. **Пошук соціальної підтримки** — зусилля спрямовані на пошук інформаційної, дієвої та емоційної підтримки. **Прийняття відповідальності** — прийняття своєї ролі в проблемі та спроба її вирішити, загладити свою провину та змінити ситуацію — розуміння своєї провини, самокритика і самозвинувачення. **Тікання-уникнення** — прагнення і поведінкові зусилля, спрямовані на тікання, уникнення проблеми (а не дистанціювання від неї), виражається у спробах покращити своє самопочуття шляхом алкоголізації, їжі, куріння, уникнення спілкування. **Планування вирішення проблеми** — мимовільні проблемно-орієнтовані зусилля щодо зміни ситуації, що включають аналітичний підхід до вирішення проблеми. **Позитивна переоцінка** — зусилля по створенню позитивного значення, шляхом фокусування на зростанні власної особистості.

Таким чином, у більшості пацієнток відмічалася дисгармонія механізмів подолання проблем, пов'язаних із хворобою. Найчастіше пацієнтки, які перенесли мастектомію, використовували неконструктивну копінг-стратегію «дистанціювання» і відносно конструктивну «прийняття відповідальності», рідше конструктивну «самоконтроль» і неконструктивну «тікання-уникнення».

Оцінка несвідомих механізмів психологічного захисту за допомогою опитувальника ІЖС виявила високе напруження у використанні таких механізмів психологічного захисту: «заперечення» — у 62,5 % пацієнток ОГ і у 59,4 % ГП (за Е. Кублер Росс, заперечення є першим механізмом в структурі реакцій на хворобу в онкопацієнтів), «інтелектуалізація» — у 22,2 % і 21,9 % жінок ОГ і осіб ГП відповідно. Ці механізми використовуються і здоровими людьми [28], але у більшості пацієнток одночасно виявлялася висока напруженість і по іншим МПЗ — «витісненню», «заміщенню» і «проекції», які в окремих дослідженнях [10] виявлені при неврозах. Так у 88,9 % осіб ОГ і у 59,4 % ГП виявлено напруження по 2 і більше МПЗ, в тому числі дезадаптивним механізмам. (У диспозиціях Келлермана Плутчика заперечення і реактивне утворення посилюють одне одного) (табл. 3).

Середні показники всіх МПЗ обстежених пацієнток обох груп перевищують норму. Значимі відмінності існують по механізмам «заперечення», «проекції» і «реактивного утворення». За допомогою цих

механізмів неприйнятні думки, відчуття, що викликають тривогу, стають несвідомими і виявляються в психофізіологічних симптомах, трансформуються в протилежні прагнення (рис. 2).

Таблиця 3

Розподіл за вираженістю механізмів психологічного захисту у пацієнток, які перенесли мастектомію

Види механізмів психологічного захисту	ОГ (n = 72)		ГП (n = 32)	
	абс. к.	%±m	абс. к.	%±m
Заперечення	45	62,5 ± 4,8	19	59,4 ± 4,9
Витіснення	3	4,2 ± 2,0	1	3,1 ± 1,7
Регресія	10	13,9 ± 3,5	4	12,5 ± 3,3
Компенсація	4	5,6 ± 2,3	1	3,1 ± 1,7
Проекція	29	40,3 ± 4,9	11	34,4 ± 4,7
Заміщення	16	22,2 ± 4,2	4	12,5 ± 3,3
Інтелектуалізація	16	22,2 ± 4,2	7	21,9 ± 4,1
Реактивне утворення	22	30,6 ± 4,6	8	25,0 ± 4,3

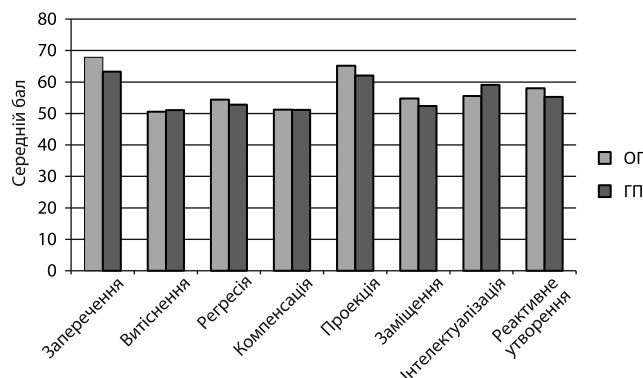


Рис. 2. Вираженість механізмів психологічного захисту у пацієнток, які перенесли мастектомію

Під час порівняння середніх балів між групами виявлено, що рівні показників заперечення, проекції, заміщення і реактивного утворення вищі у жінок ОГ, ніж у пацієнток ГП і рівень інтелектуалізації осіб ОГ нижчий за ГП (табл. 4).

Таблиця 4

Виразеність різних механізмів психологічного захисту у пацієнток, які перенесли мастектомію (середній бал $M \pm m$)

Види механізмів психологічного захисту	ОГ (n = 72)	ГП (n = 32)
Заперечення	67,88±1,75*	63,32±1,63*
Витіснення	50,53±2,76	51,06 ± 2,21
Регресія	54,42±2,53	52,83±1,75
Компенсація	51,23±2,34	51,14 ± 2,11
Проекція	65,15±2,62*	62,07±1,83*
Заміщення	54,76±2,60	52,40 ± 2,04
Інтелектуалізація	55,58 ± 2,42*	59,08±1,95*
Реактивне утворення	57,98±2,79*	55,24 ± 2,36*

Примітка: * — вірогідність похибки $p < 0,05$

Визначені МПЗ характеризувалися таким чином: *заперечення* — заперечення деяких аспектів зовнішньої реальності, очевидних для інших, але болісних для визнання самою особистістю; *проекція* — приписування своїх несвідомих і недопустимих почуттів, імпульсів і думок іншим людям; *заміщення* — розрядка подавлених емоцій (гнів, злість) на об'єктах, що не загрожують людині; *регресія* — повернення до зразків поведінки, які пов'язані з більш ранніми і примітивними стадіями психосексуального розвитку; *реактивне перетворення* — запобігання вираження недопустимих для пацієнтки почуттів, думок або поведінкових реакцій шляхом «реверсії», коли з недопустимими імпульсами справляються шляхом перебільшення протилежного устремління; *інтелектуалізація* (яка об'єднана із сублімацією у *раціоналізацію*) — відображає створення невірних, але прийнятних для жінки пояснень своєї поведінки з використанням тимчасових причин для його виправдання, так і тікання у світ інтелектуальних роздумів з метою уникнення емоцій, що турбують; *компенсація* (об'єднана з ідентифікацією) — є спробою знайти відповідну заміну для реального або уявного недоліку, почуття неповноцінності, за допомогою фантазування або привласнення собі бажаних почуттів, властивостей і достоїнств іншої особи; *витіснення* (об'єднане з ізоляцією та інтроекцією) — виключення із свідомості бажань, думок, почуттів, що викликають тривогу або спогади про психотравмуючу ситуацію на когнітивному рівні, ізолювано від пов'язаного з ним афективного переживання.

Отже, нами були виявлені дисгармонічне поєднання копінг-стратегій: дистанціювання — пошук соціальної підтримки; а також дисгармонічні поєднання копінг-стратегій та психологічних захистів: пошук соціальної підтримки — заперечення; планування вирішення проблеми — заперечення, тікання-уникнення — інтелектуалізація, внаслідок чого у пацієнтки формувалися дезадаптуючі ВКХ (II і III блок).

Таким чином, у пацієнтки, які перенесли мастектомію, було виявлено схильність до використання МПЗ, а не копінг-стратегій, підвищений загальний рівень МПЗ і переважання в їх структурі «заперечення» (адаптивний МЗП), «проекції» і «реактивного утворення» (деадаптивні МПЗ). Провідними копінг-стратегіями були «дистанціювання» (неконструктивна копінг-стратегія), «прийняття відповідальності» (відносно конструктивна), рідше використовувалися «самоконтроль» (конструктивна) і «тікання-уникнення» (неконструктивна). Отже, були визначені маркери психічної дезадаптації, які міцно пов'язані з особливостями стилю захисної і стрес-долаючої поведінки. Це підвищений загальний рівень напруження МПЗ, превалювання в структурі дезадаптивних МПЗ і неконструктивних копінг-стратегій.

Визначення типів реагування на захворювання за методикою **ТОБОЛ** показало, що найчастіше обстежені жінки обох груп мали ергопатичний тип (25,0 % пацієнтки ОГ і 28,1 % ГП), який характеризує їх як «трудоголиків», які занурюються у роботу, сенситивний тип ставлення (23,6 % осіб ОГ і 15,6 % ГП), що вказує на збентеження щодо можливого несприятливого враження, яке може скластися в оточуючих у зв'язку із відомостями про хворобу (вони боялися стати тягарем

для близьких, переживали, що оточуючі стануть їх уникати і вважати неповноцінними) і тривожний ТРНЗ (13,9 % обстежених ОГ і 15,6 % ГП). Щодо різниці між групами, то в ОГ сенситивний ТРНЗ спостерігався статистично частіше ($p < 0,05$), аніж у ГП, що пояснюється тим, що постмастектомічний косметичний дефект посилює відчуття невпевненості у спілкуванні, негативно впливає на сприйняття жінками ОГ своєї зовнішності (табл. 5).

Таблиця 5

Розподіл типів психічного реагування на захворювання у жінок, які перенесли мастектомію

Типи психічного реагування		ОГ (n = 72)		ГП (n = 32)	
		абс. к.	% ± m	абс. к.	% ± m
I блок	Гармонійний	—	—	1	3,1 ± 1,7
	Ергопатичний	18	25,0 ± 4,3	9	28,1 ± 4,5
	Анозогностичний	8	11,11 ± 3,1	4	12,5 ± 3,3
II блок	Тривожний	10	13,9 ± 3,5	5	15,6 ± 3,6
	Іпохондричний	7	9,7 ± 3,0	3	9,4 ± 2,9
	Неврастенічний	5	6,9 ± 2,5	1	3,1 ± 1,7
	Меланхолічний	3	4,2 ± 2,0	1	3,1 ± 1,7
III блок	Апатичний	1	1,4 ± 1,2	1	3,1 ± 1,7
	Сенситивний	17	23,6 ± 4,2	5	15,6 ± 3,6
	Егоцентричний	2	2,8 ± 1,6	1	3,1 ± 1,7
	Паранояльний	—	—	—	—
	Дисфоричний	1	1,4 ± 1,2	1	3,1 ± 1,7

Середні показники майже всіх типів ставлення до хвороби у пацієнтки обох груп були нижчі за норму. Це маркірує їх як особистостей, які мало звертають увагу на свій стан в цілому на протязі життя. Профіль ставлення до хвороби характеризувався переважанням показників сенситивного, тривожного і ергопатичного ТРНЗ. При цьому спостерігалася різниця між групами. Середній бал за сенситивним ТРНЗ був вищим у жінок ОГ (середній бал 47,12), ніж у пацієнтки ГП (середній бал 43,1), що свідчить про зачеплену самооцінку і самоповагу у зв'язку із втратою молочної залози — важливого символу жіночності і материнства. Однорідні показники ознаки анозогнозії (середній бал 36,5 в ОГ і 37,1 у ГП) та іпохондрії (середній бал 37,4 в ОГ і 37,04 у ГП) свідчать про амбівалентність реакції пацієнтки на хворобу після видалення пухлини, яка може розглядатися в рамках такої добре відомої захисної реакції онкологічних хворих як заперечення. З одного боку, пацієнтки визнають наявність у них серйозного захворювання і навіть перебільшують його тяжкість, а з іншого, — заперечують цей факт.

Аналізуючи середні бали за блоками ТРНЗ, виявлено, що у хворих ГП (43,2 ± 3,41 балів) показники першого блоку (найбільш адаптивного) вищі, ніж у жінок ОГ (38,9). Рівні другого (39,1 ± 2,37 бали) і третього (33,4 ± 2,21) блоків у осіб ОГ суттєво перевищують такі у пацієнтки ГП (відповідно 34,6 ± 2,92 і 30,13 ± 2,89). Отримані дані свідчать про більш несприятливу реакцію на захворювання у пацієнтки ОГ (рис. 3).

В обох групах спостерігався розкид піків профілю у різних блоках. Це свідчить про поєднання

інтра- (II блок) та інтерпсихічної (III блок) спрямованості, що веде до тотального зниження адаптаційного потенціалу пацієнок, а також про те, що, незважаючи на прояви психічної дезадаптації, пацієнтки у своїй поведінці прагнуть до збереження ціннісної структури і активного соціального функціонування. Це окреслює тенденцію до гармонізації ВКХ.

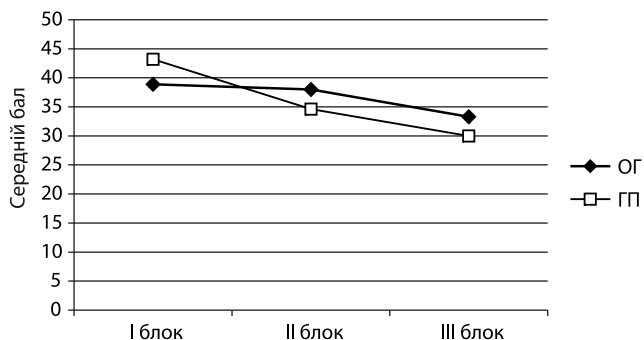


Рис. 3. Рівень типів психічного реагування на захворювання у жінок, які перенесли мастектомію, за блоками

Виявлені ТРнЗ характеризувалися таким чином: *ергопатичний* ТРнЗ проявлявся відходом від хвороби в роботу, намаганням, незважаючи на важкість хвороби та страждань, будь за що продовжувати діяльність, яка створювала ілюзію повної зайнятості та дозволяла переключитися на соціальну реалізацію і не думати про захворювання; *сенситивний* ТРнЗ характеризував пацієнок як дуже ранимих, у них часто спостерігалася зміна настрою, що пов'язано із міжособистісними відносинами; *дисфоричний* ТРнЗ призводив до необґрунтовано підвищеного настрою, зневаги та легковажного ставлення до хвороби і лікування, домінувала надія на те, що «все минеться», було присутнє бажання отримувати від життя все, незважаючи на хворобу. Такі жінки легко порушували режим лікування, незважаючи на те, що це могло негативно відзначитись на перебігу захворювання; *тривожний* ТРнЗ знаходив своє відображення у стані постійного неспокою та недовірливості щодо несприятливого перебігу захворювання, неефективності і небезпеки лікування. Пацієнтки мали схильність до пошуку нових способів лікування, потребу в додатковій інформації про захворювання, вірогідні ускладнення, методи лікування, знаходились в пошуку нових авторитетних джерел інформації. В них відмічалось переважання підвищеної зацікавленості в об'єктивних даних існуючого захворювання (результатах аналізів, висновках спеціалістів) над власними відчуттями. Це ставало підґрунтям для виникнення постійного тривожного та пригніченого настрою; для *анозогностичного* ТРнЗ було притаманним активне відкидання думок про хворобу та її можливі наслідки, заперечення очевидного в проявах хвороби та надання їм ролі випадкових обставин або інших неважких захворювань; *неврастенічний* ТРнЗ проявлявся роздратованою слабкістю, агресивними спалахами (особливо під час болю, при неприємних відчуттях, невдачах лікування, поганих даних обстежень). Зазвичай роздратування було спрямоване

на першого зустрічного та завершувалось каяттям та сльозами. Цьому ТРнЗ були притаманні нестерпність болювих відчуттів, нетерплячість, нездатність очікування полегшення, в подальшому — каяття за неспокій та нестриманість; жінки з *іпохондричним* ТРнЗ були зосереджені на суб'єктивних болісних та інших неприємних відчуттях, прагнули постійно розповідати про них оточуючим. Це обумовлювало перебільшення дійсних та пошук неіснуючих хвороб і страждань. Мало місце перебільшення побічних дій ліків, поєднання бажання отримувати лікування та невіри в його успіх. Спостерігалась дисоціація між вимогами пацієнок щодо ретельного обстеження і їх страхом щодо шкоди та болючості процедур; *егоцентричний* ТРнЗ характеризувався «зануренням у хворобу та хворобливу себе», виставленням напоказ близьким і оточуючим своїх страждань і переживань з метою повністю заволодіти їхньою увагою; *апатичний* ТРнЗ супроводжувався повною байдужістю до результатів лікування, до закінчення хвороби і взагалі до своєї долі; втратою інтересу до всього, що раніше турбувало; в'ялістю та апатією в поведінці, діяльності та міжособистісних відносинах.

Отже, на основі узагальнення отриманих даних ми зробили висновок про характер адаптаційного потенціалу (парціальне або тотальне зниження) кожної із обстежених пацієнок після перенесеної мастектомії. Завдяки цьому ми змогли прийняти клінічно обґрунтоване рішення щодо вибору психотерапевтичних мішеней (інтра- чи інтерпсихічні) та методів психокорекції (психотерапевтичних методик) в кожному індивідуальному випадку. Також, отримані дані змушують звернутися до холистичного підходу, спрямованого на активізацію адаптивних, а не на редукцію дезадаптивних, сил. Згідно з положеннями даного підходу, зусилля у роботі із цією категорією обстежених пацієнок мають бути спрямовані, перш за все, на стимуляцію власних ресурсів організму і адаптивних стилів реагування на захворювання.

Список літератури

1. Psycho-Oncology / [ed. Holland J. C., Breitbart W. S., Jacobsen P. B. et al]. — Oxford University press, 2010. — 712 p.
2. Маркова М. В. Стан та перспективи розвитку сучасної психоонкології / М. В. Маркова, О. В. Піонтковська, І. Р. Кужель // Український вісник психоневрології. — 2012. — Т. 20, вип. 4 (73). — С. 86—91.
3. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients / [L. R. Degoratis, G. R. Morrow, J. Fetting et al.] // Journal of the American Medical Association. — 1983. — Vol. 249. — P. 751—757.
4. Stein S. New directions in psycho-oncology / S. Stein, K. Hermanson, D. Spiegel // Current Opinion in Psychiatry. — 1993. — Vol. 6. — P. 838—846.
5. Maguir P. Improving the psychological care of cancer patients / P. Maguir, A. Howell // In: Psychiatric Aspects of Physical Disease (eds. A. House, R. Mayou, C. Mallinson), London: Royal College of Physicians and Royal College of Psychiatrists. — London, 1995. — 254 p.
6. Golden-Kreutz D. M. Depressive symptoms after breast cancer surgery: relationships with global, cancer-related, and life event stress / D. M. Golden-Kreutz, B. L. Andersen // Psycho-oncology. 2004. — Vol. 13, № 3. — P. 211.
7. Greer S. Psycho-oncology: its aims, achievements and future tasks / S. Greer // Ibid. — 1994. — Vol. 3. — P. 87—102.

8. Fallowfield L. No news is not good for news: information preferences of patients with cancer / L. Fallowfield, S. Ford, S. Lewis // *Ibid.* — 1995. — Vol. 4. — P. 197—202.

9. Маркова М. В. Проблеми повідомлення діагнозу і спілкування з онкохворою дитиною та її батьками / М. В. Маркова, О. В. Піонтковська, І. Р. Кужель // *Медична психологія*. — 2013. — № 1. — С. 12—19.

10. Бухтояров О. В. Психогенный кофактор канцерогенеза: возможности применения гипнотерапии / О. В. Бухтояров, А. Е. Архангельский; под ред. В. А. Козлова. — СПб.: Алетейя, 2008. — 264 с.

11. Алясова А. В. Особенности психологического статуса больных раком молочной железы / А. В. Алясова // *Практическая неврология и нейрореабилитация*. — 2008. — № 3. — С. 25—29.

12. Маркова М. В. Складові психологічного адаптаційного потенціалу онкохворих, які перенесли хірургічне втручання з формуванням кишкової стоми / М. В. Маркова, Є. В. Кришталь, Т. В. Яворська // *Таврический журнал психиатрии*. — 2012. — Т. 16, № 2 (59). — С. 39—40.

13. Семке В. Я. Психиатрия и онкология. Грани соприкосновения / В. Я. Семке // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. — 2008. — № 3. — С. 7—12.

14. Маркова М. В. Ситуативно-соматичний та психолого-особистісний фактори у плануванні медико-психологічної допомоги інкурабельним онкологічним хворим / М. В. Маркова, І. Р. Кужель // *Український вісник психоневрології*. — 2010. — Т. 13, вип. 3 (64). — С. 136.

15. The Roles of Social Support and Coping Strategies in Predicting Breast Cancer Patients' Emotional Well-being / [J. Kim, J. Y. Han, B. Shaw et al.] // *Health Psychol.* — 2010. — Vol. 15(4). — P. 543—552.

16. Heckman B. D. Coping and anxiety in women recalled for additional diagnostic procedures following an abnormal screening mammogram / B. D. Heckman // *Health Psychol.* — 2004. — Vol. 23, № 1. — P. 42—48.

17. Ahlberg K. Fatigue, psychological distress, coping and quality of life in patients with uterine cancer / K. Ahlberg // *J. Adv. Nurs.* — 2004. — Vol. 45, № 2. — P. 205—213.

18. Методики психологічної діагностики больних с эндогенными психическими расстройствами: усовершенствованная медицинская технология / [А. П. Коцюбинский, Т. А. Аристова, М. А. Дитятковский и др.] / Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева. — СПб., 2007. — 47 с.

19. Клинические и психосоциальные аспекты реабилитации женщин с онкологической патологией репродуктивной системы [Электронный ресурс] / [А. Ю. Березанцев, Л. И. Монасыпова, С. В. Стражев, А. М. Спиртус] // *Психические расстройства в общей медицине. Consilium-medicum*. — № 1. — 2011. — Режим доступа: <http://www.consilium-medicum.com/article/20662> (дата звернення: 1.04.2013).

20. Faller H. Prognostic value of depressive coping and depression in survival of lung cancer patients / H. Faller, M. Schmidt // *Psychooncology*. — 2004. — Vol. 13, № 5. — P. 359—363.

21. Залуцкий И. Л. Проблема копинг-поведения в работах отечественных и зарубежных исследователей / И. Л. Залуцкий, Л. М. Махнач // *Онкологический журнал*. — 2009. — Т. 3, № 3(11). — С. 81—87.

22. Исаева Е. Р. Особенности и проблемные зоны в структуре адаптационных ресурсов личности при социальной и психосоматической дезадаптации / Е. Р. Исаева, О. С. Дейнека // *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева*. — 2009. — № 3. — С. 42—47.

23. Исаева Е. Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни / Е. Р. Исаева. — СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2009. — С. 23—46.

24. Махнач Л. М. Копинг-стратегии у онкологических пациентов с различной степенью эмоциональной дезадаптации /

Л. М. Махнач // *Актуальные психологические исследования*. — 2010. — С. 69—73.

25. Вассерман Л. И. Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных с соматической патологией / Л. И. Вассерман, Е. А. Трифонова, Е. А. Федорова // *Сибирский психологический журнал*. — 2008. — № 27. — С. 67—71.

26. Методика психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями : пособие для врачей и мед. психологов / [Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Е. Р. Исаева и др.]. — СПб.: Изд-во НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2009. — С. 12—33.

27. Психологическая диагностика Индекса жизненного стиля / [Л. И. Вассерман, О. Ф. Ерышев, Е. Б. Клубова и др.]. — СПб.: Изд-во НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2005. — С. 41—49.

28. Психологическая диагностика отношения к болезни : метод. пособие. — СПб.: С.-Петербург. науч.-исслед. ин-т им. В. М. Бехтерева, 2005. — С. 22—25.

Надійшла до редакції 05.04.2013 р.

Ю. Ю. Мартынова

Особенности психологических компенсаторно-адаптационных механизмов у женщин, перенесших мастэктомию

Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков)

На базе городской онкологической больницы № 1 г. Киева были обследованы 104 пациентки, которые перенесли мастэктомию в результате рака молочной железы. Целью исследования было изучить компенсаторно-адаптационные ресурсы женщин. Анализ результатов выявил характер адаптационного потенциала каждой из обследованных. Это дало возможность принять клинически обоснованное решение по выбору психотерапевтических мишеней (интра- или интерпсихические) и методов психокоррекции (психотерапевтических методик) в каждом индивидуальном случае.

Ключевые слова: компенсаторно-адаптационные психологические механизмы, рак молочной железы, мастэктомия, копинг-стратегия, механизм психологической защиты, внутренняя картина болезни.

Yu. Yu. Martynova

Psychological compensation-adaptation mechanisms of women after mastectomy

Kharkiv medical Academy of Postgraduate Education (Kharkiv)

On the basis of Kiev City Oncologic Hospital № 1 there were examined 104 patients, who have had mastectomy done to treat breast cancer. The purpose of the research was to find out women' compensator-adaptational resources. The analysis of the results detected a character of adaptational potential of each of the patient. It gave an opportunity to make a clinically reasonable decision to choose the psychotherapy' targets (intra- or inter-mental) and psycho-correctional methods (psychotherapeutic techniques) for each separate case.

Keywords: adaptation-compensatory psychological mechanisms, breast cancer, mastectomy, coping-strategy, mechanism of psychological defense, internal picture of illness.