

Особенности индекса жизненного стиля у больных с пограничными и доброкачественными опухолями яичников

Н. А. Чугунова, акушер-гинеколог, директор¹

Б. А. Ясько, д. псих. н., проф.²

Л. В. Покуль, д. м. н., онколог, акушер-гинеколог, доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии медицинского института³, зам. директора по науке¹

¹ФГБУЗ «Новороссийский клинический центр» ФМБА России, г. Новороссийск

²ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Краснодар

³ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», г. Москва

Features of lifestyle index in patients with borderline and benign ovarian tumors

N. A. Chugunova, B. A. Yasko, L. V. Pokul

Novorossiysk Clinical Centre, Novorossiysk; Kuban State Medical University, Krasnodar; People's Friendship University of Russia, Moscow; Russia

Резюме

Рассмотрено своеобразие профиля психологических защит (индекса жизненного стиля [ИЖС]) женщин, страдающих пограничными и доброкачественными опухолями яичников. Введены понятия «конструктивный профиль ИЖС» и «неконструктивный профиль ИЖС». Показано, что наиболее выражена склонность к конструктивным эгозащитам в среде пациенток с доброкачественными опухолями яичников, что непосредственно связано с процессом восстановления ими репродуктивного потенциала. У пациенток, представляющих группы пограничных опухолей яичников, сложность протекания заболевания, недостаточная успешность репродукции сопровождаются субъективно сниженной самооценкой, фрустрированностью, что отражено в преобладании неконструктивного профиля ИЖС. Заключение: психологический портрет пациенток с доброкачественными опухолями яичников, характеризующийся различными типами защитного поведения, целесообразно учитывать при планировании ведения данного контингента больных.

Ключевые слова: индекс жизненного стиля, механизмы психологической защиты, конструктивный профиль ИЖС, неконструктивный профиль ИЖС, пограничные эпителиальные серозные опухоли яичников, пограничные муцинозные опухоли яичников, цистаденома яичников.

Summary

The originality of the profile of psychological defenses (c. LSY) of women suffering from borderline and benign ovarian tumors is considered. The concepts of constructive LSY profile and non-constructive LSY profile are introduced. It is shown that the most pronounced tendency to constructive ego-defenses is among patients with benign ovarian tumors, which is directly related to the process of restoration of their reproductive potential. In patients representing groups of borderline ovarian tumors, the complexity of the course of the disease, the insufficient success of reproduction is accompanied by subjectively reduced self-esteem, frustration, which is reflected in the predominance of the non-constructive profile of LSY. Conclusion. The psychological portrait of patients with benign ovarian tumors, characterized by various types of protective behavior, it is advisable to consider when planning the management of this patient population.

Key words: life style index, psychological defense mechanisms, life style index, constructive profile of life style index, non-constructive profile of life style index, borderline epithelial serous tumors of the ovaries, borderline mucinous tumors of the ovaries, ovarian cystadenoma.

Введение

Анализ психологического аспекта проблемы «болезнь — пациент» требует понимания системного фрустрирующего влияния болезни на личность. Болезнь воспринимается человеком как угроза, блокирующая (фрустрирующая) основные жизненные и социальные потребности. При этом отношение к болезни определяет стратегию адаптивного или дезадаптивного поведения пациента. Эта стратегия может проявляться в виде игнорирования, отрицания болезни или в форме активной борьбы с болезнью и сопутствующей угрозой социальному благополучию и т. д. [4, 5]. На преодоление фру-

страции и тревожных переживаний направляются механизмы интраперсональной психологической защиты (МПЗ), которым отводится роль контроля над угрожающими состояниями. МПЗ представляют собой систему, стабилизирующую личность при переживании ею отрицательных эмоций, чувства тревоги, которые возникают при критическом рассогласовании картины мира с новой информацией [4].

В настоящее время получил признание подход, согласно которому для анализа этиопатогенеза нарушений психической адаптации применяется диагностика индекса жизненного

стиля пациента. Индекс жизненного стиля (ИЖС, lifestyle index) — понятие, введенное в клиническую психологию Plutchik [4]. ИЖС — это индивидуальные механизмы переработки стресса и психологической защиты, актуализируемые личностью в трудных жизненных ситуациях. В основе ИЖС лежит сочетание восьми видов МПЗ, получивших обозначения в последовательности латинского алфавита:

1. А — отрицание;
2. В — вытеснение;
3. С — регрессия;
4. D — компенсация;
5. Е — проекция;

6. F — замещение;
7. G — интеллектуализация (рационализация);
8. H — реактивное образование.

В исследованиях отмечается, что конструктивную роль в адаптации к болезни выполняют психологические защиты по типу «компенсация» и «рационализация». Наиболее конструктивными, не способствующими преодолению стресса и тревоги, рассматриваются психологические защиты по типу «проекция», «вытеснение» [4].

Обращаясь к публикациям последних лет [3], мы считаем целесообразным отнести к совокупности конструктивных психологических защит механизм регрессии, активизируемый при перестройке взаимодействия организма со средой в ситуациях переживания стресса, когда другие модели поведения стали малоэффективными для субъекта. Активизация механизма регрессии позволяет в короткий отрезок времени сформировать новые модификации уже имеющихся у человека адаптаций и применить их в дальнейшем к условиям изменившейся внешней и (или) внутренней среды [3].

Несмотря на наличие разнообразных исследований психосоматических состояний женщин, страдающих заболеваниями органов репродукции [1, 2, 5], остается недостаточно освещенным вопрос о роли эгозащит в преодолении стресса болезни. В частности, в специальной литературе отсутствуют систематизированные данные анализа индекса жизненного стиля женщин, формирующегося при наличии опухолей яичников пограничной и доброкачественной природы. Вместе с тем комплексный подход, объединяющий данные клинического процесса и изучения психологического статуса пациентов, может позволить повысить эффективность диагностики, лечения и клинического сопровождения процесса реабилитации женщин детородного возраста.

Обозначенная проблема определила цель данного эпизода проводимого нами исследования: провести анализ особенностей индекса жизнен-

ного стиля пациенток пограничными и доброкачественными опухолями яичников.

Материалы и методы

Выполнено когортное проспективное исследование, проведенное с 2008 по 2018 год. Изучено 387 женщин, из них 198 больных пограничными опухолями яичников. Возраст пациенток варьировал от 25 до 45 лет. Объем проведенного оперативного лечения: односторонняя аднексэктомией, биопсия контралатерального яичника, резекция сальника и мультифокальная биопсия париетальной брюшины. Все пациенты были разделены на три группы: I группа (n = 103) — больные с серозными пограничными опухолями яичников; II группа (n = 95) — пациентки с муцинозными пограничными опухолями яичников; III группа (n = 189) — женщины с доброкачественными цистаденомами.

В качестве инструмента диагностики применен опросник «Индекс жизненного стиля» (Lifestyle Index, LSI). Методика предназначена для анализа механизмов психологической защиты «я». Она включает 97 утверждений, требующих альтернативного выбора («да» или «нет»). Измеряются восемь вышеперечисленных видов МПЗ. Каждому из защитных механизмов соответствуют от 10 до 14 утверждений, описывающих личностные реакции человека, возникающие в различных ситуациях. Анализ результатов производится путем суммирования ответов, совпавших с ключом, и расчета их процента долей относительно максимального значения по каждой шкале. Полученный результат интерпретируется как показатель напряженности конкретного механизма психологической защиты. Напряженной считается защита, составляющая более 50,0% от максимального значения. На основе ответов строится профиль защитной структуры личности или респондентов однородной группы.

В процесс интерпретации ИЖС входит также оценка общей напряженности защит (ОНЗ). Анализ результатов в этом случае аналогичен определению напряженности конкретного механизма психологической защиты.

Сумма измерений всех МПЗ делится на 97 — максимальный показатель, соответствующий количеству утверждений в опроснике.

Исходя из приведенных выше данных о различиях конструктивных и неконструктивных защит, мы, в целях проводимого исследования, ввели два дополнительных показателя: НКЗ — напряженность конструктивных защит; и ННКЗ — напряженность неконструктивных защит. Эти показатели рассчитывались по общему правилу определения напряженности МПЗ. Часть совокупной выборки, которая характеризовалась преобладанием конструктивных МПЗ, в описании данных обозначалась N_k , соответственно в группах сравнения использовались обозначения индекса группы (n_{1-k} ; n_{2-k} ; n_{3-k}). Часть совокупной выборки, которая характеризовалась преобладанием неконструктивных МПЗ, в описании обозначалась $N_{н/к}$, соответственно в группах сравнения использовались обозначения индекса группы ($n_{1-н/к}$; $n_{2-н/к}$; $n_{3-н/к}$).

Результаты и их обсуждение

По данным проведенного тестирования установлено, что общая напряженность психологических защит в целом по совокупной выборке находится на границе нормы (50,0%). Вместе с тем отдельно в группах этот показатель различается (рис. 1).

Высокий уровень напряженности эгозащит характерен для пациентов первой и второй групп (52,8 и 54,6% соответственно). В третьей группе показатель ОНЗ был ниже границы высоких значений (42,5%).

Анализ показал также, что выраженность активности отдельных защит в сравниваемых группах различается (рис. 2). В группе n_1 активно (с превышением индекса напряженности границы нормы) используются МПЗ: «вытеснение» (64,7%); «проекция» (72,3%); «замещение» (56,4%); «реактивные образования» (55,7%). Для респондентов группы n_2 наиболее актуальны эгозащиты по типу «отрицание» (68,5%), «вытеснение» (72,4%), «проекция» (57,3%), «замещение» (62,6%). В группе n_3 отмечена высокая выраженность МПЗ:

«регрессия» (53,6%), «компенсация» (62,8%), «рационализация» (74,3%), «реактивные образования» (58,7%).

Далее было проведено сравнение долей респондентов каждой группы в использовании конструктивных и неконструктивных МПЗ.

Преобладание конструктивных психологических защит в виде компенсации, рационализации и регрессии обнаружили только 17,5% респондентов группы n_1 ($n = 18$), 20,0% ($n = 19$) — группы n_2 и 38,1% ($n = 72$) — группы n_3 , что достоверно более выражено, чем в первых двух группах ($p \leq 0,000$ при $\phi^* = 3,80$ и $3,19$ соответственно). В целом ориентация на конструктивные механизмы психологической защиты при переживании стресса болезни имеют только 28,2% опрошенных ($N_k = 109$ чел.), см. табл. 1.

По сути, противоположная картина наблюдается в показателях активности неконструктивных МПЗ. В группе n_1 в преодолении стресса болезни опираются на неконструктивные эгозащиты 62,1% женщин ($n = 64$), в группе n_2 — 54,7% ($n = 52$), а в группе n_3 — только 29,6% ($n = 56$). Статистический анализ подтверждает достоверно более выраженное преобладание лиц с ориентацией на неконструктивные механизмы эгозащит в группах n_1 и n_2 по сравнению с группой n_3 ($p \leq 0,000$ при $\phi^* = 5,42$ и $4,42$ соответственно).

Сглаженный профиль МПЗ более характерен для пациенток группы n_3 (в сравнении с группой n_1 $p \leq 0,013$ при $\phi^* = 2,22$; с группой n_2 $p \leq 0,055$ при $\phi^* = 1,61$).

Установлено, что имеет место различие вклада психологических защит в реализацию репродуктивной функции в обследуемых группах пациенток. Анализ проводился по показателям наступления беременности у женщин. Во всех группах пациентки с зарегистрированным фактом беременности имели конструктивный профиль механизмов психологической защиты: в группе n_1 — 77,8% (14 человек из 22 зарегистрированных случаев); в группе n_2 — 89,5% (17 из 32 зарегистрированных случаев); в группе n_3 — 93,0% (67 из 127 зарегистрированных случаев). В целом по выборке из 181 случая зарегистрированной беременности

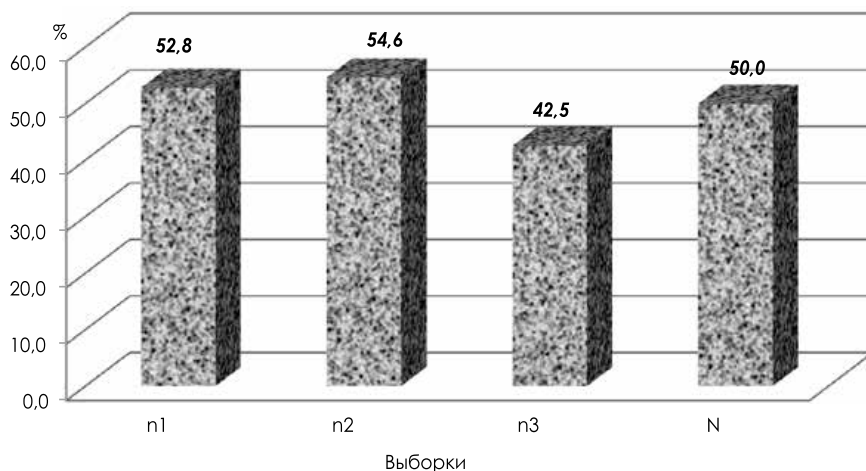


Рисунок 1. Сравнение показателей напряженности психологических защит в исследуемых группах респондентов и в целом по выборке (N).

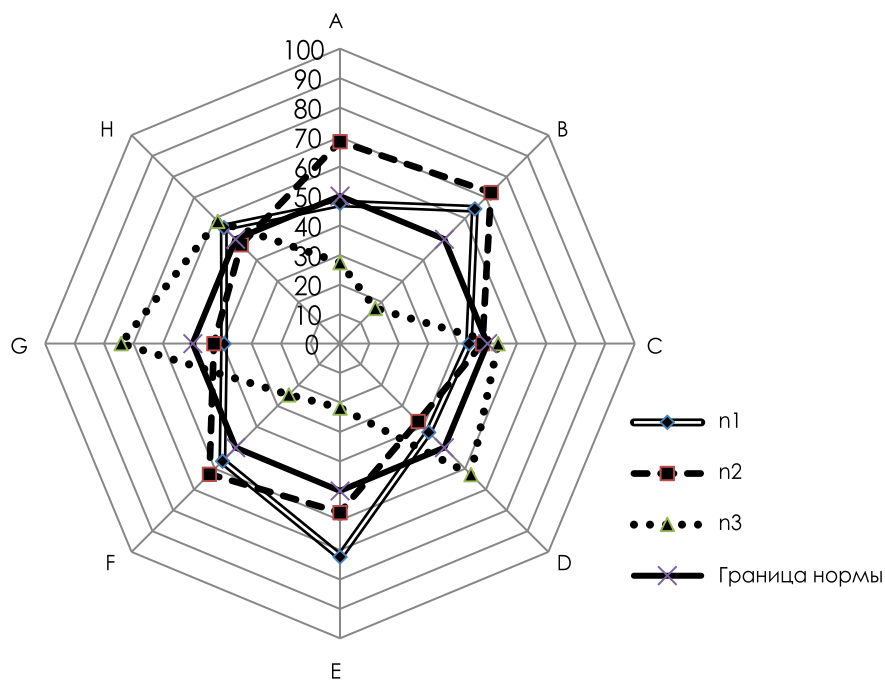


Рисунок 2. Профили напряженности основных механизмов психологической защиты в сравниваемых группах пациентов.

Примечание: А — отрицание, В — вытеснение, С — регрессия, D — компенсация, Е — проекция, F — замещение, G — интеллектуализация (рационализация), H — реактивное образование.

89,9% ($n = 98$) — женщины, обнаружившие на этапе психологической диагностики конструктивный индекс жизненного стиля.

Вклад неконструктивных защит — незначительный: из 172 человек, составивших группу $N_{н/к}$, только у 11,6% ($n = 20$) установлен факт наступившей беременности (табл. 2).

Обсуждение результатов исследования

Представленные данные показывают, что женщины, страдающие пограничными опухолями яичников, имеют

ряд особенностей индекса жизненного стиля в виде активности механизмов психологической защиты.

Первая состоит в повышенной общей напряженности эгозащит, что является подтверждением системного стрессогенного влияния заболевания, обуславливающего запуск механизмов защитного поведения для сохранения гомеостаза личности, самооценки. Вторая находит выражение в специфике сочетания активности конструктивных и неконструктивных механизмов эгозащиты. Только 28,2% пациенток активизиру-

Таблица 1
Соотношение механизмов психологических защит в обследуемых группах пациенток

Группы	Количество пациентов (чел. / % от N)	Виды профилей ПЗ		
		(п. _{к.}) конструктивный	(п. _{н/к.}) неконструктивный	(п. _{сгл.}) сглаженный
		Абс. / %	Абс. / %	Абс. / %
n1	103 / 26,6	18 / 17,5 (% от n1)	64 / 62,1 (% от n1)	21 / 20,4(% от n1)
n2	95 / 24,5	19 / 20,0 (% от n2)	54 / 56,8 (% от n2)	22 / 23,3(% от n2)
n3	189 / 48,8	72 / 38,1(% от n3)	56 / 29,6 (% от n3)	61 / 32,3(% от n3)
N	387	109 / 28,2(% от N)	172 / 44,4(% от N)	106 / 27,4(% от N)

Данные статистического анализа

Группы сравнения	Конструктивный профиль МПЗ	Неконструктивный профиль МПЗ
n1 ↔ n2	$\Phi^*_{\text{эмп.}} < \Phi^*_{\text{кр.}}$ ($\Phi^* = 0,45$)	$\Phi^*_{\text{эмп.}} < \Phi^*_{\text{кр.}}$ ($\Phi^* = 0,76$)
n1 ↔ n3	$\Phi^* = 3,80; p \leq 0,000$	$\Phi^* = 5,42; p \leq 0,000$
n2 ↔ n3	$\Phi^* = 3,19; p \leq 0,000$	$\Phi^* = 4,42; p \leq 0,000$

Таблица 2
Соотношение вклада психологических защит в реализацию репродуктивной функции в обследуемых группах пациенток

Реализация репродуктивной функции (беременность)			
Регистрация беременности (абс. / % от n)	В том числе:		
	Из группн. _{к.}	Из группн. _{н/к.}	Из подгруппн. _{сгл.}
22 / 21,4 (% от n1)	14 / 77,8 (% от n1-к.)	2 / 3,1 (% от n1-н/к.)	6 / 28,6 (% от n1-сгл.)
32 / 33,7 (% от n2)	17 / 89,5 (% от n2-к.)	5 / 9,6 (% от n2-н/к.)	10 / 41,7 (% от n2-сгл.)
127 / 67,2 (% от n3)	67 / 93,0 (% от n3-к.)	13 / 23,2 (% от n3-н/к.)	47 / 77,0 (% от n3-сгл.)
181 / 46,8(% от N)	98 / 89,9(% от n-к.)	20 / 11,6(% от n-н/к.)	63 / 59,4(% от n-сгл.)

ют конструктивный профиль МПЗ в виде компенсации, рационализации и регрессии. Это означает, что они стремятся защитить себя от комплекса неполноценности, обусловленного переживанием заболевания, сохранить адекватную самооценку, находить способы поведения, способствующие принятию своей жизни как самодостаточной.

Вместе с тем 44,4 % пациенток склонны к неконструктивному поведению в преодолении стресса болезни. Среди преобладающих механизмов психологической защиты в этой группе респонденток особо выделяется активность вытеснения, проекции, замещения. Согласно характеристике этих механизмов поведение женщин этой группы можно описать как повышено агрессивное, в том числе с элементами аутоагрессии, неспособности противостоять силой собственного «я» стрессу. Факт болезни вытесняется из сознания, больные склонны видеть

неблагополучие со здоровьем у других женщин («проекция»), а также обвинять в возникших проблемах близкое окружение.

Установлено своеобразие профилей ИЖС у пациенток эмпирических групп. Достоверно ($p \leq 0,000$) более выражено стремление прибегать к конструктивным механизмам психологической защиты у женщин третьей группы по сравнению с первой и второй группами (38,1 против 17,5 и 20,0 % соответственно). И наоборот: опора на неконструктивные механизмы эгозащит более ($p \leq 0,000$) свойственна для женщин первой и второй групп (62,1 и 56,8 против 29,6 %).

Тесная взаимосвязь успешности преодоления заболевания и психологического статуса личности, отмеченная во многих исследованиях [2, 3, 5], подтверждается и в данных нашего исследования. Сравнение профилей ИЖС женщин трех групп, имеющих в процессе наблюдения

факт подтвержденной беременности, показало, что реализация репродуктивной функции успешнее проходит у женщин, имеющих конструктивный профиль: 89,9 % из них восстановили репродуктивный потенциал. Лишь у 11,6 % пациенток, из образовавшихся подгруппу неконструктивного профиля ИЖС, диагностирована беременность.

Наиболее успешно физиологическая функция восстановлена у женщин третьей эмпирической группы: из 72 человек группы n₃, обнаруживших конструктивное сочетание психологических защит, у 67 (93,0 %) наступила беременность.

Обобщая полученные результаты, можно сделать вывод: клинический процесс с больными, у которых диагностированы пограничные опухоли яичников, должен проходить с обязательным учетом специфики индивидуальной психологической реакции пациентов на стресс, вызванный заболеванием. При организационном затруднении проведения психодиагностических процедур можно опираться на приведенные нами данные, которые позволяют дифференцировать защитное поведение женщин с пограничными и доброкачественными опухолями яичников.

Список литературы

1. Азизова Г. Ф. Особенности психоэмоциональных изменений у женщин в период беременности // Медицина и здравоохранение: материалы II Междунар. научн. конф. Уфа, 2014. — С. 21–25.
2. Абитов И. Р., Ильченко М. В., Акбиров Р. Р. Особенности совладания со стрессом женщин при осложненно протекающей беременности. // Психология состояний человека: актуальные теоретические и прикладные проблемы. Материалы III Международной научной конференции. Казань, 8–10 ноября 2018 г. / Отв. ред.: Б. С. Алишев, А. О. Прохоров, А. В. Чернов. — Казань: Изд-во Казан. ун-та, 2018. — С. 6–8.
3. Александров Ю. И., Сварник О. Е., Знаменская И. И., Колбенева М. Г., Арутюнова К. Р., Крылов А. К., Буава А. И. Регрессия как этап развития. — М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2017. — 191 с.
4. Вассерман А. И., Ерышев О. Ф., Клубова Е. Б. и др. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: Пособие для врачей и психологов: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева. 2005. — 54 с.
5. Данилов А. Б., Данилов Ал. Б. Управление болью. Биосоциальный подход. — М.: АММ ПРЕСС, 2016. — 636 с.

