

ЗНАЧЕНИЕ ЛАТЕНТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ ОНКОБОЛЬНЫХ В СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

З.А.Афанасьева, И.Ф.Сибгатуллина, М.В.Федоренко

Ключевые слова: личность онкобольного, субъектность, стресс, явные и скрытые особенности личности, факторный анализ, социально-психологическая реабилитация, мышечная релаксация, метод резонансного сотворчества.

Преамбула. Наше обращение к теме латентных особенностей личности онкобольных в социально-психологической реабилитации особенно значимо именно тем, что системная социально-психологическая реабилитация онкобольных, не всегда эффективна. Почему? Ответ на этот вопрос мы ищем много лет. Наблюдение и проведенные исследования позволили нам сегодня сделать предположение, что не явные, а скрытые латентные проявления личностных свойств онкобольных имеют влияние на надежность процесса социально-психологической реабилитации. И, в конечном итоге, на выздоровление, жизненное настроение и активность. Чтобы убедиться в этом еще раз, мы прибегли к факторному анализу. Все исследования в области психологии личности и медицинской психологии, описанные ниже, были проведены совместными усилиями ученых и практиков Института развития образования Республики Татарстан, Государственного образовательного учреждения дополнительного образования Казанской государственной медицинской академии Росздрава и Института педагогики и психологии Татарского государственного гуманитарно-педагогического университета.

Введение. Еще с начала XIX в. в медицинских источниках присутствует гипотеза о возможном влиянии негативных психологических факторов – депрессии, горя, других стрессовых ситуаций – на возникновение онкологических заболеваний. Позже, в первой четверти XX в., эта гипотеза была почти забыта в надежде, что бурно развивавшиеся хирургические и радиологические методы лечения решат проблему рака. Со второй и особенно третьей четверти XX в.

гипотеза, подкрепленная теорией стресса канадского эндокринолога венгерского происхождения Ганца Селье (Hans Hugo Bruno Selye), получила новое дыхание. Многими исследователями – Е.Д. Соколовой (1996), В.Я. Апчелом (1999), Б. Колodziным (1997), И. Брызгуновым (1999), Т. Гринтингем (1994), А.Б. Леоновым (2003) и другими – фиксируется наличие стресса, предшествующего болезни. Психологическое состояние человека взаимосвязано с возникновением и развитием заболевания. Изучение резервов человеческой психики у онкологического больного, как подверженного опасной для жизни ситуации человека, показывает, что возможность адаптации его к новой жизни зависит от степени развития заболевания, способов и эффективности терапии, особенностей преморбидности личности [Чаклин А.В., 1992].

Под преморбидом личности мы понимаем определенные изменения психологического статуса больного, в том числе личностные свойства, которые окажут в последующем свое явное или скрытое воздействие на развитие болезни или процесс выздоровления. Психологический статус – многомерная характеристика личности, которую можно представить в виде функции от таких переменных, как идеальные и реальные, наблюдаемые и ненаблюдаемые личностные свойства, определяющие качество жизни, ценности, направленность личности больного на выздоровление, на жизненную активность, способность к развитию и образованию. Психологический преморбид представляет собой совокупность выработанных привычек и субъективных предпочтений, психический настрой и тонус, социокультурный опыт,

набор психофизических черт и особенностей больного, определяющих повседневное поведение.

Из всех онкологических заболеваний заболеваемость раком щитовидной железы за десятилетие (1997–2007 гг.) в Республике Татарстан выросла в 2,13 раза (с 1,68 до 3,4 на 100 тыс. населения). Доля лиц моложе 55 лет среди заболевших составляет более 55% (Афанасьева З.А. и соавт., 2008).

Большое значение имеет социально-психологическая реабилитация, ибо радикальное лечение, выполненное онкологическому больному, еще не является залогом его полного выздоровления. Именно в процессе социально-психологической реабилитации проявляется субъектность. Больной может превратить собственную жизнедеятельность в предмет практического преобразования, относиться к самому себе осуществлять и творчески преобразовывать свою деятельность.

Не менее важным является выявление латентных, т.е. скрытых, ненаблюдаемых особенностей личности онкобольных, способствующих или препятствующих их выздоровлению. Следующей, на наш взгляд, логической единицей в иерархии значений для выздоровления онкобольных (после радикального противоопухолевого лечения) является содержание социально-психологической реабилитации и ведущих психологических, психотерапевтических методов.

Организация научного исследования и практические методы работы. С 2004 г. нами было организовано и проведено экспериментально-диагностическое исследование латентных особенностей больных раком щитовидной железы в условиях социально-психологической реабилитации после радикального противоопухолевого лечения в Республиканском онкологическом диспансере РТ. Основное содержание реабилитационной среды «выстраивалось» нами через программы групповой и персональной психотерапии, социально-педагогической коррекции, направленной на

сохранение здоровья и обучающих тренингов.

Целью обучающих тренингов было освоение больными раком щитовидной железы приемов «прогрессивной мышечной релаксации по Джекобсону» уже после радикального лечения [7].

Психологический тренинг, как один из этапов социально-психологической реабилитации, способствует эффективному прохождению лечения, снятию стрессовой нагрузки, последующему восстановлению, возврату больных к активной, полноценной жизни, снижению риска рецидива заболевания [4]. В групповой работе мы ориентировались на оказание психологической помощи, а не на лечебное воздействие. Тренинг был организован таким образом, чтобы ни его процесс, ни его результаты не наносили участникам вреда: их здоровью, состоянию или социальному положению. Занятия проводили только после извещения пациентов о цели этих занятий, о применяемых методиках, способах использования полученной информации и получения согласия больных в них участвовать. Мы опирались на общеизвестный факт, что эмоциональное напряжение сопровождается напряжением поперечно-полосатых мышц, а успокоение – их релаксацией. Если больной хочет направить свои усилия на сохранение здоровья, то на стрессовый импульс он должен осознанно отвечать релаксацией. С помощью этого вида активной защиты человек может помешать воздействию стрессового импульса, задержать его или (если стрессовая ситуация еще не наступила) ослабить стресс, предотвратив тем самым объективные и психосоматические нарушения в организме [7].

Для нормализации эмоционального состояния, повышения самооценки, преодоления страхов, психокоррекции стрессовых, неравновесных психических состояний, для понимания того, как бессознательное влияет на приспособляемость и адаптацию в персональной психоаналитической психотерапии больных, мы приме-

няли «Метод резонансного сотворчества» (MRC: Sibgatullina, Grussl) [11].

Для субъектной установки на самого себя, социальной готовности и способности ее адекватно реализовать, мы включили комплекс элементов ассертивного подхода [4].

Вся работа проводилась параллельно с двумя группами больных, закончивших радикальное лечение рака щитовидной железы (25 человек, средний возраст которых $42,5 \pm 0,9$), два раза в неделю, по два-три часа каждый, в течение двух месяцев. [1,10] Контрольная группа – 23 человека. В качестве диагностического инструментария использовались: СМОЛ (ММРП) стандартный многофакторный опросник личности, опросник состояния и настроения САН (самочувствие, активность, настроение), шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера – Ханина. Необходимо отметить, что всем больным (сначала 93 человека, затем еще 27) предлагалось пройти социально-психологическую реабилитацию, но добровольно согласились и нашли на это время только 25. Из 66 больных контрольной группы через два месяца для повторного исследования добровольцев было 23.

Предположения в начале исследования. В начале исследования нами были выдвинуты следующие гипотезы: особенности личности больного раком щитовидной железы на отдаленных сроках после радикального противоопухолевого лечения проявляются в повышенной тревожности, ипохондричности, невротичности, истерии, пониженной жизненной активности; существуют устойчивые взаимосвязи между показателями личностных свойств больных раком щитовидной железы, определяющими факторы реагирования на выздоровление, самочувствие, социальную активность, жизненное настроение; эти взаимосвязи имеют существенные различия в группе больных и здоровых.

В соответствии с гипотезами были сформулированы научные задачи: систе-

матизировать теоретические и экспериментальные представления об изучении психологического преморбида больных в психологической и медицинской литературе; исследовать и описать особенности личности больных раком щитовидной железы на отдаленных сроках после радикального противоопухолевого лечения; провести факторный анализ личностных свойств больных раком щитовидной железы после радикального противоопухолевого лечения; выявить характер устойчивости и содержание взаимосвязей между показателями личностных свойств, определяющих факторы выздоровления; описать ненаблюдаемые скрытые признаки личности на отдаленных сроках восстановительного лечения и социально-психологической реабилитации.

Мы применили комплекс факторно-аналитических методов, позволяющих выявить латентные, скрытые признаки личностных свойств больных раком щитовидной железы на отдаленных сроках после радикального противоопухолевого лечения. Была определена существенная роль психологического преморбида больных раком щитовидной железы на отдаленных сроках после радикального противоопухолевого лечения. Обнаружены взаимосвязи между показателями ипохондричности, истерии, психастении, психопатии, которые определили факторы реагирования на выздоровление, самочувствие, социальную активность, жизненное настроение.

Теоретическое значение данных исследований, на наш взгляд, заключается в том, что получены результаты, дополняющие представления о роли психологического преморбида больных раком щитовидной железы на отдаленных сроках после радикального противоопухолевого лечения. Расширена теоретическая и эмпирическая база психологии личности и медицинской психологии в применении факторно-аналитического комплекса, позволяющего выявлять ненаблюдаемые (скрытые, латентные) признаки личностных свойств больных

раком щитовидной железы, а также причины их возникновения и внутренние закономерности без специального применения латентного анализа в условиях социально-психологической реабилитации.

Наши коллеги-практики (врачи-онкологи, медицинские психологи) подтвердили, что практическая значимость нашего исследования заключается в разработанном едином психологическом диагностико-коррекционном комплексе для больных раком щитовидной железы в восстановительный период после радикального противоопухолевого лечения и социально-психологической реабилитации в условиях онкологического диспансера.

Сравнительный и факторный анализы.

Сравнительный анализ основных значимых взаимосвязей ранговых корреляций Спирмена для выборки контрольной группы больных раком щитовидной железы на отдаленном сроке после начала исследования и через два месяца показал, что, несмотря на то, что по данным шкалы реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина, самые высокие показатели тревожности у этой группы, они оказались не связанными с другими показателями. Тогда как в этой же группе, но через два месяца, личностная тревожность имеет положительную связь почти со всеми шкалами СМОЛ (ММПИ) и реактивной тревожностью (при $p \leq 0,05$, $r = 0,56$) и отрицательную со всеми показателями теста САН, т.е. чем выше показатели самочувствия, активности и настроения, тем ниже показатели личностной тревожности (при $p \leq 0,05$, $r = -0,68$, $r = -0,54$, $r = -0,74$). **Реактивная тревожность** имеет отрицательную связь с самочувствием (при $p \leq 0,05$, $r = -0,50$).

Сравнительный анализ средних данных контрольной группы больных раком щитовидной железы «до» и через два месяца «после», с использованием **t-критерия** Стьюдента и Фишера, значимых различий не выявил.

Факторный анализ контрольной группы «до» выделяет 4 фактора: 21% факто-

ров первого порядка – шкалы психопатии (факторная нагрузка 0,82), психастении (факторная нагрузка 0,84), шизоидности (факторная нагрузка 0,87) теста СМОЛ; 16% факторов второго порядка – самочувствие (факторная нагрузка -0,74), активность (факторная нагрузка -0,81), настроение (факторная нагрузка -0,86) теста САН; 13% факторов третьего порядка – коэффициент К (факторная нагрузка -0,75) теста СМОЛ; 16% факторов четвертого порядка – шкалы ипохондрии (факторная нагрузка 0,74) и депрессии (факторная нагрузка 0,77) теста СМОЛ.

Факторный анализ контрольной группы «после» выделяет также 4 фактора: 24% факторов первого порядка – шкалы ипохондрии (факторная нагрузка 0,90), истерии (факторная нагрузка 0,95), психастении (факторная нагрузка 0,85) теста СМОЛ; 23% факторов второго порядка – самочувствие (факторная нагрузка -0,85), активность (факторная нагрузка 0,84), настроение (факторная нагрузка -0,86) теста САН и шкала реактивной тревожности (факторная нагрузка 0,71); 21% факторов третьего порядка – коэффициент F и K (факторная нагрузка -0,80), шкалы паранойальности (факторная нагрузка 0,76), гипомании (факторная нагрузка 0,70) теста СМОЛ; 12% факторов четвертого порядка – шкалы L (факторная нагрузка -0,73) и психопатии (факторная нагрузка 0,80) теста СМОЛ.

Сравнивая основные взаимосвязи ранговых корреляций Спирмена для выборки больных раком щитовидной железы на отдаленном сроке после радикального противоопухолевого лечения до и после психологического воздействия, выясняется, что тесты САН «до» и «после» отличаются наличием прямых связей самочувствия и активности после тренинга с коэффициентом F теста СМОЛ (ММПИ) и обратных корреляций с реактивной и личностной тревожностью шкалы самооценки (при $p \leq 0,05$, $r = 0,45$, $r = 0,36$, $r = -0,73$, $r = -0,37$). **Также**, после тренинга, увеличилось количество

обратных и прямых связей реактивной и личностной тревожности со шкалами теста СМОЛ (ММРІ) (при $p \leq 0,05$, $r=0,33$, $r=0,33$).

Факторный анализ выделил 3 фактора до тренинга и 4 фактора после тренинга. 31% факторов первого порядка – шкала реактивной тревожности (факторная нагрузка 0,71), шкалы ипохондрии (факторная нагрузка 0,77), депрессии (факторная нагрузка 0,73), истерии (факторная нагрузка 0,80), психопатии (факторная нагрузка 0,90), психастении (факторная нагрузка 0,81) теста СМОЛ, 24% факторов второго порядка – шкала настроения (факторная нагрузка -0,81) теста САН, личностная тревожность (факторная нагрузка 0,71) шкалы самооценки, коэффициенты L и K (факторная нагрузка -0,71) теста СМОЛ, 15% факторов третьего порядка – коэффициент F и 9 шкала (факторная нагрузка 0,93) теста СМОЛ.

После тренинга 26% факторов первого порядка – шкалы ипохондрии (факторная нагрузка 0,81), истерии (факторная нагрузка 0,86), психопатии (факторная нагрузка 0,83), психастении (факторная нагрузка 0,87) теста СМОЛ, 14% факторов второго порядка – реактивная тревожность (факторная нагрузка 0,92) и настроение (факторная нагрузка -0,77) теста САН, 17% факторов третьего порядка – коэффициенты L и K (факторная нагрузка -0,80), шкала паранойяльности (факторная нагрузка 0,75) теста СМОЛ, 16% факторов четвертого порядка – самочувствие (факторная нагрузка 0,76) и активность (факторная нагрузка 0,73) теста САН.

Сравнительный анализ средних данных группы больных раком щитовидной железы с использованием *t*-критерия Стьюдента и Фишера выявил достоверные отличия: по шкале самочувствия теста САН; по шкале ипохондрии теста СМОЛ (ММРІ); по шкале истерии теста СМОЛ (ММРІ) ($p \leq 0,018721$, $t= 2,5384$).

Систематизация теоретических и экспериментальных представлений об изучении психологического преморбиды больных

раком щитовидной железы определила, что личностные свойства оказывают воздействие на процесс развития болезни или выздоровления. Психологический преморбид больных раком щитовидной железы включает: неуверенность в себе, пассивно-страдальческую позицию, мотивацию избегания неуспеха, сниженный порог толерантности к стрессу, склонность к сомнениям, избыточную самокритичность и социокультурный опыт.

Выводы. Размышления. Экспериментальное исследование личности больных раком щитовидной железы на отдаленных сроках после радикального противоопухолевого лечения показало: для выборки больных раком щитовидной железы характерна ипохондричность – борьба с болезнью трансформируется в борьбу за право считаться больным, истерия – трансформация невротической тревоги в функциональные соматические расстройства, психастения – снижение порога толерантности к стрессу, пассивно-страдальческая позиция, шизоидность – социальная дезадаптация, уход в мир мечты, состояние растерянности. Больным важно контролировать внутреннее состояние, их импульсивность скрыта и направлена на себя.

Латентный анализ личностных свойств больных раком щитовидной железы после радикального противоопухолевого лечения выявил характер устойчивости и содержания взаимосвязей между показателями личностных свойств, определяющих факторы выздоровления, а именно: самочувствие с личностной тревожностью при $p \leq 0,05$ $r= -0,52$; самочувствие со шкалой ипохондрии при $p \leq 0,05$ $r= -0,57$; самочувствие со шкалой депрессии при $p \leq 0,05$ $r= -0,51$; активность со шкалой настроения при $p \leq 0,05$ $r= 0,53$; активность с личностной тревожностью $p \leq 0,05$ $r= -0,51$; личностная тревожность со шкалой истерии при $p \leq 0,05$ $r= 0,57$; личностная тревожность со шкалой психастении при $p \leq 0,05$ $r= 0,50$.

Ведущими факторами выздоровления больных раком щитовидной железы на

отдаленных сроках после радикального противоопухолевого лечения являются в условиях социально-психологической реабилитации контроль самочувствия, социальной активности, жизненного настроения.

Психологическая работа с больными раком щитовидной железы в условиях психологических служб онкологических клиник, санаториев и психоэндокринологических центров эффективна при сочетании метода резонансного сотворчества (MRC: Sibgatullina, Grussl) и метода прогрессивной мышечной релаксации (MPMR: Jacobson) [8, 11, 12].

Литература

1. *Афанасьева, З.А.* О психологических особенностях пациентов раком щитовидной железы после радикального лечения: материалы 4-го съезда онкологов и радиологов СНГ; 28 сентября – 1 октября 2006 г. Баку / З.А. Афанасьева, М.В. Федоренко, Р.Н. Миначева. – Баку, 2006. – С. 342.
2. *Володин Б.Ю.* Особенности личности больных раком молочной железы и тела матки / Володин Б.Ю., Петров С.С., Куликов Е.П. [и др.] // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2005. – № 4. – С. 12–16
3. *Гнездилов, А.В.* Путь на голгофу / А.В. Гнездилов // Очерки работы психотерапевта в онкологической клинике и хосписе. – СПб.: АОЗТ фирма «КЛИНТ», 1995. – 136 с.
4. *Карвасарский, Б.Д.* Психотерапевтическая энциклопедия / Б.Д. Карвасарский. – СПб.: Питер, 1999. – 752 с.
5. *Менделевич, В.Д.* Клиническая и медицинская психология. – М.: МЕДпресс, 1999. – 587 с.
6. *Овчарова, Р.В.* Психологический статус онкологических больных и проблемы их реабилитации / Р.В. Овчарова, А.Н. Великолуг // Паллиативная медицина и реабилитация. – 1997. – № 1. – С. 26–30.
7. *Святощ, А.М.* Психотерапия / А.М. Святощ. – СПб.: Питер, 2000. – С. 172–175.
8. *Сибгатуллина, И.Ф.* Психологическая безопасность, культура и качество жизни в мегаполисе / И.Ф. Сибгатуллина. – Казань, 2008. – 96 с.
9. *Чаклин, А.В.* Психологические аспекты онкологии / А.В. Чаклин // Вопросы онкологии. – 1992. – Т. 38, № 7. – С. 873–888.
10. *Федоренко, М.В.* О применении метода «Прогрессивной мышечной релаксации по Джекобсону» для психологической реабилитации больных раком щитовидной железы // Бехтерев – основоположник нейронаук: творческое наследие, история и современность: материалы науч. конгресса / М.В. Федоренко М.В., З.А. Афанасьева, Р.Н. Миначева // Неврологический вестник. – Т. XXXIX, вып. 1. – Казань: Медицина, 2007 – С. 265.
11. *Sibgatullina I., Grussl S.* Keunstlerische Gestalt als Mechanismus der Schaffung der Psychologischen Ressource eines Rahmen der Evolution. – Wien – Kazan, 2005.
12. *Sibgatullina I., Ryabov O.* Der Methode «Resonante Cokreation» // LUMSA-UNI, ROMA, ITALIA, 2008. ■

ЭТНОПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ ФИЗИЧЕСКОЙ ГЕОГРАФИИ В СЕЛЬСКОЙ ШКОЛЕ

Ф.Г. Газизова

Ключевые слова: этнопедагогика, традиции, обычаи, приобщение, этнопедагогизация учебно-воспитательного процесса, этнопедагогический подход, естественно-географические дисциплины.

Жизнь без духа, бездуховность, никогда не была присуща отдельному человеку и народу в целом, национальной истории и культуре. Опыт народа, мудрость поколений – вот без чего нельзя

воспитать полноценную личность. В народе всегда сильна была власть идей добра, справедливости, праведности, нравственности.

Поэтому «возрождение национальной школы, обновление ее содержания – это