

## СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ

© М.В.Федоренко

Работа посвящена проблеме стрессоустойчивости больного и здорового человека, его социальной адаптации. С помощью корреляционного анализа дается количественная и качественная сравнительная характеристика жизненных событий больных и здоровых людей.

**Ключевые слова:** стресс, социальная адаптация, стрессоустойчивость, корреляционный анализ, психологический тренинг, мышечная релаксация

Еще с начала XIX века в медицинских источниках присутствует гипотеза о возможном влиянии негативных психологических факторов – депрессии, горе, других стрессовых ситуаций – на возникновение онкологических заболеваний. Позже, в первой четверти XX века, 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 века 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.Колодзиным (1997), И.Брызгуновым (1999), Т.Гринтингом (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 [1].

Теория стресса Н.Селье, сформулированная в 1979 году, получила название "общий адаптационный синдром" (GAS). Она устанавливает естественные взаимосвязи между физиологией и психологией человеческого организма, оперируя понятиями конфликта, фрустрации, психического напряжения, тревожности, угрозы собственному "я". Им выделены три стадии продолжительности воздействия стресса, увязанные с работой эндокринной (гормональной) системы организма: тревоги, сопротивления, истощения. Первые две связаны с мобилизацией ресурсов организма, необходимых для существенных изменений деятельности и поведения в изменившихся условиях, на борьбу с болезнью. Они но-

сят продуктивный характер. Последняя стадия – истощения – наступает при продолжительном интенсивном воздействии стрессора, и характеризуется недостаточностью адаптационных ресурсов человеческого организма для компенсации последствий воздействия стрессовых факторов – морфологических и функциональных изменений, нарушения регуляции адаптационных механизмов организма. Эта стадия имеет разрушительный характер, запуская механизм "замкнутого круга", стремительно усугубляющий и без того непростое положение больного.

В ходе развития учения о стрессе появились новые концепции (Л.А.Китаев-Смык (1983), R.S.Lazarus (1970), Т.Кокс и К.Маккей (1995), характеризующие его не только с внешней стороны (стимул – реакция), но также и с точки зрения механизмов регуляции поведения. Важнейшей из подобных концепций является GAS теория R.Lazarus (1970). Он показал, что психологический стресс – это процесс субъективной оценки угрозы. Главное в психологической модели стресса R.Lazarus (1970) то, что произведен анализ соответствия индивидуальных особенностей человека требованиям окружающей среды и адекватности привлекаемых защитных механизмов. Он связан с определением различных ракурсов ситуации, оценкой их индивидуальной значимости и оценкой собственного опыта человека – способов и стереотипов для преодоления возникших препятствий. Таким образом, развитие негативных состояний происходит, когда человек не находит стереотипов, позволяющих решить сложную и неожиданно возникшую задачу. Выбираемые защитные механизмы определяются характером и интенсивностью воздействия стресса, его локализации и др., и личностными факторами (мотивация, интеллектуальные и материальные возможности, прошлый жизненный опыт субъекта) (R.S.Lazarus (1970), Фресс (1975)).

Большинство развивающихся сегодня представлений о психофизиологической природе ме-

ханизмов провоцирования онкологических заболеваний опираются на взаимосвязь иммунной и нервной систем организма [2], [3]. Хроническое и/или интенсивное возбуждение действует на эндокринную систему посредством "гормонов стресса", вызывая подавление иммунной системы, снижая опухолевый иммунитет и провоцируя развитие рака.

Заболеваемость раком щитовидной железы за десятилетие (1995-2004 гг.) в Республике Татарстан выросла в 2,02 раза (с 1,68 до 3,4 на 100 тыс. населения). Доля лиц моложе 55 лет среди заболевших составляет более 55% [4]. В проведенном нами исследовании в качестве основной группы выступили 120 больных карциномами щитовидной железы после радикального противоопухолевого лечения, в отдаленный послеоперационный период (2-4 года), средний возраст которых  $42,5 \pm 0,9$ . Эти больные проходили лечение в Республиканском онкологическом диспансере. 86% имеют высшее или средне-специальное образование.

В качестве контрольной группы, исследовались доноры, 55 человек, назовем их условно здоровыми. Они состоят на учете на Городской станции переливания крови, не имеют хронических заболеваний. Средний возраст  $41,2 \pm 1,4$  – 82% из них, с высшим или средне-специальным образованием. Все испытуемые изучались с помощью психодиагностических опросников: ММРІ-СМОЛ (Стандартизированный многопрофильный опросник личности); теста Ч.Д.Спилбергера – Ю.Л.Ханина (шкалы личностной и реактивной тревожности); опросника САН (самочувствие, активность, настроение), методики определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге, опросника увлечений и предпочтений связанных с работой, хобби и свободным временем [5, 6].

Корреляционный анализ показал, что у здоровых наблюдается одна обратная связь ( $p \leq 0,016792$ ,  $r = -0,324149$ ) показателя "стресс" методики определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге со шкалой истерии теста СМОЛ(ММРІ). Чем выше показатели стресса, тем ниже показатели шкалы истерии или эмоциональной лабильности, которая выявляет лиц, склонных к неврологическим защитным реакциям конверсионного типа. То есть, здоровые адаптируются к стрессу адекватно.

У больных, "стресс" методики определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге обратно связан ( $p \leq 0,0043$ ;  $r = -0,380733$ ) со шкалой настроения теста САН и коэффициентом К теста СМОЛ (ММРІ) ( $p \leq 0,011671$ ;  $r = -0,478028$ ). Прямые связи: с

"Личной тревожностью" Шкалы реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина ( $p \leq 0,007139$ ;  $r = 0,505593$ ); со шкалой депрессии теста СМОЛ(ММРІ) ( $p \leq 0,00311$ ;  $r = 0,547614$ ); со шкалой психопатии теста СМОЛ(ММРІ) ( $p \leq 0,013071$ ;  $r = 0,471330$ ); со шкалой психастении теста СМОЛ(ММРІ) ( $p \leq 0,000722$ ;  $r = 0,610386$ ); со шкалой шизоидности теста СМОЛ(ММРІ) ( $p \leq 0,000458$ ;  $r = 0,627620$ ).

Выявленные взаимосвязи показывают, что чем хуже настроение у больного, тем выше показатель стресса. Прямая связь стресса и шкалы депрессии или пессимистичности показывает, что больные не способны принять решение самостоятельно, у них нет уверенности в себе, при малейших неудачах они впадают в отчаяние. Прямая связь стресса со шкалой психопатии или импульсивности свидетельствует о социальной дезадаптации в стрессовой ситуации. Прямые связи со шкалой психастении и личностной тревожностью говорят о том, что больным свойственны тревожность, боязливость, нерешительность, постоянные сомнения в стрессовых ситуациях. Прямая связь стресса со шкалой шизоидности или индивидуалистичности показывает, что больные реагируют на стрессовые межличностные отношения повышенной чувствительностью с эмоциональной холодностью и отчужденностью. Средние значения стрессоустойчивости достоверно отличаются в группе больных и контрольной группе здоровых. У группы здоровых эти значения в пределах нормы, у них высокая сопротивляемость стрессу. У больных эти значения определяются как пороговые.

На графике (Рис.1) видно, что значения стрессоустойчивости отличаются, не только количественно, но и качественно. Количество выборов различных жизненных ситуаций у группы больных и группы здоровых, были приведены к коэффициентам и построен график. Здоровые, в своем большинстве, выбирают такие события как встреча Нового года, отпуск (на графике у здоровых пик приходится на эти события), увольнение с работы, изменение финансового положения, смена работы и другие. В группе больных пики приходится на такие события: смерть близкого члена семьи, травма или болезнь, женитьба детей, появление нового члена семьи, усиление конфликтных отношений с супругом, проблемы с родственниками мужа и другие. Можно сделать вывод, что у больных выбор попадает на хронические, затяжные, связанные с особенностями личности, жизненные события, в отличие от здоровых, чей выбор носит ситуативный характер.

Две независимые выборки здоровых и больных, сравниваемые критериями Стьюдента и

Фишера по методике определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге, имеют достоверные отличия ( $p=0,047780$ ).

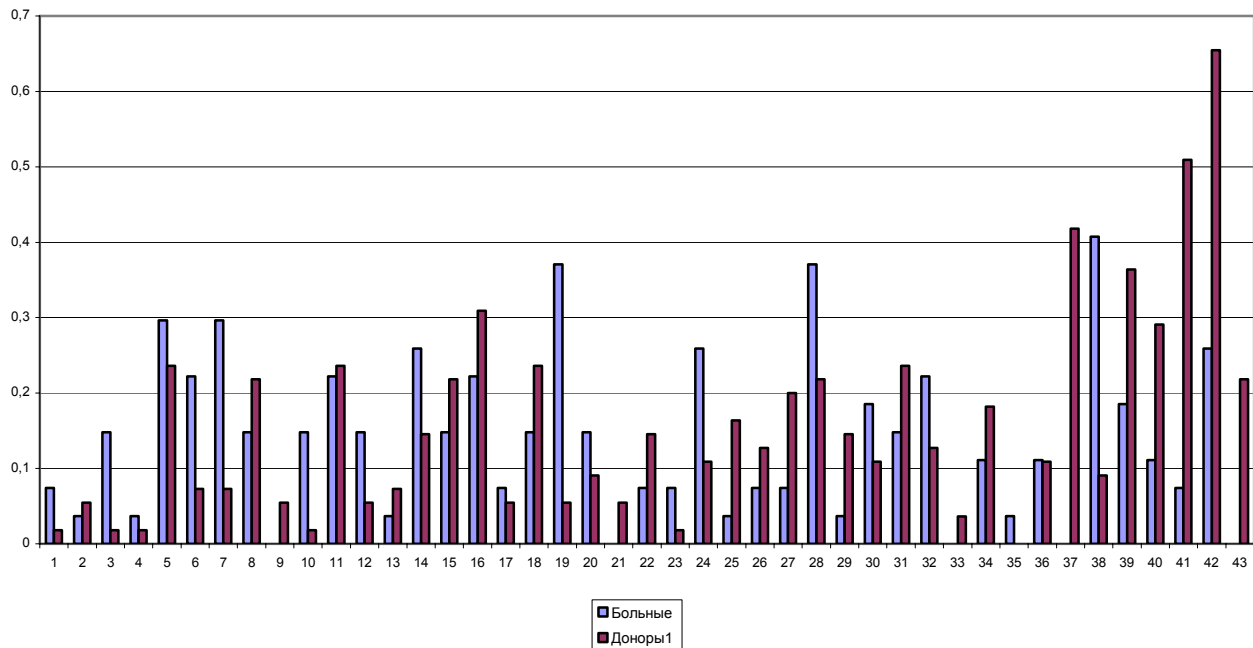


Рис. 1. График различий в выборе произошедших жизненных событий больных и здоровых (доноров)

Примечание: 1. Смерть супруга, 2. Развод, 3. Разъезд супругов (без оформления развода), разрыв с партнером, 4. Тюремное заключение, 5. Смерть близкого члена семьи, 6. Травма или болезнь, 7. Женитьба, свадьба (собственная, детей или родителей), 8. Увольнение с работы, 9. Примирение супругов, 10. Уход на пенсию, 11. Изменение в состоянии здоровья членов семьи, 12. Беременность, 13. Сексуальные проблемы, 14. Появление нового члена семьи, рождение ребенка, 15. Реорганизация на работе, 16. Изменение финансового положения, 17. Смерть близкого друга, 18. Изменение профессиональной ориентации, смена места работы, 19. Усиление конфликтности отношений с супругом, 20. Ссуда или заем на крупную покупку (например, дома), 21. Окончание срока выплаты ссуды или займа, растущие долги, 22. Изменение должности, повышение служебной ответственности, 23. Сын или дочь покидают дом, 24. Проблемы с родственниками мужа, 25. Выдающееся личное достижение, успех, 26. Супруг бросает работу (или приступает к работе), 27. Начало или окончание обучения в учебном заведении, 28. Изменение условий жизни, 29. Отказ от каких-то индивидуальных привычек, изменение стереотипов поведения, 30. Проблемы с начальством, конфликты, 31. Изменение условий или часов работы, 32. Перемена места жительства, 33. Смена места обучения, 34. Изменение привычек, связанных с проведением досуга или отпуска, 35. Изменение привычек, связанных с вероисповеданием, 36. Изменение социальной активности, 37. Ссуда или заем для покупки менее крупных вещей (машины, телевизора), 38. Изменение индивидуальных привычек, связанных со сном, нарушение сна, 39. Изменение числа живущих вместе членов семьи, изменение характера и частоты встреч с другими членами семьи, 40. Изменение привычек, связанных с питанием (количество потребляемой пищи, диета, отсутствие аппетита и т.п.), 41. Отпуск, 42. Рождество, встреча Нового года, день рождения, 43. Незначительное нарушение правопорядка (штраф за нарушение правил личного движения).

К.П.Балицкий (1978) считает, что стресс нарушает функционирование различных эндокринных систем организма, вызывая устойчивое повышение концентрации гормонального фона, что может стимулировать рост опухолевых клеток. Им же отмечается, что размах физиологических реакций на психосоциальные стрессоры зависит от субъективной оценки значения события и структуры личности. Проведенный анализ взаимоотношений нейро- и психоэндокринных систем в организме человека позволяет предположить возможность контролировать стрессовое воздействие для гормонально-зависимых форм рака (В.А. Stoll, 1979).

Некоторые исследователи рассматривают опухоль как стрессовый фактор, формирующий состояние напряженности, вызывающий существенные изменения гомеостаза и связанный, в том числе и с изменениями активности нейроэндокринного аппарата. Многочисленные клинические и экспериментальные исследования свидетельствуют о важной роли стресса в процессе диссеминации [7-10].

Для снятия вредного воздействия психологического стресса на здоровье, нами был проведен психологический тренинг с больными раком щитовидной железы после радикального лечения. Тренинг способствуют более эффективному про-

хождению лечения, последующему восстановлению, возврату больных к активной, полноценной жизни, снижению риска рецидива заболевания (Б.Ю.Володин и соавт. (1999), Г.М.Манихас, Р.Н.Оршанский (1999), О.Н.Шарова. и соавт. (2002), D.K.et Payne al. (1997), J.A.Lewis et al. (2001).

Программа тренинга включает приобретение навыков релаксации; арттерапию; работу со снами, понимание образов своего подсознания; ролевые игры; раскрытие и мобилизацию ресурсов личности. Основная задача тренинга – обучение методу прогрессивной мышечной релаксации по Джекобсону [11, 172-175]. Джекобсон исходил из общеизвестного факта, что эмоциональное напряжение сопровождается напряжением попеременно-полосатых мышц, а успокоение их релаксацией. Если человек 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 психосоматические нарушения в организме. Активизируя деятельность нервной системы, релаксация регулирует настроение и степень психического возбуждения, позволяет ослабить или сбросить вызванное стрессом психическое и мышечное напряжение. Снимая с помощью произвольного самовнушения напряженность определенной группы мышц ("дифференцированная релаксация"), можно выборочно влиять на отрицательные эмоции. Каждая область мозга функционирует в связи с периферическим нейромускулярным аппаратом, создавая церебронейромускулярный круг. Произвольная релаксация разрешает влиять не только на периферическую, но и на центральную часть этого круга. Под релаксацией Джекобсон понимал не только релаксацию мышц, но и состояние, противоположное психической активности.

Для нормализации эмоционального состояния, повышения самооценки, преодоления страхов, психокоррекции стрессовых и кризисных состояний, мы использовали рисование [12].

Для субъективной установки на самого себя, социальной готовности и способности ее адекватно реализовать мы включили комплекс элементов "асертивного тренинга".

Функционирование мотивационной сферы осуществляется по принципу саморегуляции организма. Очень важно для онкобольных находиться в гармонии со своим телом, элементы "гештальт-терапии" помогли решить эту задачу.

Для нормализации эмоционального состояния, повышения самооценки, преодоления страхов, психокоррекции стрессовых и кризисных состояний, для понимания того, как бессознательное влияет на приспособляемость и адаптацию, мы применяли "Метод резонансного творчества" [13].

\* \* \* \* \*

1. Чаплин А.В. Психологические аспекты онкологии // Вопросы онкологии. – 1992. – Т. 38. – №7. – С.873-888.
2. Балицкий К.П., Винницкий В.Б., Воронцова А.Л., Сопочинская Е.Б., Шуба Е.П. Механизмы противоопухолевой резистентности. – 1978. – 208 с.
3. Stoll B.A. Is hope a factor in survival? – In: Mind and Cancer Prognosis/Ed. B.A. Stoll. – London: John Wiley, 1979. – P.199.
4. Афанасьева З.А., Юсупова Ш.Ш., Шакиров К.Т. О причинах запущенности рака щитовидной железы // Материалы XV Российского симпозиума по хирургической эндокринологии "Современные аспекты хирургической эндокринологии" – Рязань, 2005. – С.31-33.
5. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психодиагностике. – СПб.: Питер, 1999. – 528 с.
6. Собчик Л.Н. СМИЛ. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности. – СПб.: Речь, 2003. – 219 с.
7. Володин Б.Ю., Петров С.С., Куликов Е.П. и др. Особенности личности больных раком молочной железы и тела матки // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2005. – №4. – С.12-16.
8. Меерсон Ф.З., Пшенникова М.Г. Адаптация к стрессорным ситуациям и физическим нагрузкам. – М.: Медицина, 1988. – 256 с.
9. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. – М.: МЕДпресс, 1999. – 587 с.
10. Овчарова Р.В., Великолуг А.Н. Психологический статус онкологических больных и проблемы их реабилитации // Паллиативная медицина и реабилитация. – 1997. – №1. – С.26-30.
11. Свядощ А.М. Психотерапия. – СПб.: Питер, 2000.
12. Карвасарский Б.Д., Психотерапевтическая энциклопедия. – СПб.: Питер, 1999. – 752 с.
13. Sibgatullina I., Greussl S. Keunstlerische Gestalt als Mechanismus der Schaffung der psychologischen hessource eines Rahmen der Evolution. – Wien-Kazan, 2005.

## **STRESS RESISTANCE AS THE INDEX OF SOCIAL ADAPTATION**

**M.V.Fedorenko**

The given work is devoted to the problem of stress resistance of healthy and mentally unstable people and their social adaptation. By means of correlative analysis we determine the quantitative and qualitative comparative characteristics of the events in the lives of healthy and mentally unstable people.

**Key words:** stress, social adaptation, stress resistance, correlative analysis, physiological training, muscle relaxation

\* \* \* \* \*

**Федоренко Марина Владимировна** – старший преподаватель кафедры психологии Института педагогики и психологии Татарского государственного гуманитарно-педагогического университета

E-mail: [fedorenko60@mail.ru](mailto:fedorenko60@mail.ru)