

Экзистенциальная наполненность жизни и уровень психологического благополучия у пациентов с онкологическими заболеваниями

Васильева Л.П., Цвирко И.Г.

УО «Белорусский государственный университет»,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. По данным Всемирной организации здравоохранения, со злокачественными новообразованиями связана каждая шестая смерть в мире. Известно более 100 различных онкологических заболеваний, самые распространенные – рак легких, молочной железы, толстой и прямой кишки, а также предстательной железы. Информация об онкологическом заболевании разрушительно действует на личность человека, и, в связи с этим, в последнее время большое внимание уделяется изучению психоэмоционального состояния больных с онкологическими заболеваниями [1]. Заболевания такого рода характеризуются не только своей тяжестью, но и препятствуют экзистенциальной исполненности человека, снижая качество жизни. Вследствие этого данное заболевание сопровождается чрезмерным эмоциональным напряжением, приводящим к различного рода психологическим

и нервно-психическим расстройствам. Недооценка важности внутреннего мира, личностных особенностей, отношения к заболеванию и лечению не позволяют осуществить целостный подход к лечению болезни, а это, в свою очередь, не позволяет использовать личностные ресурсы больного в полном объеме [2–4]. Использование в профессиональной деятельности специалистами разного профиля расширенного медико-психологического диагностического инструментария по оценке психологического статуса, экзистенциального опыта пациента с онкологическим заболеванием позволяет объективировать показатели качества жизни, связанного со здоровьем, свидетельствовать о его объективном и субъективном психологическом благополучии, экзистенциальном опыте.

Понятие экзистенциальной исполненности, введенное В. Франклом, описывает субъективные переживания человеком качества своей жизни. Исполненность – это переживание глубокого внутреннего согласия с тем, что имеет место быть, или с тем, что сделано; переживание соответствия этого своей сущности и обстоятельствам [2, 5]. Степень или уровень экзистенциальной исполненности или экзистенциальной наполненности жизни показывает, много ли осмысленного в жизни, как часто человек живет с внутренним согласием, соответствуют ли его сущности его решения и поступки, может ли он вносить хорошее, как он его понимает, в жизнь. Речь идет не о том, как на самом деле живет человек, а о том, как он полагает, что живет.

В качестве критериев экзистенциальной исполненности рассматриваются духовность, ответственность, свобода, наличие системы ценностей (ценности творчества, ценности переживания, ценности отношения), смысл. Жизнь с согласием внутри – это экзистенциально наполненная или экзистенциально исполненная жизнь. Это возможно, если человек имеет доступ к своим переживаниям, а также активно участвует в том, что представляется ему ценным. Экзистенциальная методология допускает, что субъективное благополучие, или, по В. Франклу, «экзистенциальная исполненность» (саморефлексия жизни, внутреннее согласие, самопонимание) в критической ситуации (в нашем случае онкозаболевания) имманентна, внутренне присуща самой природе человека. Последствия проявляются как свобода принятия решения. Это служит доказательством использования диагностики экзистенциальной исполненности, качества жизни, связанного со здоровьем, как генерализованных показателей объективного и субъективного благополучия пациента [2, 4, 5].

Цель исследования. Провести изучение экзистенциальной наполненности жизни и психологического благополучия у пациентов с онкологическими заболеваниями и здоровых людей.

Материалы и методы исследования. Базой исследования явилось государственное учреждение здравоохранения «Столбцовская ЦРБ». Респонденты были отобраны как среди медицинского персонала, так и паци-

ентов. Выборку респондентов составили мужчины и женщины с онкологическими заболеваниями в возрасте 45–55 лет в количестве 50 человек (1 – экспериментальная группа) и 50 здоровых мужчин и женщин того же возраста (2 – контрольная группа).

В работе использовались общенаучные методы (анализ, синтез, обобщение, сравнение и др.); методы сбора эмпирических данных (метод тестов); методы статистической обработки и интерпретации результатов исследования (расчет критерия U-Манна-Уитни). Так как распределение переменных было ассиметричным (по критерию Колмогорова-Смирнова) был выбран непараметрический метод статистического анализа расчет критерия U-Манна-Уитни. Методики исследования: «Шкала психологического благополучия К. Рифф», «Шкала экзистенции» А. Längle, Ch. Orgler, M. Kundi (в адаптации С.В. Кривцовой).

Результаты исследования. Нами были изучены, проанализированы и выявлены имеющиеся статистически достоверные различия в показателях экзистенциальной наполненности жизни у пациентов с онкологическими заболеваниями и здоровых людей (таблица 1).

Таблица 1 – Результаты статистического анализа достоверности различий в показателях шкалы экзистенции у пациентов с онкологическими заболеваниями (группа 1) и здоровых людей (группа 2)

| Показатели шкалы экзистенции | Средние значения в группе 1 | Средние значения в группе 2 | U _{эсп} | P-уровень значимости |
|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------|----------------------|
| Самодистанцирование (SD) | 30,3 | 30,5 | 1255,5 | 0,97 |
| Самотрансцендентность (ST) | 64,1 | 66,3 | 1585,5 | 0,019* |
| Свобода (F) | 43,1 | 42,9 | 1230,5 | 0,892 |
| Ответственность (V) | 48,8 | 48,1 | 1115,5 | 0,352 |
| Персональность Person (P) | 93,8 | 107,6 | 2384 | 0,018* |
| Экзистенция (E) | 92,4 | 101,9 | 2089 | 0,019* |
| Общий балл (G) | 185,3 | 187,7 | 1399 | 0,301 |

Примечание: * – различия достоверны.

По данным, приведенным в таблице 1, видно, что для пациентов с онкологическими заболеваниями, как и для здоровых лиц, был характерен средний уровень такого показателя шкалы экзистенции, как самодистанцирование, то есть для всех них была характерна средняя способность восприятия и ясность в отношении к ситуации. Дистанция по отношению к себе самому при этом достаточно велика. Цель самодистанцирования – оторвать человека от самого себя, от своей травмы, проблемы, переживаний. Дать ему возможность посмотреть на все это с позиции наблюдателя и оценить

ситуацию непредвзято, более объективно. Самодистанцирование невозможно при гиперрефлексии и негативизме, т.е. они держат человека в самокопании.

У респондентов обеих групп наблюдался также средний уровень свободы (ясность и прочность в формировании суждения и нахождении решения). Чем выше показатель, тем легче находятся возможности для действия и принимаются решения.

Отмечен низкий уровень ответственности в обеих группах, это означает, что человек не чувствует в полной мере персональной включенности в жизнь. Человек застывает в позиции ожидания и в большей степени является зрителем. Преобладает сдержанность. Чувство долга не сильно выражено, но может быть сформировано.

У пациентов с онкологическими заболеваниями выявлен одиночный, высокий показатель шкалы экзистенции персональность – Person (P), который все же значимо ниже такового в группе здоровых людей ($U_{\text{эмп.}}=2384$ при $p<0,01$), что указывает на закрытость онкобольных. Можно предположить, что из-за собственных проблем, душевных нагрузок или личностного расстройства эти пациенты замыкаются в себе, на передний план выходит ранимость и высокая чувствительность личности, хотя внешне это часто не бывает заметно сразу. Средний уровень этого показателя у контрольной группы означает, что у пациентов имеется определенная степень решимости и ответственности за жизнь.

Высокий показатель по шкале экзистенция (E), напротив, представляет собой хорошую компенсацию и защиту. Однако, у пациентов экспериментальной группы выявился низкий показатель экзистенции. Этот показатель был достоверно ниже ($U_{\text{эмп.}}=2089$, при $p<0,02$) у онкобольных, чем у здоровых лиц. Данное обстоятельство свидетельствует о том, что онкопациентам трудно заниматься собой и менять свою жизнь в лучшую сторону, преобладают бездействие, связанное с неуверенностью в принятии решений, незнание того, что нужно делать. Наблюдается малая способность выдерживать нагрузки, значительно выражена чувствительность к помехам, склонность начинать действовать на основании внешних побуждающих причин. Средний показатель экзистенции в контрольной группе (здоровых лиц) означает, что у пациентов имеется определенная степень решимости и они стремятся устроить свою жизнь и свой мир.

По данным таблицы 1 видно, что статистически значимые более низкие, чем у здоровых людей, значения показателей экзистенциальной исполненности у пациентов с онкологическими заболеваниями, были обнаружены также по показателю шкалы экзистенции самотрансцендентность ($U_{\text{эмп.}}=1585,5$ при $p<0,01$). В экзистенциальном анализе и логотерапии понятие самотрансценденции, понимается как устремлённость личности в мир, к поиску и осуществлению смысла (В. Франкл). Сниженный показатель по данной шкале свидетельствует об эмоциональной уплощенности

и скудности в отношениях с миром и людьми. Недостаток эмоциональной осознанности делает больного человека беспомощными, неуверенными.

Средний показатель самотрансцендентности у контрольной группы означает, что у пациентов имеется определенная степень решимости и ответственности за жизнь. Постулируется, что самотрансценденция обеспечивает выход субъекта за пределы осознанного себя, познание собственных возможностей и их использование в объективной реальности, а активизация самотрансценденции выступает основой для самоактуализации, саморазвития, самореализации, достижения индивидуального акме. Самотрансценденция социальна и выступает фундаментом трансформации личности и общества [7].

Значения общего показателя (G) шкалы экзистенции низкие в обеих группах, что указывает на субъективно переживаемую меру исполненности, неисполненную экзистенцию. Это подразумевает имеющиеся закрытость личности, нерешительность и стесненность (отсутствие ответственной включенности в жизнь), отражающиеся в низких значениях общей экзистенциальной исполненности по общей шкале экзистенции. При низком общем показателе – G под воздействием стрессов легче возникают психические расстройства. Если при низком G-показателе уже имеется психическое заболевание, то существует вероятность того, что оно уже имеет тяжелую степень.

Таким образом, у пациентов с онкологическими заболеваниями в целом наблюдалось выраженное снижение экзистенциальной исполненности или экзистенциальной наполненности жизни.

Под «психологическим благополучием», в отличие от психического здоровья, подразумевается субъективное самоощущение целостности и осмысленности индивидом своего бытия. Ученые сходны во мнении, что психологическое благополучие – это субъективно переживаемое явление, которое зависит от системы внутренних ценностей. Являясь интегральным показателем, психологическое благополучие включает: 1. нацеленность личности на реализацию основных компонентов позитивного функционирования (стремление к личностному росту, самопринятию, управлению средой, автономии, достижению целей, позитивным отношениям с окружающими); 2. степень реализации данной направленности, которая выражается в субъективном ощущении счастья, удовлетворенности собой и собственной жизнью. То есть, психологическое благополучие характеризует состояния и переживания, свойственные здоровой личности. Оно влияет на деятельность людей, на их душевное самочувствие, на межличностные отношения, самопринятие [6].

Одной из целей настоящего исследования было – выявить особенности психологического благополучия онкологических больных.

В ходе исследования были проанализированы такие показатели психологического благополучия как позитивное отношение; автономность, компетентность, личностный рост, жизненные цели, самопринятие.

Результаты определения статистических различий показателей по шкале психологического благополучия у пациентов с онкологическими заболеваниями и здоровых людей (таблица 2).

Таблица 2 – Результаты статистического анализа различий в показателях психологического благополучия пациентов с онкологическими заболеваниями (группа 1) и здоровых людей (группа 2)

| Показатели психологического благополучия | Средние значения в группе 1 | Средние значения в группе 2 | $U_{\text{эмп.}}$ | Р-уровень значимости |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-------------------|----------------------|
| Автономность | 15,8 | 16,9 | 1466,5 | 0,13 |
| Компетентность | 13,9 | 18 | 2060 | 0,01* |
| Личностный рост | 20,4 | 23,9 | 2158,5 | 0,02* |
| Позитивные отношения | 12,6 | 17,6 | 2088 | 0,01* |
| Жизненные цели | 21,2 | 22,7 | 1634,5 | 0,01* |
| Самопринятие | 12,9 | 20,5 | 2405 | 0,02* |
| Общий показатель | 96,7 | 119,5 | 2385,5 | 0,019* |

Примечание: * – различия достоверны.

По данным таблицы видно, что статистически значимые отличия в показателях психологического благополучия пациентов с онкологическими заболеваниями (они были более низкими) и здоровых людей обнаружены по следующим шкалам:

Компетентность ($U_{\text{эмп.}}=2060$ при $0,05 < p < 0,01$), низкий балл характеризует респондента как человека, который испытывает сложности в организации повседневной деятельности, чувствует себя неспособным изменить складывающиеся обстоятельства, лишен чувства контроля над происходящим.

Личностный рост ($U_{\text{эмп.}}=2158,5$ при $p < 0,01$), сниженный уровень показателя предполагает осознание отсутствия собственного развития, чувства улучшения, испытывает скуку, ощущает неспособность устанавливать новые отношения или изменить свое поведение.

Позитивные отношения ($U_{\text{эмп.}}=2088$ при $p < 0,01$). Пациент имеет лишь ограниченное количество доверительных отношений с окружающими: ему сложно быть открытым, проявлять теплоту и заботиться о других; в межличностных взаимоотношениях, как правило, он изолирован и фрустрирован; не желает идти на компромиссы для поддержания важных связей с окружающими.

Жизненные цели ($U_{\text{эмп.}}=1634,5$ при $p < 0,001$); сниженный показатель у онкобольных свидетельствует о том, что они имеют мало целей или намерений, у них отсутствует чувство направленности, они не находят перспектив или убеждений, определяющих смысл жизни.

Самопринятие ($U_{\text{эмп.}}=2405$ при $p < 0,01$) – значительно снижено и отражает факт недовольства собой, разочарование событиями своего прошлого,

беспокойство по поводу некоторых личных качеств, выявляет желание больного быть не тем, кем он или она является.

И по общему показателю по всем шкалам ($U_{\text{эмп.}} = 2385,5$ при $p < 0,01$). У пациентов с онкологическими заболеваниями в целом наблюдается низкий уровень восприятия психологического благополучия.

Таким образом, следует заключить, что эти испытуемые недостаточно автономны, их мнение часто зависит от мнения окружающих людей, им свойственны низкая способность к принятию самостоятельных решений. Респонденты с онкозаболеваниями имеют зависимость от социального давления. При этом у них отмечается низкий уровень доверительных отношений с близкими, отсутствие тесных межличностных отношений. Эти испытуемые при критичном отношении к себе, не стремятся к исправлению негативных личностных качеств и саморазвитию.

Выводы. Таким образом, проведенное экспериментально-психологическое исследование экзистенциальной наполненности жизни и психологического благополучия у онкологических больных позволило выявить психологические особенности данной категории пациентов. Это подтверждает необходимость разработки эффективной психокоррекционной программы, для психологического сопровождения лечебного и реабилитационного процесса пациентов с онкологическими заболеваниями, основной целью которой являлось бы преодоление страха, тревоги, напряжения, выработка новых жизненных смыслов, преодоление кризиса.

На основании проведенных исследований с учетом полученных результатов нами были разработаны рекомендации (программа) по организации психологического сопровождения пациентов с онкологическими заболеваниями, имеющих низкие показатели экзистенциальной наполненности жизни и психологического благополучия.

Литература

1. Карпова, Э.Б. Онкологическое заболевание как психологический кризис / Э.Б. Карпова, В.А. Чулкова // Ананьевские чтения. – СПбГУ. – 2007. – С. 556-557.
2. Лэнгле, А. Фундаментальные мотивации экзистенции как действенная структура экзистенциально-аналитической терапии / А. Лэнгле // Экзистенциальный анализ. Бюллетень. – 2009. – №1. – С. 9-31.
3. Евстифеева, Е.А. Экзистенциально-психологическая модель врачевания в онкологической практике/ Е.А. Евстифеева, С.И. Филиппченкова // Российский гуманитарный журнал. – 2020. – Т.9. – №4. – С. 224-230.
4. Шабалина, В.В. Экспериментально-психологическое исследование экзистенциальной исполненности больных раком молочной железы / В.В. Шабалина, О.А. Долгина, Р.Р. Руф // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. – 2019. – Т.7. – №3(26). – С. 501-511.
5. Удачина, П.Ю. Жизненный и бытийный смысл личности онкологического больного: содержательный анализ понятий / Ю.П. Удачина, М.А. Егикян // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. СоциокINETика. – 2021. – Т.27. – №3. – С. 83-90.

6. Шутова, Н.В. Психологическое благополучие как составляющая функциональной грамотности студентов – будущих педагогов / Н.В. Шутова, О.Р. Жерновая, М.В. Архипова // Мир науки. Педагогика и психология. – 2021. – №2. – Т.9. – С. 3-8.

7. Зиннатова, М.В. Самоотрансценденция: феноменологическое исследование/ М.В. Зиннатова // Ученые записки Крымского федерального университета имени В. И. Вернадского Социология. Педагогика. Психология. –2022. – Т.8(74). – №3. – С. 116-128.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Государственное учреждение
«РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ»

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Сборник научных статей

Основан в 1999 году

Выпуск 26

Под общей редакцией заслуженного деятеля науки Республики Беларусь,
доктора медицинских наук, профессора В. Б. Смычка

Минск
«Колорград»
2024