

УДК 159.99

DOI: 10.34670/AR.2022.84.94.034

## **Антиципация в структуре отношения к болезни пациентов с онкологическими заболеваниями**

**Менделевич Владимир Давыдович**

Доктор медицинский наук, профессор,  
заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии,  
Казанский государственный медицинский университет,  
420012, Российская Федерация, Казань, ул. Бутлерова, 49;  
e-mail: mendelevich\_vl@mail.ru

**Ничипоренко Надежда Павловна**

Кандидат психологических наук, доцент,  
старший научный сотрудник,  
заведующая лабораторией изучения отклоняющегося поведения,  
Институт педагогики, психологии и социальных проблем,  
420039, Российская Федерация, Казань, ул. Исаева, 12;  
e-mail: nichiporenko.n@yandex.ru

**Сиразиева Татьяна Евгеньевна**

Старший преподаватель,  
Казанский государственный медицинский университет,  
420012, Российская Федерация, Казань, ул. Бутлерова, 49;  
e-mail: T.Sirazieva@tatar.ru

### **Аннотация**

В статье представлены результаты исследования, целью которого стало выявление взаимосвязей антиципационной состоятельности с различными типами отношения к болезни пациентов с онкологическими заболеваниями. В исследовании принимали участие 50 пациенток с диагнозом «рак молочной железы» 1–2 стадии без метастазирования. Методами исследования послужили тест антиципационной состоятельности (прогностической компетентности) В.Д. Менделевича, методика «Способность к прогнозированию» Л.А. Регуш; личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ), выявляющий 13 типов отношения к болезни у больных хроническими соматическими заболеваниями. Наиболее распространенными в данной выборке являются гармоничный, эйфорический, эргопатический, неврастенический, анозогностический и тревожный типы отношения к болезни. Выявлены корреляции между различными видами антиципации и типами отношения к болезни. Отмечается, что прогностические способности взаимосвязаны с гармоничным, неврастеническим, анозогностическим, тревожным и апатичным отношением к заболеванию. Результаты проведенного исследования позволяют рекомендовать отдельные виды психологической работы с данной категорией пациенток в направлении развития прогностических способностей.

**Для цитирования в научных исследованиях**

Менделевич В.Д., Ничипоренко Н.П., Сиразиева Т.Е. Антиципация в структуре отношения к болезни пациентов с онкологическими заболеваниями // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2022. Т. 11. № 3А. С. 234-241. DOI: 10.34670/AR.2022.84.94.034

**Ключевые слова**

Антиципация, отношение к болезни, адаптация к заболеванию онкологических больных, пациент, психологическая работа.

**Введение**

В Российской Федерации, согласно данным статистических исследований, ежегодно более чем у 600 000 человек диагностируются онкологические заболевания и, как и во всем мире, растет количество заболевших. За период с 2015 по 2019 годы количество заболевших выросло с 589 381 человек в год до 624 709 человек в год [Каприн, Старинский, Петрова, 2019; Росстат. Здравоохранение в России 2019, статистический сборник, 2019]. Актуальной становится необходимость поиска новых способов помощи данной категории пациентов, которые могут использоваться наряду с консервативными, доказавшими свою эффективность, методами. При этом важно не только излечение пациента (выход в ремиссию), но и возможность онкологических больных относительно комфортно существовать в пространстве заболевания.

Среди исследований способов адаптации человека к ситуации заболевания, наряду с механизмами психологических защит и системой копингов (совладания), отношением к болезни, новым является изучение феномена антиципации. В антиципационной концепции неврозогенеза В.Д. Менделевича под антиципационной состоятельностью понимается способность предвосхищать будущее и выстраивать поливариантные прогнозы [Менделевич, Соловьева, 2002]. Позже понятие антиципационной состоятельности было расширено и определено как форма совладающего поведения – упреждающего копинга, выступающего обязательным элементом и индикатором психологического здоровья и благополучия личности [Ничипоренко, Менделевич, 2010]. Применительно к онкологическим пациентам прогностическая деятельность изучалась Н.П. Ничипоренко [Ничипоренко, 2015; Ничипоренко, 2012]. Пациенты, обладающие развитой антиципационной состоятельностью, создают несколько вариантов будущего, распределяют между ними вероятность и готовы действовать в пространстве поведенческих решений.

**Материалы и методы исследования**

Исследование проводилось на базе Первичного онкологического кабинета Городской поликлиники ГАУЗ «Клиника медицинского университета» в 2019–2020 годах. В исследовании принимали участие 50 пациенток с диагнозом «рак молочной железы» 1–2 стадии без метастазирования.

Методы исследования представлены тестированием, анкетированием, биографическим методом, методами количественной и качественной обработки данных. Методики исследования: тест антиципационной состоятельности (прогностической компетентности) В.Д. Менделевича, диагностирующий уровень пространственной, временной, личностно-

ситуативной и общей антиципационной состоятельности; методика «Способность к прогнозированию» Л.А. Регуш; личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ), выявляющий 13 типов отношения к болезни у больных хроническими соматическими заболеваниями.

### Результаты исследования и их обсуждение

Средние значения антиципационной состоятельности (АС) по выборке соответствуют нижним границам нормы: пространственная АС ( $M = 45,3$ ;  $\sigma = 6,34$ ; норма 52), временная АС ( $M = 40,98$ ;  $\sigma = 5,96$ ; норма 42), личностно-ситуативная АС ( $M = 167,62$ ;  $\sigma = 10,56$ ; норма 166), общая АС ( $M = 253,9$ ;  $\sigma = 14,88$ ); способность к прогнозированию по методике Л.А. Регуш относится к диапазону средних значений ( $M = 21,82$ ;  $\sigma = 5,02$ ; нормативные средние значения 13–25 баллов).

Результаты исследования представлены в таблице 1, типы отношения к болезни размещены в порядке убывания рангов (по средним значениям).

**Таблица 1 - Взаимосвязь прогностических способностей личности с различными типами отношения к болезни**

Ранг	Тип отношения к болезни (шкалы ЛОБИ)	M	$\sigma$	Значения коэффициентов корреляции				
				Антиципационная состоятельность				Способность к прогнозированию (Л.А. Регуш)
				Пространственная	Временная	Личностно-ситуативная	Общая	
1	Гармоничный	2,32	1,85	-0,31**	0,03	-0,07	-0,17	-0,38***
2	Эйфорический	2,08	1,90	-0,02	-0,13	0,05	-0,03	-0,24*
3	Эргопатический	1,98	1,62	0,01	0,23*	0,15	0,21	-0,02
4	Неврастенический	1,52	1,36	0,24*	-0,05	-0,01	0,07	-0,28**
5	Анозогнозический	1,46	1,21	0,07	-0,11	-0,05	-0,05	-0,36***
6	Тревожный	1,12	0,92	-0,07	-0,29**	-0,14	-0,25*	0,02
7	Обсессивный	1,06	1,40	0,08	-0,00	-0,02	0,02	-0,24*
8	Паранойяльный	0,98	1,04	0,02	0,05	-0,16	-0,08	-0,10
9	Сенситивный	0,72	0,81	-0,11	-0,19	0,07	-0,07	0,09
10	Ипохондрический	0,58	0,70	0,12	0,05	-0,05	0,04	0,18
11	Эгоцентрический	0,44	0,70	-0,13	0,23*	0,02	0,05	-0,11
12	Апатичный	0,18	0,39	0,17	-0,32**	0,26*	0,13	-0,09
13	Меланхолический	0,16	0,37	-0,07	-0,03	0,07	0,01	0,23*

Уровни значимости: \*\*\* –  $p < 0,01$ , \*\* –  $p < 0,05$ , \* –  $p < 0,1$  – связь рассматривается как тенденция и должна быть подтверждена на выборке большего объема.

Наиболее распространенным в данной выборке является *гармоничный* тип отношения к болезни, что в целом представляет собой позитивный факт. Гармоничное отношение к болезни предполагает реалистичную оценку своего состояния без склонности преувеличивать или недооценивать его тяжесть, стремление активно содействовать успеху лечения, облегчить близким тяготы ухода за собой. В случае понимания неблагоприятного прогноза заболевания и ограничений, вызванных болезнью, такие пациенты способны переключить интересы на те области жизни, которые доступны, и сосредоточить внимание на своих делах и заботе о близких.

Заслуживает отдельного внимания наличие отрицательных корреляций гармоничного отношения к болезни с прогностическими способностями: с пространственной

антиципационной состоятельностью ( $r = -0.31, p < 0.05$ ) и данными по методике Л.А. Рёгуш ( $r = -0.34, p < 0.05$ ). Неоднократно подтвержденные взаимосвязи антиципационной состоятельности, особенно ее пространственной составляющей, с различными проявлениями психического здоровья и конструктивных копингов [Ничипоренко, 2015; Ничипоренко, 2012] формировали у нас ожидание, что взаимосвязи гармоничного отношения к болезни и прогностических способностей будут носить прямой характер. И тогда здесь имеет место определенное противоречие, возможно, наличие у пациенток определенного интрапсихического конфликта между декларируемым (или желаемым) и внутренним фактическим (реальным) положением дел. Объяснение такого рассогласования однозначно конструктивных и неадаптивных факторов также может лежать в плоскости компенсаций. В данном случае это может означать, что декларируемое гармоничное отношение к болезни компенсирует тревогу, связанную с большими дозами неопределенности и негативными прогностическими исходами текущего заболевания и лечения.

На втором месте по выраженности располагается *эйфорический* тип реагирования – необоснованно повышенное настроение, легкомысленное отношение к болезни и лечению, надежда на то, что «само все обойдется» и желание жить прежней жизнью, несмотря на болезнь. Этот тип реагирования связан с дефицитом способности к прогнозированию, измеренной по методике Л.А. Рёгуш ( $r = -0.24, p < 0.1$ ) и представляет собой проявления, напоминающие действие психологического защитного механизма отрицания. Поэтому эйфорический тип реагирования является скорее бессознательным способом снижения тревоги и в определенной мере будет препятствовать адекватной адаптации к обстоятельства заболевания.

Третий тип отношения к болезни, характерный для пациенток, – *эргопатический*. «Уход от болезни в работу» является в целом одним из самых распространенных способов совладания с болезнью для людей, в чьей жизни трудовая деятельность занимает значимое место. Такие пациенты даже в тяжелых случаях течения болезни стараются во что бы то ни стало продолжать работу, иногда трудятся с ожесточением, с еще большим рвением, чем до болезни, работе отдают все время, стараются лечиться и подвергаться обследованию так, чтобы это оставляло возможность для продолжения работы. Все корреляции эргопатического отношения с антиципационной состоятельностью положительны, хотя и не достигают статистически достоверных значений. На этой основе можно предположить, что данный комплекс характеристик – достаточно развитые способности к прогнозированию (временная, личностно-ситуативная и общая АС) в сочетании с разумным эргопатическим отношением к заболеванию могут составить один из конструктивных паттернов и мощный потенциальный ресурс совладания с болезнью. Но только в том случае, если «уход в работу» не станет способом избегания тревоги и игнорирования опасности онкологического диагноза.

*Неврастенический* способ реагирования определяет поведение по типу «раздражительной слабости» и неспособности терпеть боль, также является одним из наиболее характерных в исследуемой выборке и занимает четвертое место в рейтинге. Вспышки плохо контролируемого раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения, неблагоприятных данных обследования, нередко изливаются на первого попавшегося и завершаются раскаянием за беспокойство и несдержанность. Этот тип реагирования связан с дефицитом способности к прогнозированию, измеренной по методике Л.А. Рёгуш ( $r = -0.28, p < 0.05$ ).

*Анозогнозический* тип отношения к заболеванию, стоящий на пятом месте, предполагает активное отбрасывание мыслей о болезни и возможных ее последствиях. Подобно

психологическому защитному механизму отрицания, из сознания исключаются очевидные факты, а проявления болезни объясняются случайными обстоятельствами или другими несерьезными заболеваниями. Для данного паттерна также характерны отказ от обследования и лечения, желание «обойтись своими средствами». Этот тип реагирования связан с дефицитом способности к прогнозированию, измеренной по методике Л.А. Регуш ( $r = -0.36, p < 0.01$ )

*Тревожный* тип отношения к заболеванию проявляет себя как постоянное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности лечения и связан с дефицитом временной антиципационной состоятельности ( $r = -0.29, p < 0.05$ ).

На возможную рассогласованность в отношении пациентов к болезни указывали сами авторы методики [Колесник, Орлова, Ефремов, 2022]. По их утверждению, смешанный тип реагирования может быть как согласованным (например, неврастенический – дисфорический), так и противоречивым (например, ипохондрический – анозогностический).

Для данной выборки согласованными являются следующие сочетания:

тревожного и ипохондрического ( $r = 0.39, p < 0.01$ ), тревожного и апатичного ( $r = 0.28, p < 0.05$ ), тревожного и анозогностического ( $r = 0.28, p < 0.05$ ), ипохондрического и апатичного ( $r = 0.36, p < 0.01$ ), меланхолического и паранойяльного ( $r = -0.26, p < 0.05$ ), меланхолического и гармоничного ( $r = -0.23, p < 0.05$ ), апатичного и гармоничного ( $r = -0.31, p < 0.05$ ), апатичного и обсессивного ( $r = 0.24, p < 0.05$ ), неврастенического и анозогностического ( $r = 0.32, p < 0.05$ ), эгоцентрического и анозогностического ( $r = 0.28, p < 0.05$ ), эгоцентрического и эргопатического ( $r = 0.29, p < 0.05$ ), обсессивного и гармоничного ( $r = -0.28, p < 0.05$ ).

Согласованными и линейными являются взаимосвязи тревожного отношения к болезни с дефицитом антиципационных процессов (временная  $r = -0.29, p < 0.05$  и общая АС  $r = -0.25, p < 0.1$ ); неврастенического и анозогностического отношения с низкими показателями способности к прогнозированию, измеренными по методике Л.А. Регуш (соответственно,  $r = -0.28, p < 0.05$ ;  $r = -0.36, p < 0.01$ ).

К противоречивым сочетаниям следует отнести взаимосвязи эйфорического и паранойяльного ( $r = 0.27, p < 0.05$ ), эйфорического и гармоничного ( $r = 0.23, p < 0.05$ ) типов отношения к болезни.

## Заключение

В целом, количество корреляций прогностических способностей с теми или иными типами отношения к болезни невелико. Это может свидетельствовать о достаточной автономности данных конструктов в структуре личности и возможности их развития независимо друг от друга. Поэтому антиципационный тренинг будет хорошей формой для развития совладающего потенциала пациентов в ситуации заболевания.

При планировании антиципационного тренинга важно учитывать два плана: развитие общей (генерализованной) прогностической компетентности и формирование специфических антиципационных способностей – временной, пространственной и личностно-ситуативной антиципационной состоятельности. Результаты настоящего исследования позволяют рекомендовать отдельные виды психологической работы с данной категорией пациенток в направлении развития прогностических способностей.

Так, развитие общих прогностических навыков будет полезно при анозогностическом, неврастеническом и гармоничном отношении к болезни, а также пациенткам с признаками

обсессивного и эйфорического регистра. У тревожных и апатичных пациенток в дополнительном развитии нуждается временная антиципационная состоятельность. Акцент на развитие пространственной антиципационной состоятельности следует сделать в случае гармоничного и неврастенического способов реагирования на заболевание. Личностно-ситуативная антиципационная состоятельность нуждается в совершенствовании у апатичных пациенток в сторону поливариантности прогнозирования как благополучных, так и менее благополучных сценариев развития заболевания. Для пациенток с преобладанием эйфорического отношения к заболеванию необходимо разработать специальные тренинговые задания, развивающие способности к поливариантному прогнозированию, особенно касательно негативных исходов заболевания. Учитывая, что эйфорический способ реагирования представляет собой во многом бессознательный защитный процесс, данной группе пациенток параллельно с тренинговой работой можно рекомендовать другие виды психологической помощи – психологическое сопровождение, индивидуальное консультирование или немедицинскую психотерапию.

Таким образом, прогностические способности пациенток с диагнозом «рак молочной железы» образуют ряд специфических сочетаний с различными типами отношения к заболеванию, а их развитие представляет собой мощный ресурс совладания с болезнью.

Материалы данной статьи могут быть полезны специалистам, непосредственно занятым в системе медицинской и психологической помощи онкологическим больным, – врачам, среднему медицинскому персоналу, клиническим психологам и онкопсихологам.

### Библиография

1. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2018 году (заболеваемость и смертность). М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2019. 250 с.
2. Колесник Н.Т., Орлова Е.А., Ефремов Г.И. Клиническая психология. 3-е изд., испр. и доп. М.: Юрайт, 2022. 359 с.
3. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. М.: МЕДпресс-информ, 2002. 608 с.
4. Ничипоренко Н.П. Особенности прогностической деятельности онкологических больных // Неврологический вестник. 2012. Вып. 1. С. 20-23.
5. Ничипоренко Н.П. Система стабилизации личности как фактор этиологии психосоматического процесса и совладания с болезнью // Практическая медицина. 2015. № 5. С. 46-50.
6. Ничипоренко Н.П., Менделевич В.Д. Антиципационная состоятельность в структуре совладающего поведения личности // Неврологический вестник. 2010. № 3. С. 47-50.
7. Росстат. Здравоохранение в России 2019, статистический сборник. М., 2019. 170 с.

### Anticipation in the structure of the attitude towards the disease of patients with oncological diseases

**Vladimir D. Mendelevich**

Doctor of Medical Sciences, Professor,  
Head of the Department of psychiatry and medical psychology,  
Kazan State Medical University,  
420012, 49, Butlerova at., Kazan', Russian Federation;  
e-mail: mendelevich\_vl@mail.ru

**Nadezhda P. Nichiporenko**

PhD in Psychology, Associate Professor,  
Senior Researcher,  
Head of the Laboratory for the Study of Deviant Behavior,  
Institute of Pedagogy, Psychology and Social Problems,  
420039, 12, Isaeva str., Kazan', Russian Federation;  
e-mail: nichiporenko.n@yandex.ru

**Tat'yana E. Sirazieva**

Senior Lecturer,  
Kazan State Medical University,  
420012, 49, Butlerova at., Kazan', Russian Federation;  
e-mail: T.Sirazieva@tatar.ru

**Abstract**

The article presents the results of the study, the purpose of which was to identify the relationship of anticipatory viability with different types of attitudes towards the disease of patients with cancer. The study involved 50 patients diagnosed with stage 1–2 breast cancer without metastasis. Research methods were the test of anticipatory consistency (predictive competence) by V.D. Mendelevich, the technique "The ability to predict" by L.A. Regush; personal questionnaire of the Bekhterev Institute (LOBI), which reveals 13 types of attitudes towards the disease in patients with chronic somatic diseases. The most common in this sample are harmonious, euphoric, ergopathic, neurasthenic, anosognosic and anxious types of attitude towards the disease. Correlations between different types of anticipation and types of attitude to the disease were revealed. It is noted that prognostic abilities are interconnected with a harmonious, neurasthenic, anosognosic, anxious and apathetic attitude to the disease. The results of the study allow the authors to recommend certain types of psychological work with this category of patients in the direction of developing prognostic abilities.

**For citation**

Mendelevich V.D., Nichiporenko N.P., Sirazieva T.E. (2022) Antitsipatsiya v strukture otnosheniya k bolezni patsientov s onkologicheskimi zabolevaniyami [Anticipation in the structure of the attitude towards the disease of patients with oncological diseases]. *Psikhologiya. Istoriko-kriticheskie obzory i sovremennye issledovaniya* [Psychology. Historical-critical Reviews and Current Researches], 11 (3A), pp. 234-241. DOI: 10.34670/AR.2022.84.94.034

**Keywords**

Anticipation, attitude to the disease, adaptation to the disease of cancer patients, patient, psychological work.

**References**

1. Kaprin A.D., Starinskii V.V., Petrova G.V. (2019) *Zlokachestvennye novoobrazovaniya v Rossii v 2018 godu (zabolevaemost' i smertnost')* [Malignant neoplasms in Russia in 2018 (morbidity and mortality)]. Moscow: Moscow Scientific Research Institute of Oncology named after P. A. Herzen.

2. Kolesnik N.T., Orlova E.A., Efremov G.I. (2022) *Klinicheskaya psikhologiya* [Clinical psychology], 3th ed. Moscow: Yurait Publ.
3. Mendelevich V.D., Solov'eva S.L. (2002) *Nevrozologiya i psikhosomaticheskaya meditsina* [Neurology and psychosomatic medicine]. Moscow: MEDpress-inform Publ.
4. Nichiporenko N.P. (2012) Osobennosti prognosticheskoi deyatel'nosti onkologicheskikh bol'nykh [Features of the prognostic activity of cancer patients]. *Nevrologicheskii vestnik* [Neurological Bulletin], 1, pp. 20-23.
5. Nichiporenko N.P. (2015) Sistema stabilizatsii lichnosti kak faktor etiologii psikhosomaticheskogo protsessa i sovladaniya s boleznyu [Personality stabilization system as a factor in the etiology of the psychosomatic process and coping with the disease]. *Prakticheskaya meditsina* [Practical Medicine], 5, pp. 46-50.
6. Nichiporenko N.P., Mendelevich V.D. (2010) Antitsipatsionnaya sostoyatel'nost' v strukture sovladayushchego povedeniya lichnosti [Anticipatory solvency in the structure of coping behavior of a person]. *Nevrologicheskii vestnik* [Neurological Bulletin], 3, pp. 47-50.
7. Rosstat. *Zdravookhranenie v Rossii 2019, statisticheskii sbornik* [Rosstat. Health care in Russia 2019, statistical collection] (2019). Moscow.