УДК 616-006:616.89/(07)

ББК 55.6я7

**Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов.** Руководство // А.М. Беляев и коллектив авторов / Ред. А.М. Беляев, В.А. Чулкова, Т.Ю. Семиглазова, М.В. Рогачев. - СПб: Издательство АНО «Вопросы онкологии», 2017. - 350 с.

**6.2. Психологическое исследование больных раком желудочно-кишечного тракта**

**(по материалам работы Шиповникова Н.Б.) [2]**

Пестерева Е.В., Кондратьева К.О

До сих пор, к сожалению, у большинства больных злокачественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта удаление опухолевого очага достигается путем калечащей операции и других агрессивных методов лечения, что приводит к функциональным нарушениям и эмоциональным расстройствам. Приспособление к новым сторонам измененного функционирования (вынужденная резкая смена привычных особенностей питания, строгая диета, необходимость тщательно следить за физиологическими отправлениями) сопровождается глубокими переживаниями больного, страхом утраты ценности своего «Я» в глазах других, включая членов семьи. Все это позволяет считать изучение личностных особенностей пациентов с данной патологией чрезвычайно актуальным вопросом.

Было обследовано 250 больных (средний возраст 57+1,2) находившихся на лечении на отделении опухолей желудочно-кишечного тракта НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, из них 67 больных раком желудка и 183 больных раком прямой кишки. Исследование больных проходило при поступлении в онкологический стационар, перед хирургическим вмешательством и при выписке с отделения.

С помощью клинико-психологического метода (наблюдение, клиническая беседа) изучалась содержательная сторона переживаний пациентов и определялась степень психологической компенсации больного, которая означала оценку уровня его психологической приспособленности к заболеванию за счет психологических ресурсов личности (приложение 4).

Экспериментально-психологический метод включал тест на изучение тревожности больного (ситуативная и личностная тревога) Спилбергера-Ханина [4] и Миннесотский многопрофильный личностный опросник (MMPI), определяющий личностный профиль по десяти базовым шкалам, позволяющим судить о характеристике личности больного и оценить его состояние [1, 3] (приложение 5).

Клинико-психологическая беседа показала, что большинство пациентов, страдающих раком желудка и прямой кишки, отмечали, что диагностический этап для них являлся, хотя и кратковременным, но *«самым тяжелым периодом»*. Первоначальная реакция при сообщении о диагнозе и необходимости хирургического вмешательства в виде тревоги преобладала у 56,4% больных, причем более выраженной она была у больных раком желудка. Акцентирование внимания на социально-бытовых последствиях болезни у пациентов, страдающих раком желудка, из-за перестройки режима питания, отмечалось у 23,9% больных. Наибольшее беспокойство больных раком прямой кишки было связано со страхом за исход операции – 47,6%, у них же отмечался самый большой процент страха смерти – 4,8%.

Если у больных раком желудка часто в период, предшествующий началу развития онкологического процесса, наблюдается дискомфорт, различные недомогания, связанные с пищеварением, то больные раком прямой кишки, как правило, характеризуются нормальным самочувствием с умеренными жалобами. В этой связи больные раком желудка в психологическом смысле более подготовлены к заболеванию, в то время как пациенты, страдающие раком прямой кишки, неожиданно сталкиваются с необходимостью подвергнуться операции и последующему химиолучевому лечению. Можно говорить о внезапности, остром начале заболевания у больных раком прямой кишки. Результаты клинико-психологической беседы с больными раком прямой кишки показали, что чем лучше было самочувствие у пациента перед помещением в стационар, тем труднее он проходил период адаптации, в начале к принятию необходимости брюшно-промежуточной экстирпации, а в послеоперационном периоде - к существованию с искусственным анусом.

Обнаружено, что 67,2% обследованных больных, несмотря на явные признаки начала болезненного процесса, в интервале от 2-3 месяцев до 1 года к врачу не обращались. На первом месте среди причин задержек обращения к врачу стоял страх *«узнать худшее»*, что составило 30% всей выборки. Далее по степени значимости следовали следующие доводы: незначительность симптоматики – 21,6% («*не обратил внимание, хотя заметил; не придал значение – думал пустяк, ерунда»*), пренебрежение к своему здоровью – 17,2% больных.

На диагностическом этапе 39,6% всех больных были уверены в «доброкачественности» опухоли. Изучение отношения к диагнозу на последующих этапах лечения показало, что 28,8% больных стойко верили в доброкачественность опухли. При этом максимальное отрицание болезни установлено у больных раком желудка (38,8%). Не отрицали, а игнорировали серьезность заболевания 16,4% всех больных. Больныеданной подгруппы не считали болезнь особенно серьезной, игнорировали явные свидетельства истинного характера патологии – лучевого лечения и курсов химиотерапии. Частично признавали злокачественный характер болезни 26,8% больных: им была свойственна дистанцированность от реальной ситуации, они нередко демонстрировали собственную версию заболевания. Неопределенная установка в отношении заболевания обнаружена у 23,3% больных: с одной стороны, они выражали нежелание получать медицинскую информацию, но при этом хотели бы узнать «свою гистологию», результаты лабораторных исследований неформальным путем, с другой стороны – они боялись своих худших опасений. Всего 4,8% всех пациентов имело реалистичное отношение к диагнозу: они признавали злокачественный характер своего заболевания.

Клинико-психологическая беседа показала, что 48,8% больных появление онкологического заболевания у себя ни с чем не связывали. Другие же в качестве причины заболевания чаще всего называли себя – 17,2%, неблагоприятные жизненные условия и обстоятельства – 13,2%, социальное окружение, т.е. других лиц – 10,8%.

Выяснялся вопрос о стрессовых, драматических событиях в течение 2-3 лет, предшествовавших появлению болезненной симптоматики. Максимальный показатель дистрессовых событий установлен у больных раком желудка – 32,8%, по сравнению с раком прямой кишки – 13,7%.

Доброжелательное отношение в процессе клинико-психологической беседы преобладало у 46,4% больных, еще 8,0% больных выражали желание продолжить общение с психологом. Наибольший процент доброжелательного отношения оказался у больных раком прямой кишки с низведением – 56,4%. Скрытое отрицательное отношение, иногда с подозрительностью и недоверием, отмечалось у 22,4% больных раком желудка и у 19% больных раком прямой кишки с низведением. В целом, для больных раком желудка оказались характерны конфликтность, проявления нейтрального тона, дистантное поведение (р<0,05). Больные с отрицательным отношением к клинико-психологической беседе нередко считали психологические темы как «не имеющие отношения к делу». Даже в общении с врачом, в том числе в период предоперационной подготовки, им было свойственно маскировать психологические проблемы жалобами соматического порядка: больной говорил лишь о соматических проявлениях болезни, при этом не затрагивалась сфера переживаний, эмоций, речь была монотонной, мало интонированной. Порой только в процессе длительной углубленной беседы больной с трудом констатировал психологический подтекст своих жалоб и сомнений. Неспособность больного озвучить свои переживания в связи с заболеванием и лечением способствовала увеличению его психоэмоционального напряжения, а также ухудшала координацию совместных усилий врача и пациента в лечебном процессе. Вместе с тем, соучастие больного в лечебном процессе, отсутствие отрицательных компонентов психологического контакта с врачом, напряженных отношений, позволяют заложить основы психологической устойчивости, уравновешенности, психологической компенсации.

Анализ обращений лечащих врачей к психологу с целью оказания профессиональной психологической помощи больным, страдающим злокачественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта, показал, что наиболее частым основанием для обращения явилась - тревожная реакция пациента на хирургическое вмешательство вплоть дор отказа от операции. Исследование показало, что больных злокачественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта, склонных к отказу от операции, отличала своеобразная ориентированность во время диагностического периода, проявляющаяся в тревожном ожидании, что *«все выяснится, окажется ошибкой»*. Первоначально психологическая реакция отказа сопровождалась выраженными аффективными компонентами – невозможностью контролировать эмоции, хаотическим поведением. Через некоторое время интенсивность этих проявлений уменьшалась, но перестройки в отношении принятия факта заболевания и необходимости подвергнуться операции не наступало, а, напротив, усиливалось желание бегства от ситуации, стремление оставить все, как есть, и даже досада на себя за обращение к онкологу. С этого момента начинался поиск наиболее подходящего мотива, с точки зрения больного, оправдывающего потенциально запрограммированный отказ. Больные называли следующие причины отказа от операции: убеждение в неизлечимости рака *(«а значит и лечиться незачем»*) и предопределенности исхода *(«конец для всех один, смерть наступит, если и оперироваться»*); калечащий характер операции; наличие еще до болезни «онкологической настороженности» в результате психотравмирующего опыта общения с родственниками, умершими от онкологического заболевания; причины объективного плана (отпуск, командировка и т.п.).

Психологический настрой на хирургическое вмешательство определялся по трем условным градациям: положительный, вынужденный, неустойчивый. Наивысший положительный настрой отмечался у больных раком прямой кишки, которым предстояла операция с последующим низведением. У 46,7% больных раком прямой кишки с колостомой отмечалось вынужденное отношение к операции, что объясняется травмирующим воздействием предполагаемого после операции дефекта в виде противоестественного заднего прохода.

Эмоциональное эмпатическое отношение со стороны членов семьи отмечали 55,2% всех больных. Формальный характер взаимоотношений в семье в наибольшей степени был типичен для больных раком желудка – 38,8%; негативные отношения наблюдались у 8,6% больных раком прямой кишки с колостомой, они были обусловлены психологическим барьером перед функциональным дефектом.

Психологическое приспособление к болезни и ее последствиям нельзя было считать законченным к моменту выписки больного из стационара. Спектр трудностей социально-психологического плана пронизывал все существование больного, особенно в течение первых 3-6 месяцев до года, содержанием которых являлось: снижение интереса к жизни, реакция ухода в болезнь, трудности отношений в семье, в трудовом коллективе, реакция на возникновение рецидива заболевания. Больные жаловались на боли, в большей степени психалгий, на плохой сон, аппетит, снижение тонуса, неспособность сосредоточиться, ослабленность памяти, быструю утомляемость. При выраженном характере данных жалоб у 16% больных их можно было расценивать как манифестацию тревожно-депрессивного состояния. Эмоциональные нарушения у 73% больных выражались в форме неустойчивого и сниженного настроения, тревожности, страхов. Часто эмоциональные нарушения являлись следствием конфликтности значимых отношений больных. Такие жалобы пациентов, как страх перед транспортом, выхода из дома без сопровождающих лиц и появления на людях, имели явный психологический подтекст боязни не справиться с собой, «сорваться» на людях. Эти проявления страха могли закрепиться в качестве таких психопатологических нарушений, как чувство неполноценности, ощущение покинутости и изолированности. Значительная выраженность описанных отклонений отмечена у 28% больных.

На момент выписки больного из стационара на основании клинико-психологического исследования (с учетом мнения лечащего врача) определялось его итоговое состояние – степень психологической компенсации, которая означала оценку уровня психологической приспособленности пациента к заболеванию и последствиям его лечения за счет психологических ресурсов личности. Наиболее важным различием между больными по уровню психологической компенсации являлась успешность выработки тех или иных компенсаторных механизмов, реализация способности к переработке стрессовой информации о болезни, отраженная как в эмоционально-психической устойчивости, так и в поведении пациента. Распределение больных со злокачественным поражением желудочно-кишечного тракта было следующим: компенсированных больных – 25,6% (64 чел.), частично компенсированных – 38,0% (95 чел.), декомпенсированных – 36,4% (91 чел.). Группа больных раком прямой кишки с колостомой имела наиболее высокий процент декомпенсированных больных – 38,4% и самый низкий – среди компенсированных – 19%, что отражает значительные трудности приспособления этих больных.

В группе декомпенсированных больных задержка обращения к врачу после появления первых болезненных симптомов наблюдалась в 73,6%, тогда как при удовлетворительном уровне психологической компенсации – у 46,9% больных (р<0,001). Среди мотивов отсрочки обращения к врачу наибольшее различие прослеживается по фактору «страхи и опасения», в том числе наличие страха перед болезнями в прошлом (<0,001). Люди, испытавшие выраженные опасения перед серьезными болезнями в анамнестическом периоде, реагировали на известие у них онкологического заболевания более интенсивной реакцией.

Обнаружено, что у 73,6% больных декомпенсированной группы максимально выражен негативизм по отношению к психологическому обследованию, что значительно превышает аналогичный показатель компенсированных пациентов – 15,7% (р<0,001), позволяя судить о качественном различии в психологическом контакте этих двух групп. Группа с неудовлетворительным уровнем психологической компенсации характеризовалась также наибольшими показателями тревожного и депрессивного настроения (27,5% и 57,1% соотв., р<0,001).

Обнаружена взаимосвязь между уровнем психологической компенсации пациента и его отношением к лечебным процедурам: по мере снижения уровня психологической компенсации вынужденный настрой меняется от 12,5% до 45,1%, а выраженность неустойчивого отношения – от 6,3% до 52,7% у декомпенсированных больных (р<0,001).

Рассмотрение установки на психологическую поддержку показало, что все больные с успешной компенсацией ее имели, в то время как в группе декомпенсированных в 47,2% случаях такая установка отсутствовала, что значительно ослабляет потенциал психологических ресурсов. Семейные отношения компенсированных больных определяла эмоциональная поддержка – сочувствие, ободрение и участие – 75%, в группе декомпенсированных она была выражена только у 31,9% (р<0,001). Процент ухудшения семейного климата был значимо выше в группе больных с неудовлетворительной психологической компенсацией (р<0,001).

Изменение собственного характера с начала заболевания пациенты оценивали следующим образом: 72,4% больных указывали на неизменность черт характера, у 12,8% - характер ухудшался. Самые высокие показатели динамики черт характера имела группа больных раком желудка – улучшился у 19,4% и ухудшился у 20,9%. Отмечена тенденция уменьшения числа позитивных ответов и увеличения процента негативных по мере ухудшения психологической компенсации (р<0,001). Так, в ответах пациентов, указавших на улучшение характера, следовало пояснение, что второстепенное в жизни потеряло смысл, сами они яснее стали все видеть, дорожить временем, жизнью. При констатации отрицательных изменений характера пациенты указывали, что «жизнь для них остановилась, потеряла всякий смысл, состояние такое, что уже ничего не хочется». Иногда прямо заявляли, что они «стали гораздо хуже, чем раньше».

В экспериментально-психологическом исследование принимало участие 174 больных (средний возраст 57+1,2) раком желудка и раком прямой кишки. Все пациенты подвергались хирургическому вмешательству: больные раком желудка - экстирпация и субтотальная резекция (38 чел.), больные раком прямой кишки - операция с низведением (сфинктеросохраняющая) (62 чел.) и операция с наложением колостомы (74 чел.). По степени психологической компенсации больные разделялись на три группы. Компенсированная группа включала 49 пациентов, из них 12 больных раком желудка, 18 больных раком прямой кишки с низведением и 19 больных раком прямой кишки с колостомой. Частично компенсированная группа пациентов включала 63 пациента, из них 13 больных раком желудка, 22 больных раком прямой кишки с низведением и 28 больных раком прямой кишки с колостомой. Декомпенсированная группа включала 62 пациента, из них 13 больных раком желудка, 22 больных раком прямой кишки с низведением и 27 больных раком прямой кишки с колостомой.

Оценка состояния тревожности (методика Спилбергера-Ханина) выявила, что показатели личностной тревожности больных на различных этапах обследования находятся в зоне умеренной тревоги (ниже 45 баллов). Исключение составили больные раком прямой кишки с колостомой, имеющие в среднем высокую тревогу.

Динамика ситуативной тревоги на различных этапах заболевания изменялась следующим образом: на этапе поступления у всех больных наблюдалась высокая тревога (48,9 балла), этот показатель имел тенденцию к увеличению на этапе перед операцией (р<0,001). К выписке больных из стационара показатели тревоги снижались и тревога из раздела высокой переходила в к умеренной (р<0,001), кроме больных раком прямой кишки с колостомой, где она являлась высокой (более 45,1 балла).

Выявлена взаимосвязь показателей тревоги и степени психологической компенсации больного. Так, декомпенсированные больные уже при поступлении имели высокий уровень личностной и ситуативной тревоги (48,1 балл и 52,8 балла, соотв.), который сохранялся на этом уровне и при выписке, в отличие от группы компенсированных больных, где показатель являлся высоким только перед операцией (47,8 балла, р<0,001). Наиболее интенсивную тревогу, затрагивающую личность в целом, испытывали больные раком прямой кишки с колостомой декомпенсированной группы (р<0,001). Таким образом, интенсивность тревожной реакции больного зависит от этапа лечения и успешности психологической компенсации.

Корреляционный анализ показал взаимосвязь уровня тревоги и качество контакта с больным: увеличение тревоги влияет на доверительность, потерю эмоциональных контактов, вплоть до отгороженности (К=-0,26).

Исследование с помощью личностного профиля больных (MMPI) указало на отсутствие специфического личностного паттерна больных как при раке желудка, так и при раке прямой кишки. Показатели всех шкал личностного опросника соответствовали нормативным, кроме шкалы депрессии (Д) или склонности к пониженному настроению (71,2+0,7). Следующим по величине являлся показатель шкалы ипохондрических проявлений (Hs) /невротического сверхконтроля (65,0+0,7). Доминирование данных шкал характерно для больных общесоматической клиники – с пониженным настроением, жалобами на здоровье в связи с недомоганием. Интерпретация соотношений всех шкал профиля свидетельствовала, что для больных, страдающих злокачественными опухолями желудочно-кишечного тракта, характерна тенденция к избеганию откровенности, пассивносозерцательная позиция, избегание неуспеха, осторожность и нерешительность в личностно-значимых ситуациях, чувствительность к внешним воздействиям, интрапунятивность, ориентировка на отдаленные цели и избегание конфликта; аналитический, инертный тип мышления, возможный тип дезадаптации – депрессивный, сопровождаемый невротизацией.

Изучение взаимосвязи показателей шкал личностного опросника и степени психологической компенсации больного обнаружило, что показатели по шкалам истерии, депрессии, ипохондрии, психоастении и шизофрении повышаются (р<0,001) по мере снижения психологической компенсации.

Таким образом, на успешность психологической компенсации влияет такой симптомокомплекс, который находит свое выражение в показателях шкал «невротического сверхконтроля» (ипохондрии), сниженного настроения (депрессии), фиксации тревоги и ограничительного поведения (психоастении), а также вытеснения факторов, вызывающих тревогу (истерии), и аутизации (шизофрении). Треть больных раком желудка и прямой кишки на момент выписки из стационара после прохождения лечения оказываются в психологически декомпенсированном состоянии и нуждаются в профессиональной психологической помощи.

**Литература:**

1. Бажин Е.Ф., Гильяшева И.Н., Левина Т.Л., Тонконогий И.М. Клинический личностный опросник (модифицированный вариант ММРI / Методические рекомендации. – Л.- 1974. – 33 с.
2. Колосов А.Е., Шиповников Н.Б. Психологические нарушения у больных при диагнозе «рак». – Киров. - 1994. - 136 с.
3. Собчик Л.Н. Пособие по применению психологической методики ММРI. – М.: НИИ психиатрии. - 1971. – 62 с.
4. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д.Спилбергера. – Л. - 1976. – 16 с.

**6.3. Психологическое исследование больных раком молочной железы**

Чулкова В.А.

Рак молочной железы (РМЖ) – соцально значимое заболевание, по-прежнему лидирующее в структуре заболеваемости и смертности во всем мире. Несмотря на прогресс в лекарственном лечении РМЖ, основным методом лечения по-прежнему остается хирургическое лечение. Поэтому для заболевшей женщины диагнозрака молочной железы несет в себе угрозу психической травмы. Это обусловлено не только страхом перед болезнью, возникновением угрозы жизни, крушением жизненных планов, но и необходимостью подвергнуться калечащей операции. Нередко происходит смещение акцента: боязнь утраты женственности и изменения отношений с другими людьми приобретают для больных первостепенное значение [8]. Вследствие этого, РМЖ сопровождается чрезмерным эмоциональным напряжением пациенток, приводящим к различным психологическим и нервно-психическим расстройствам. Нарушается социально-психологическая адаптация заболевшей женщины и, как следствие, отмечается частая невротизация больных РМЖ. При увеличивающейся в настоящее время продолжительности жизни больных РМЖ отсутствие психологической помощи снижает качество их жизни, препятствует достижению более полного эффекта лечения. Возникает своеобразный парадокс: с одной стороны, огромные материальные затраты и усилия врачей-онкологов направлены на излечение больной, а с другой стороны, недооценка личности самой пациентки и ее отношения к заболеванию и лечению приводит к тому, что сверхстресс, вызванный заболеванием, становится непреодолимым.

Для выявления личностных особенностей больных РМЖ и установление их связи с уровнем и особенностями психологической компенсации было исследовано 183 больных, первично поступивших в отделение опухолей молочной железы НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова [9]. Возраст больных - от 26 до 74 лет (средний возраст – 50,3±0,8 лет) У 53,0 % больных в процессе лечения были выявлены метастазы. 94,5 % больных подверглись различным видам операций на молочных железах, лучевое лечение было проведено 66,7 % больных, химиотерапия применялась у 82,0 % больных, гормональное лечение получали 20,2 % больных.

Исследование проводилось в динамике в соответствии с процессом диагностики и лечения: при поступлении в отделение, перед операцией, после операции и перед выпиской.

Были использованы клинико-психологический и экспериментально-психологический методы исследования. Клинико-психологический метод представлял собой неформализованное интервью по вопросам, которые были объединены в пять основных тем: обнаружение заболевания, отношение к болезни и ее причины, по мнению больной, отношение к лечению (включая отношение к операции), социальные вопросы, отношение к будущему (приложение 4). При экспериментально-психологическом методе исследования использовались следующие психологические методики: Миннесотский многопрофильный личностный опросник (MMPI) [1, 2, 5], методика исследования фрустрационой толерантности Розенцвейга [6], тип отношения к болезни (ТОБ) [3], шкала личностной и ситуативной тревожности Спилбергера в модификации Ханина [7], методика самооценки Дембо-Рубинштейн [4] (приложение 5).

Клинико-психологическое исследование позволило изучить личностную реакцию больных РМЖ на заболевание. Более половины больных имели опыт переживаний по поводу РМЖ, связанный с заболеванием других людей. Этот опыт переживаний (негативный или позитивный) влиял на сформированное еще до болезни представление о перспективах больных РМЖ, которое основывалось на информации, полученной из самых разных источников. Только 7,1 % больных знали, что от РМЖ можно излечиться, представление же большинства – 58,5% - в отношении перспектив больных РМЖ было неопределенным.

Причиной обращения к врачу являлся страх перед онкологическим заболеванием, который испытали 81,4% больных. Однако сильное чувство страха препятствовало 14,2% больным обратиться за медицинской помощью сразу после обнаружения симптомов заболевания: они обратились к врачам спустя 6 и более месяцев. После первичного посещения онколога сильные негативные чувства разной степени выраженности от страха и отчаяния до тревоги и беспокойства возникли у 86,3% пациенток.

Причиной болезни для 26,8% пациенток явилось, по их мнению, чрезмерное нервное напряжение в течение жизни, для 21,3% больных - физическая травма, для других - наследственность, гормональные нарушения, утрата близкого человека, но 27,3% пациенток не могли предположить, что явилось причиной болезни.

Считали, что их болезнь злокачественная 16,9 % больных, для большей части больных – 44,3% - характерно частичное признание злокачественного характера заболевания, 14,2% больных отрицали наличие у них рака, а у 24,6% было неопределенное отношение к диагнозу. При этом 73,2% пациенток не спрашивали врачей о своем заболевании, так как боялись услышать что-либо неприятное («о заболевании не хочу ни говорить, ни думать»; спрашивать врача – только расстраиваться»; «про болезнь лучше не говорить: страшно становится»).

Доверие к врачу и положительное отношение к выбранному методу лечения демонстрировали 44,8 % пациенток, а 10,9 % - были пассивны, безучастны, негативно относились ко всем методам лечения, неустойчивое отношение к лечению, характеризующееся амбивалентностью настроения и поведения, было свойственно 44,3 % больных. По отношению к операции (мастэктомии) больные разделись на три группы: 55,8 % пациенток принимали ее необходимость и именно с ней они связывали свое выздоровление; в то время как у 11 % больных необходимость операции вызывала бурный протест: некоторые отказывались от нее, другие негативно относились к операции после ее проведения; 32,2 % пациенток не могли примириться с необходимостью операции и соглашались на нее только под давлением обстоятельств. При этом страх перед последствиями калечащей операцией испытывали, за небольшим исключением, практически все больные.

Основной мотив – стремление к выздоровлению - приобретал у пациенток ценность в связи с постановкой конкретных жизненных целей. Наиболее ярко это проявлялось у женщин, которые имели маленьких или несовершеннолетних детей. Активное желание приспособиться к новой жизненной ситуации, учитывая заболевание и его последствия, в том числе возможные трудности в семье и на работе, характерно для 30,1 % больных. Считали, что из-за болезни их жизнь утратила смысл, 12,5% больных. Для 57,4 % больных будущее представлялось как масса неразрешимых проблем.

Анализ результатов клинико-психологического исследования больных РМЖ показал, что, несмотря на, казалось бы, одинаковую психическую травму, которой является заболевание РМЖ, больные имели разную степень психологической компенсации, которая нами определялась как система психологических приемов, помогающих личности приспособиться к сверхстрессу, обусловленному онкологическим заболеванием. В основу дефиниции психологической компенсации были положены шесть видов личностных отношений больной: отношение к диагнозу, отношение к лечению, отношение к операции, отношение к излечимости заболевания, отношения с близкими, отношение к будущему.

Были разработаны критерии и выделены три группы РМЖ с различной степенью психологической компенсации:

* I группа – компенсированные больные – 31,2%,
* II группа – частично компенсированные – 50,8% (разделенную затем еще на две подгруппы: частично компенсированные II- A – 25,7% и II- Б – 25,1%),
* III группа - декомпенсированные больные - 18,0%.

Была выявлена взаимосвязь между уровнем психологической компенсации и особенностями личностного реагирования на заболевание и лечение РМЖ. Так, компенсированные больные (I группа) достоверно чаще (р<0,05), чем больные других групп считали, что вовремя оказанная медицинская помощь будет способствовать излечению болезни; эмоциональные реакции при обнаружении заболевания и в процессе лечения были выражены в большей степени у менее компенсированных (II-Б и III группы) больных, чем у более компенсированных (I и II-А группы) больных (р<0,05); менее компенсированные больные чаще других считали причиной заболевания нервное напряжение в течение жизни (р<0,05); представление о болезни у компенсированных больных (I группа) и частично компенсированных (II-А группа) было более отчетливым, чем у частично компенсированных (II-Б группа) и декомпенсированных (III группа) больных (р<0,05); менее компенсированным (II-Б и III группы) больным было труднее сообщить о своем заболевании другим людям (р<0,05); более компенсированные (I и II-А группы) больные чаще выражали уверенность в своей необходимости и в семье, и на работе (р<0,05).

Анализ полученных с помощью MMPI данных выявил, что доминирующей тенденцией, характерной для больных РМЖ, является не депрессия, а тревога, сопровождаемая депрессивным компонентом. Удалось выделить четыре варианта профилей, отражающих личностные тенденции больных РМЖ. Название каждому варианту было определено, исходя из доминирующих шкалы или шкал в коде профиля: депрессивные (D), аффективно-ригидные (Pa на одном из первых трех мест), дезадаптивные (Sc, Pt, D, Pd) и истерические тенденции (Hy). При исследовании частоты проявления различных личностных тенденций в зависимости от степени психологической компенсации выявилась следующая закономерность: с уменьшением степени психологической компенсации изменяется частота аффективно-ригидных тенденций: наибольшая частота в I группе (41,7% ±7,1%), затем она непрерывно уменьшается и становится наименьшей в III группе (21,8%±7,3%). Частота дезадаптивных тенденций имеет противоположную зависимость со степенью психологической компенсации: в I группе – 8,3%±4,0% - она наименьшая, непрерывно возрастая, эта тенденция становится наибольшей в III группе – 34,4%±8,4%. Для депрессивных и истерических тенденций не выявлено закономерного статистически значимого изменения их частоты от степени психологической компенсации. Большая величина индекса тревоги была обнаружена в группе больных с меньшей психологической компенсацией (р<0,05).

По данным методики Розенцвейга, обнаружена взаимосвязь между степенью психологической компенсации и типом реагирования на фрустрацию. В то же время такой взаимосвязи с направленностью фрустрационных реакций не установлено. При анализе типа реагирования было определено, что для групп с большей психологической компенсацией (I и II-А группы) характерна большая частота упорствующего типа (N-P) реагирования и в то же время меньшая частота препятственно-доминантного типа (O-D) по сравнению с группой менеен компенсированных больных (II-Б и III группы). По частоте самозащитного типа реагирования (E-D) различий не выявлено. В целом, для больных с большей психологической компенсацией характерна установка на преодоление фрустрирующих обстоятельств и преодоление блокирования потребностей, менее компенсированным больным свойственна эмоциональная фиксация на препятствии со снижением попыток ее преодоления, то есть у менее компенсированных больных возможна выраженная реакция на такие фрустрирующие ситуации, которые другими обычно воспринимаются как незначительные. Различие по коэффициенту социальной адаптации (GCR) между компенсированными (60,5±1,6) и декомпенсированными (50,3±2,3) больными свидетельствует о том, что более компенсированные больные лучше адаптированы в своем социальном окружении, чем декомпенсированные.

Исследование отношения к болезни с помощью опросника «Тип отношения к болезни» (ТОБ) показал, что наиболее часто в группе больных РМЖ встречаются эргопатический (25,1±2,5 баллов), сензитивный 22,1±1,6 баллов) и тревожно-депрессивный типы отношения к болезни (17,3±1,6 баллов). Результаты сравнения шкальных оценок и методики ТОБ между больными с большей (I и II-А группы) и меньшей (II-Б и III группы) психологической компенсацией выявляют достоверные различия по шкале тревожно-депрессивного и неврастенического типов отношения к болезни. Для менее компенсированных больных характерна выраженная в значительной степени тревога и беспокойство в связи с болезнью, раздражение, особенно при болях, страданиях, непереносимость малейших болевых ощущений, неспособность к ожиданию облегчения. При большей психологической компенсации выше показатели шкал гармонического, анозогнозического и эргопатического типов отношения к болезни. По мере снижения степени психологической компенсации больных от группы к группе наблюдается уменьшение частоты эргопатического с одновременным повышением сензитивного и тревожно-депрессивного типов отношения к болезни.

При изучении динамики психологического состояния больных раком молочной железы в стационаре было выяснено, что для каждого этапа лечения в стационаре существуют характерные, переживаемые больными раком молочной железы, проблемы. Во время лечения в стационаре больные испытывали выраженное эмоциональное напряжение, показателями которого являлись высокие уровни личностной (RX2) и ситуативной (RX1) тревожности и сниженная самооценка. При этом наиболее тяжелым по силе переживаний являлся этап поступления в стационар (RX2 - 51,3±0,8 баллов; RX1 – 57,6±0,9 ), к выписке уровни личностной (RX2 - 49,3±0,8) и ситуативной (RX1 – 49,6±0,9) тревожности снижался (в группе компенсированных больных до умеренного уровня RX2 – 43,6±1,1 баллов; RX1 - 42,7±1,1), самооценка повышалась по категории «здоровье» во всех группах, а по категории «счастье» - у компенсированных и частично компенсированных больных (р<0,05).

Таким образом, личностные реакции на заболевание у больных РМЖ различаются по степени психологической компенсации. В этой связи особое внимание медицинского психолога заслуживает группа частично компенсированных больных, так как психологическая помощь больным именно этой группы - самой большой по численности - создает для них возможность преодолеть психологические последствия болезни.

С целью изучения отношения больных РМЖ к химиотерапии и определения эмоционального состояния больных в зависимости от ее длительности было проведено психологическое исследование больных, проходивших лечение в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова [10]. Исследовалось 45 больных в возрасте от 30 до 70 лет, у всех пациенток до химиотерапии была операция (мастэктомия). Пациентки в зависимости от продолжительности курсов химиотерапии были разделены на три группы:

* I группа (15 человек) - больные, принимающие первый курс химиотерапии во время лечения в стационаре;
* II группа (14 человек) - больные, проходящие второй, третий или четвертый курс химиотерапии амбулаторно;
* III группа (16 человек) - больные, завершающие химиотерапию: пятый или шестой курс амбулаторно.

В исследовании использовались клиническая беседа в виде неформализованного интервью (приложение 4) и психологические тесты, направленные на изучение уровней личностной и ситуативной тревожности (тест Спилбергера-Ханина) [7], дифференциальной диагностики депрессивных состояний (тест В. Зунга в адаптации Т. Балашовой в СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева) и самооценки (тест Дембо-Рубинштейн) [4] (приложение 5). Исследование было дополнено наблюдениями за поведением больных во время беседы и выполнения тестов.

Больные по поводу химиотерапии говорили так: «Страшно было начинать», «Испытываю сильную боль», «Хочется отвернуться к стенке и никого не видеть». Две женщины из всех сказали, что после химиотерапии «трупом лежишь» (на момент обследования у них был пятый курю химиотерапии). Сопутствующие химиотерапии осложнения выражались в слабости, тошноте, потере аппетита (у некоторых, напротив, повышении аппетита), слезливости, потливости, дрожи, ознобе, обострении обоняния, апатии, снижении настроения. Многие женщины при заполнении тестовых шкал эмоционально реагировали на некоторые из предлагавшихся утверждений. Беседа после выполнения теста на самооценку выявила у большинства скептическое отношение к своему здоровью и счастью: «Кончилось мое здоровье», «Я все время себя жалею, мне страшно», «Да разве это счастье?», «О каком счастье я могу говорить?».

Результаты проведенного исследования показали, что имеется прямо пропорциональная зависимость между длительностью химиотерапии и увеличением уровней ситуативной и личностной тревожности и депрессии для I и II групп (р<0,05) и для I и III групп (р<0,05)). В III группе показатели ситуативной и личностной тревожности достигают высокого уровня, показатель депрессии становится выше нормы. Самооценка по категориям «здоровье» и «счастье» ниже нормы во всех группах, самой низкой она является у больных III группы. К 5-6-м курсам химиотерапии абсолютно все больные знают свой диагноз, им свойственно положительно-нейтральное представление о химиотерапии и значительная часть из них считает, что химиотерапия поможет в лечении. Наряду с этим, по мере увеличения числа курсов химиотерапии возрастает число больных, испытывающих страх перед ней, увеличивается количество больных, которые плохо переносят химиотерапию, и для которых она оказалась тяжелее, чем они предполагали. Возможно, это объясняется общей усталостью от лечения химиопрепаратами и от сопутствующих осложнений, которые изнуряют и выматывают настолько, что некоторые больные готовы настаивать на прекращении курсов химиотерапии раньше положенного срока. В этом состоянии больные более всего нуждаются в эмоциональной поддержке окружающих и особенно врача-химиотерапевта. Многие во время исследования жаловались на отсутствие стабильного контакта с врачом, те же, у кого такой контакт был, подчеркивали его значение для них. С увеличением числа курсов химиотерапии значительно возрастает количество больных, считающих, что они не подготовлены врачом к проведению химиотерапии. Это обстоятельство является свидетельством того, что больные не информированы о лечении в той мере, в какой им хотелось бы быть информированными, с одной стороны, а с другой - указывает на то, что они нуждаются в эмоциональной поддержке врача. Можно высказать предположение о том, что при психологической подготовке больной к проведению химиотерапии, возможно, уменьшится страх перед нею, и может быть, лучше будет субъективная переносимость препаратов.

Таким образом, проведенные психологические исследования больных РМЖ свидетельствуют о психологической травматизации заболевших женщин и необходимости оказания им психологической помощи как врачом-онкологом, так и медицинским психологом.

**Литература:**

1. Бажин Е.Ф., Гильяшева И.Н., Левина Т.Л., Тонконогий И.М. Клинический личностный опросник (модифицированный вариант ММРI) / Методические рекомендации. – Л. - 1974. – 33 с.
2. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Рожанец Р.В. Методика многостороннего исследования личности (в клинической медицине и психогигиене). – М.: Медицина. - 1976. – 176 с.
3. Карпова Э.Б. Разработка и клинико-психологическая апробация методики исследования системы отношений у больных хроническими соматическими заболеваниями // автореф. дисс. канд. психол. наук. – Л. - 1985. – 22 с.
4. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. – М.: Медицина. - 1970. – 215 с.
5. Собчик Л.Н. Пособие по применению психологической методики ММРI. – М.: НИИ психиатрии. - 1971. – 62 с.
6. Тарабрина Н.В. Экспериментально-психологическое и биохимическое исследование состояния фрустрации и эмоционального стресса при неврозах // автореф.дисс. канд.психолог.наук. – Л. - 1973. – 19 с.
7. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д.Спилбергера. – Л. - 1976. – 16 с.
8. Чулкова В.А. Исследование системы отношений и эмоциональной напряжённости у больных раком молочной железы // Социально-психологические исследования в психоневрологии. - Л.: Из-во: НИПНИ им. В.М.Бехтерева. - 1980. – С. 128 - 132.
9. Чулкова В.А. Психологические исследования личностных реакций на болезнь при раке молочной железы // автореф. дис. канд. психол. наук. СПб: НИПНИ им. В.М. Бехтерева. - 1999. – 18 с.
10. Чулкова В.А., Блинов Н.Н., Комяков И.П., Константинова М.М., Котова Д.Г., Тришкина Е.А. Психотерапевтическая помощь больным раком молочной железы // Пособие для врачей–онкологов. - СПб. - 2002. - 23 с.

**6.4. Психологическое исследование больных злокачественными лимфомами**

Пестерева Е.В.

Злокачественные лимфомы (лимфома Ходжкина и неходжкинские лимфомы) относятся к разряду системных лимфопролиферативных заболеваний. Лимфома Ходжкина (ЛХ) является одним из наиболее курабельных злокачественных процессов. Применение современной химиолучевой терапии позволяет излечивать до 80-95% пациентов с ЛХ, тем не менее у части больных отмечается первично-рефрактерное течение болезни. Поэтому для таких больных представляется крайне актуальным своевременное выявление факторов неблагоприятного прогноза с целью ранней интенсификации лечения ЛХ и своевременного проведения высокодозной химиотерапии с трансплантацией  аутологичных гемопоэтических стволовых клеток. Среди больных неходжкинскими лимфомами (НХЛ), отличающимися высокой степенью злокачественности, возможно достижение полного регресса заболевания после стандартной химиотерапии лишь у 40-60% больных. У остальных неизбежно развивается первичная резистентность лимфомы к химиотерапии и/или рецидив заболевания. Несмотря на все выше изложенное, злокачественные лимфомы при адекватном и своевременном лечении имеют благоприятный прогноз, но изменения на психофизиологическом и эмоциональном уровнях, которые вызывает данное заболевание, могут сохраняться долгие годы после окончания лечения [7]. Все это указывает на психологическую травматизацию больных злокачественными лимфомами.

Если онкологические заболевания с четкой локализацией - рак молочной железы, рак желудка, рак легкого и т.д. – воспринимаются и самими больными, и их окружением как «серьезные болезни», то отсутствие конкретной локализации при лимфопролиферативных заболеваниях создает представление и них как о некоей форме «непонятной болезни». При этом неинформированность общества о лимфопролиферативных заболеваниях, которые на начальных стадиях болезни зачастую маскируются под недомогания, посещающие людей в обыденной жизни, также влияет на несвоевременное обращение к врачу. Кроме того, злокачественные лимфомы часто поражают людей молодого возраста, в период становления личностного и профессионального статуса, развития семейных отношений, и зрелого возраста, в период активной трудовой деятельности: ситуация, связанная с болезнью и необходимостью длительного лечения, фрустрирует актуальные потребности пациентов [6].

Исследование проводилось в Российском научном центре радиологии и хирургических технологий (РНЦРХТ). Было обследовано 138 больных злокачественными лимфомами (лимфома Ходжкина – 77 больной, Неходжкинская лимфома – 61 больной) в возрасте от 18 до 55 лет на разных этапах течения заболевания: 41 чел - до начала химиолучевого лечения, 42 чел. - при первичном лечении, 36 чел. - при лечении рецидива, 19 чел. - в состоянии ремиссии. Большинство больных имели II – III стадии заболевания. В соответствии с Международным прогностическим индексом (МПИ) пациенты с ЛХ были отнесены к благоприятной и промежуточно-благоприятной прогностическим группам, при НХЛ – к группе низко-промежуточного и промежуточно-высоким риска.

С помощью клинико-психологического метода (наблюдение, клиническая беседа) изучалась содержательная сторона переживаний больных (приложение 4). Экспериментально-психологический метод был направлен на изучение особенностей реагирования больных на заболевание (ТОБОЛ) [4], анализ жалоб невротического регистра у данной категории пациентов (ОНР-СИ) [5], а также исследование механизмов совладающего поведения - интернальность больного в сфере здоровья (УСК) [1] и ведущие копинг-стратегии на когнитивном, эмоциональном, поведенческом уровнях [3] (приложение 5).

Одним из ключевых моментов отношения к болезни при онкологическом заболевании является мнение больного о злокачественном характере заболевания. На этапах до лечения и при первичном лечении пациентам злокачественными лимфомами было свойственно отрицание (14,6% и 9,5%, соотв.) и частичное признание злокачественного характера болезни (46,3% и 45,2%, соотв.). При отрицании злокачественного характера патологического процесса больной не отрицал самого факта заболевания (он лечился), однако оно воспринималось им как обычная, не угрожающая жизни, болезнь. При частичном признании диагноза больной одновременно и признавал, и отрицал злокачественный характер болезни, что выражалось в амбивалентности настроения и поведения. Если при отрицании диагноза у больных преобладает бессознательная психологическая защита отрицание, то при частичном принятии заболевания больным свойственна рационализация, которая проявлялась в подчеркивании ими «особенности» своего заболевания. В данном случае «особенность» звучала как некоторая исключительность пациента (он не такой, как все) и надежда на благоприятный исход («Читал, что это редкое заболевание, в основном им болеют люди социально благополучные…», «Мне требуется лечение, но моя ситуация в связи с заболеванием существенно отличается от пациентов на соседнем отделении …»). При рецидиве заболевания частичное признание злокачественного характера заболевания встречалось реже: 75% больных признавали злокачественный характер болезни.

Размышления о болезни, о ее роли и месте в жизни человека нередко являлись настолько травмирующими для пациентов, что в качестве защиты появлялось стремление вытеснить мысли, связанные с заболеванием. Так, 61% больных до начала лечения и 50% больных при прохождении первичного лечения считали, что «вредно задумываться» над вопросом «Почему это случилось со мной?». От этапа к этапу все больше больных находили для себя причину болезни (59% - при лечении рецидива, 63,2% - в состоянии ремиссии) - утрата близкого, нервное напряжение, переутомление, вредная работа, ультрафиолетовое облучение и другие, порой иррациональные, причины.

У большинства больных всех групп (70,7%; 73,9%; 50%; 84,2%) мотив выздоровления содержал конкретные жизненные цели (создание семьи, воспитание детей, получение образования, реализация в профессиональной сфере). При лечении рецидива «страх стать беспомощным» являлся смыслом выздоровления достоверно чаще, чем при первичном лечении (р<0,02).

На основании представлений о болезни у пациентов формировалось отношение к лечению: до начала лечения и при первичном лечении у пациентов преобладал страх в отношении полихимиолучевой терапии в виде опасений изменения внешности, возникновения побочных осложнений в результате лечения. До начала лечения 53,7% больных пугала беспомощность, которая могла возникнуть в связи с лечением, что указывает на переживаемое ими состояние неопределенности, неуверенности и тревоги. По мере длительности лечения пациенты чаще отмечали, что они «готовы вынести любые тяжести лечения, главное, чтобы лечили», «лечат - значит есть надежда на выздоровление». Готовность вынести любые трудности лечения для того, чтобы поправиться была наиболее характерна для больных при лечении рецидива (р<0,02). Следует отметить, что страх, связанный с лечением, нередко подавлялся больными , при этом они демонстрировали «оптимистическое» отношение к лечению («Все будет хорошо»). Данное отношение играло защитную функцию и отражало желание «не думать о плохом». Такое «оптимистическое» отношение к лечению наблюдалось при прохождении первичного лечения в 64,3% случаев, а при лечении рецидива лишь в 38,9% случаев (р<0,05). Как при первичном лечении, так и при лечении рецидива имелись больные с «пессимистическим» отношением к лечению: «Эта болезнь, где трудно самому человеку что-нибудь предпринять, а лучше всего подчиниться врачу». Также выявлялись больные с неустойчивым отношением к лечению (33,3% - при первичном лечении; 50% -при лечении рецидива), которые могли бы выработать адекватное отношение к лечению при условии грамотного и доступного им информирования и своевременной профессиональной психологической помощи.

Результаты исследования типов отношения к болезни (ТОБОЛ) показали, что выраженность различных компонентов отношения к болезни не завесила от диагноза (ЛХ и НХЛ). На всех этапах заболевания наиболее выраженными компонентами в структуре отношения к болезни были эргопатический, анозогнозический и сенситивный, однако менялось их соотношение между собой и другими компонентами, а также содержательная наполненность.

Недооценка больными серьезности заболевания, его злокачественного характера на этапах до начала лечения и при первичном лечении проявлялась в условно-адаптивных формах реагирования на болезнь (65,8%, 64,3%, соотв.) с преобладанием эргопатического, анозогнозического и эргопатически-анозогнозического типов.

При лечении рецидива отношение к болезни без признаков социально-психологической адаптации выявлялось у 41,7% больных: наряду с эргопатическим и анозогнозическим, преобладал гармоничный тип отношения. Вместе с тем, наблюдения показывали, что для большей части больных с гармоничным отношением характерна позиция «защитного» оптимизма, при котором больной, избегая сильных переживаний, строит свое поведение в соответствии с социальными нормами, не позволяя себе эмоциональных вспышек, тем самым является «удобным», «хорошим» пациентом для врача и для близких.

На этапе ремиссии преобладали условно-адаптивные формы реагирования на заболевание (68,3%) с доминированием анозогнозического и эргопатически-анозогнозического типов. При этом анозогнозический компонент в структуре отношения к болезни у пациентов в ремиссии означал не столько отрицание болезни как таковой, сколько завершение жизненного этапа, связанного с болезнью и лечением, так как в данный момент пациенты знают, что они здоровы (им об этом говорят врачи на основании проведенных анализов).

В каждом этапе выявлялись больные с дезадаптивным отношением к болезни, они более остро переживали ситуацию заболевания и, с точки зрения социальных норм, менее адаптированы к происходящему. Таких больных было больше всего (58,3%) на этапе лечения рецидива, когда анозогнозия и «уход в работу» уже не могут смягчить психологическую травму, вызванную возвращением ситуации заболевания и лечения, и больные находятся в поисках новых способов адаптации.

Анализ жалоб невротического регистра (ОНР-СИ) пациентов злокачественными лимфомами показал, что на всех этапах заболевания не выявлялось достоверных различий по частоте встречаемости и выраженности жалоб невротического регистра в зависимости от диагноза (ЛХ и НХЛ). Среди жалоб пациентов на этапах до лечения, при первичном лечении и лечении рецидива ведущими по частоте встречаемости являлись жалобы ипохондрического и астенического характера, а также аффективная лабильность и нарушение социальных контактов. Ипохондрические жалоб позволяли больным презентировать свое недомогание и жалобы во вне (врачам, близким). Более того, поскольку лимфопролиферативные заболевания не имеют конкретную локализацию, больные «прислушивались» к своей внутренней телесности, которая является одним из источников формирования отношения к болезни. По мере лечения заболевания возрастала информированность пациентов о болезни и лечении, в этой связи ипохондрические жалобы становились более конкретными, специфическими и отражали взгляды больного на болезнь, его гипотезы, ожидания и могли являться запросом к окружающим на получение понимания, сочувствия и информации о заболевании. Следует отметить, окружающие не всегда понимают запрос больного, а неудовлетворение этого запроса, в свою очередь, может приводить к концентрации психической жизни больного на болезни.

Астенические жалобы больных соответствовали клинической картине заболевания. На этапах, когда болезнь находилась в активной фазе, астеническая симптоматика имела взаимосвязь с нарушением социальных контактов (р<0,05). На этапе ремиссии число жалоб астенического характера уменьшалось, но жалобы, указывающие на нарушение социальных контактов, по-прежнему являлись ведущими, что может быть отражением актуализированных в связи с заболеванием экзистенциальных проблем, одним из проявлений которых является экзистенциальная изоляция.

На всех этапах заболевания у больных злокачественными лимфомами отмечены различия в выраженности и частоте доминирования жалоб невротического регистра в зависимости от возрастного критерия: на этапах до лечения и при первичном лечении у пациентов до 40 лет, в сравнении с более старшими, реже встречаются депрессивные расстройства (20% и 52,4% соотв., р<0,05), аффективная напряженность (30% и 71,4% соотв., р<0,02), при ниже выраженность шкал депрессивных и дереализационных расстройств (р<0,03). Однако при возникновении рецидива заболевания они более выше выраженность шкал аффективной напряженности (р<0,02), ананкастических расстройств (р<0,05). Это может свидетельствовать о том, что более молодые больные только при рецидиве начинали осознавать угрозу своему здоровью в связи с заболеванием.

Процесс формирования отношения к болезни связан с возможностями психологической адаптации человека, к которой относится совладающее поведение. Совладающее поведение опирается на оценку человеком своих возможностей и проявляется в форме различных стратегий на когнитивном, эмоциональном, поведенческом уровнях. Исследование интернальности больных злокачественными лимфомами (УСК) показало, что у большинства пациентов на этапах, когда болезнь находилась в активной фазе, выявлялся пониженный уровень интернальности в сфере здоровья: эти больные ощущали тревогу и неуверенность, чувствовали себя неспособными контролировать ситуацию, связанную со здоровьем, не осознавали своих реакций на болезнь, не находили смысл в происходящем. Сниженный уровень интернальности с отношение здоровья у пациентов с рецидивом заболевания, несмотря на опыт болезни, может свидетельствовать о психической травматизации личности больного в ситуации возвращения заболевания. У большинства пациентов на этапе ремиссии выявлялся умеренный уровень интернальности в сфере здоровья. На этапе ремиссии интерналов было больше среди пациентов до 40 лет, по сравнению с более старшими больными (р<0,02), что проявлялось в любопытстве к собственной жизни, во внимании к своим личностным потребностям, в ответственном выборе своего поведения.

Анализ взаимосвязи отношения пациентов к болезни и их интернальности в сфере здоровья показал, что больные злокачественными лимфомами до лечения и при первичном лечении не проявляют явных признаков дезадаптации в связи с ситуацией заболевания, когда не принимают в расчет состояние своего здоровья: обнаружено обратная взаимосвязь интернальности в сфере здоровья с анозогнозическим (r=-0,48, р<0,01) и прямая с дезадаптивными (r=0,59, р<0,05) компонентами отношения к болезни. На этапах до лечения и при первичном лечении принятие заболевания, осознание ответственности за свое здоровье больными сопровождается дезадаптацией, что конгруэнтно травмирующей ситуации, но не всегда понимается и принимается обществом.

На этапе ремиссии обнаружена обратная взаимосвязь между интернальностью пациента в сфере здоровья и дезадаптивными компонентами отношения к болезни (r=-0,54, р<0,05): можно предположить, что пациенты в ремиссии адаптированы к ситуации заболевания за счет изменения отношения к своему здоровью.

Результаты исследования копинг-стратегий в структуре совладающего поведения показали, что больным злокачественными лимфомами свойственны адекватные ситуации когнитивные стратегии, которые способствовали снижению эмоционального напряжения, однако при длительном их использовании они могут блокировать переживания. На эмоциональном уровне наиболее часто использовался «оптимизм», который мог быть как адекватным (реальным), так и неадекватным (защитным). На поведенческом уровне, несмотря на когнитивную переработку ситуации заболевания, действовали не всегда конструктивные стереотипы. Это указывало на то, что у данных больных мысли и чувства разобщены. Для целостного переживания травмирующей ситуации необходимо признание негативных чувств, так как только в процессе их переживания можно принять изменившуюся реальность.

Таким образом, специфической особенностью отношения к болезни пациентов злокачественными лимфомами является длительный период отрицания злокачественного характера заболевания, что обуславливает отсроченность психологический травматизации больных, в сущности, она наблюдается только при рецидиве заболевания. Профессиональная психологическая помощь онкологическому пациенту, направленная на принятие им злокачественного характера болезни не только на когнитивном, но и на эмоциональном уровне, способствует более адекватной психологической адаптации больного к заболеванию и лечению.

**Литература:**

1. Бажин Е.Ф., Голынкина Е.А., Эткинд А.М. Опросник уровня субъективного контроля личности (УСК) – М.: Смысл. - 1993. – 16 с.
2. Вассерман Л.И. Медицинская психодиагностика: Теория, практика, обучение / Л.И. Вассерман, О.Ю. Щелкова// СПб. – М.: Изд. Центр «Академия». 2003. – 736 с.
3. Карвасарский Б.Д., Абабков В.А., Васильева А.В. Копинг-поведение у больных неврозами и его динамика под влиянием психотерапии // Пособие для врачей. - СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева. - 1999. -22с.
4. Психологическая диагностика отношения к болезни // Пособие для врачей Авторы-сост. Л.И. Вассерман и др. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева. - 2005. – 31с.
5. Психодиагностическая методика для определения невротических и неврозоподобных нарушений: пособие для врачей и психологов / Сост. В.А. Абабков и др. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева. - 1995. – 21 с.
6. Чулкова В.А., Шиповников Н.Б. Восстановление трудоспособности больных лимфогранулематозам после радикального лечения (социально-психологическое исследование) // Тез. докл. IV Всесоюзн.съезда онкол. – Л. 1986. - с. 401- 402.
7. Flechtner H. Fatigue and quality of life: lesson from the real word / H. Flechtner, A. Bottomley // Oncology. 2003, vol.8, supl.1. - P.5-9.

**6.5. Психологическое исследование больных раком легкого**

Пестерева Е.В., Чулкова В.А.

По отношению к раку легкого существует устойчивое представление о влиянии социальных факторов и образа жизни на его возникновение. Можно предположить, что люди, заболевшие раком легкого, в отличие от больных с другими локализациями опухолей, могут связать возникновение заболевания со своим образом жизни и вредными привычками. Это, в свою очередь, может влиять на восприятие и отношение к болезни [4].

Было исследовано 99 больных раком легкого (76 мужчин и 23 женщины) на этапе первичного лечения на торакальном отделении НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова и в Российском научном центре радиологии и хирургических технологий (РНЦРХТ). С помощью клинико-психологического метода (наблюдение, клиническая беседа) изучалась содержательная сторона переживаний пациентов (приложение 4). Экспериментально-психологический метод был направлен на выявление невротической симптоматики у пациентов (ОНР-СИ) [2] и типа их отношения к болезни (ТОБОЛ) [3], а также изучение интернальности больных, в том числе в области здоровья (УСК) [1] (приложение 4).

Как правило, пациенты обнаруживали свое заболевание в результате планового осмотра (на работе) после прохождения флюорографии, либо самостоятельно обращались к врачу с жалобами на симптомы ОРВИ (кашель, одышка, высокая температура), или иные (аритмия, боли в пояснице, суставах). В последнем случае нередко первичным диагнозом ставилась пневмония, и только спустя какое-то время больного отправляли на обследование с подозрением на онкологическое заболевание. Запущенная простуда, воспаление легких являлись причиной заболевания, по мнению больных, в 32% случаях.

Принимали злокачественный характер своего заболевания («рак», «рак легкого», «онкология», «можно продлить жизнь, но излечить нельзя, так как рак есть рак»), 26,3% больных отрицали злокачественный характер болезни («просто опухоль», «потерушка», «полипы», «диагноза не знаю», «какое-то затемнение в легких») 47,4% больных раком легкого. У 26,3% больных частично признавали злокачественный характер своей болезни. С одной стороны, больные говорили о своем заболевании, указывая на тяжесть предстоящего лечения, с другой стороны, - им были свойственны высказывания: «Отпустили бы домой, не может быть, что все настолько серьезно» и предлагали свои версии заболевания.

Половина больных (50%) полагали, что возникновение заболевания как-то связано с курением, 29% - со стрессом, нервным напряжением в течение жизни, 29% - с вредными условиями труда, 13% - с воздействием различных (не сигареты) канцерогенов («вода плохая» «лекарства в аптеке - подделка»), 8% - говорили про наследственность («отец и брат умерли от рака»).При этом 32% обследованных больных указывали, что «искать причины – забивать голову». Они же отмечали, что «лишней информации о болезни не надо, хватает той, которую сообщает врач».

Большинство пациентов (71%) выражали свое отношение к лечению следующим образом: «унывать нельзя», «буду стараться лечиться и не менять темпа жизни». Оставшиеся 29% - указывали, что лечение заболевания связано с большой неопределенностью, они жаловались на депрессивное состояние, «апатию - хоть на веревке тащи».

Четверть пациентов (24%) отметили, что их жизнь в связи с заболеванием значительно изменилась («круг общения сузился», «деньги не зарабатываю», «очень резко с работы уволили», «изменилось многое, ходить не могу»), 55% пациентов указали на незначительные изменения («бросил курить», «вроде, что-то изменилось»).

Изучение особенностей реагирования на заболевание (ТОБОЛ) выявило условно-адаптивное отношение к болезни у 53,5% больных, при этом доминировал эргопатический тип, свидетельствующий о стремлении, несмотря на болезнь, продолжать привычную активную жизнедеятельность, работать. У пациентов с дезадаптивном отношении к болезни преобладали тревожный, сенситивный, смешанный и диффузный типы.

Анализ результатов отношения к болезни показал, что у больных с отрицанием злокачественного характера болезни и у больных, принимающих злокачественность своего заболевания, преобладали адаптивные типы отношения к болезни (61,5% и 55,3% соответственно). При частичном признании злокачественного характера болезни у большинства больных (57,6%) выявлено дезадаптивное отношение к болезни.

Анализ результатов выраженности невротической симптоматики (ОНР-СИ) показал преобладание у пациентов следующих жалоб невротического спектра: расстройства сна, астения, аффективная лабильность, аффективная напряженность, ипохондричность, соматовегетативные расстройства. Данная симптоматика была более выражена у больных с частичным признанием злокачественного характера заболевания, в сравнении с теми, кто отрицал злокачественный процесс болезни (р<0,005). У больных с отрицанием в 81% (20 чел.) случаях была низкая выраженность невротической симптоматики. При признании злокачественного процесса невротическая симптоматика имела высокий уровень выраженности у 6% (3 чел.) больных и умеренный уровень – у 47% (22 чел.) больных, что являлось адекватным в условиях болезни и признания ее пациентом.

Исследование интернальности (УСК) показало, что в целом у больных раком легкого снижены показатели по шкале интернальности в отношении здоровья и болезни (3-4 стена), даже если показатели по шкале общей интернальности были высокими (5стенов и более). Пациенты не воспринимали себя ответственными за свое здоровье и лечение, а полагалась на других людей, в первую очередь, на врачей. **При этом пониженный и низкий локус-контроль личности был свойственен именно пациентам с отрицанием и частичным признанием злокачественного характера болезни, что предполагает такие особенности личности как неуверенность, эмоциональная неустойчивость, то есть отсутствие веры в свои силы и ресурсы. Так, у** большинства больных, отрицающих и частично признающих злокачественный характер заболевания (65% и 73% соответственно), были низкие показатели как общей интернальности, так и интернальности в сфере здоровья. Эти пациенты воспринимали состояние своего здоровья скорее зависящим от внешних воздействий и случайностей, чем от собственного образа жизни, они не принимали ответственности за свое здоровье и жизнь в целом, а лечились «потому, что так надо» и предпочитали зависимость от врачей.

Вместе с тем для 70% больных, признающих злокачественный характер заболевания, характерен умеренный общий уровень интернальности, что связано с такими особенностями личности, как эмоциональная устойчивость, уверенность, социальная активность и самоуважение. Из них у 59,6% выявлен умеренный уровень интернальности в сфере здоровья. Эти больные допускали причинную зависимость между своими действиями, заболеванием и возможностью выздоровления, осознавали роль собственной сознательной активности в лечебном процессе. Принятие заболевания с витальной угрозой связано с ответственностью больного за свою жизнь и здоровье, способностью осознавать происходящее в его жизни и понимать свое состояние.

Таким образом, у больных раком легкого, отрицающих злокачественный характер заболевания, в большинстве случаев выявлялись условно-адаптивное отношение к болезни и низкая выраженность невротической симптоматики. Отрицание, являющееся бессознательной защитой личности, смягчает психическую травматизацию больного в связи с заболеванием и его лечением, но в то же время, мешает освоению информации и принятии болезни. Эти больные не склонны нести ответственности за свое здоровье и жизнь в целом. Данная позиция способствует неадекватному отношению больного к заболеванию, затрудняет его взаимоотношения с близкими (особенно в ситуации ухудшения состояния), формирует эмоционально зависимые отношения с окружающими, в том числе с медицинским персоналом. Чрезмерное следование врача защитным реакциям больного, совместные отрицание злокачественности заболевания может привести к разрыву коммуникации, к изоляции и одиночеству больного.

У большинства больных с частичным признанием злокачественного характера своего заболевания диагностируются выраженная невротическая симптоматика и дезадаптивное отношение к болезни. Быстрое разрушение психологической защиты личности сделало их очень уязвимыми. Низкий уровень интернальности не позволяет мобилизовать новые как внутренние, так и внешние ресурсы.

Для пациентов, признающих злокачественный характер своей болезни, характерен умеренный уровень общей интернальности: ответственное отношение к событиям своей жизни способствует принятию реальности. Интернальность пациентов в области здоровья указывает, что они осознанно относятся к процессу лечения, берут на себя ответственность, чтобы проанализировать свой образ жизни, чувства, которые не способствуют лечению.

**Литература**:

1. Бажин Е.Ф., Голынкина Е.А., Эткинд А.М. Опросник уровня субъективного контроля личности (УСК) – М.: Смысл. - 1993. – 16 с.
2. Психодиагностическая методика для определения невротических и неврозоподобных нарушений: пособие для врачей и психологов / Сост. В.А. Абабков и др. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева. - 1995. – 21 с.
3. Психологическая диагностика отношения к болезни // Пособие для врачей Авторы-сост. Л.И. Вассерман и др. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева. - 2005. – 31с.
4. Симонова О.Н., Корытова Л.И., Мусс В.Ф., Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Информированность больного раком легкого о заболевании и его психологическая адаптация // Вопросы онкологии. - 2008. - Т.54, №1. – С.82 - 85.

**6.6. Психологическое исследование**

**больных раком предстательной железы**

Вагайцева М.В.

В настоящее время во всем мире и в России изменилась возрастная структура заболевания раком предстательной железы (РПЖ): за последние 15 лет число заболевших мужчин в возрасте 50-55 лет удвоилось. Скрытое течение заболевания, как правило, приводит к оперативному вмешательству – простатэктомии. При этом неспецифическое переживание заболевания раком у больных РПЖ, свойственное всем онкологическим пациентам и связанное с угрозой жизни, дополняется, как правило, эмоционально значимым переживанием угрозы половой состоятельности. После операции пациент должен адаптироваться не только к изменениям, связанным непосредственно с онкологическим заболеванием (медикаментозная интоксикация, астения, возможность рецидива), но и к специфическим последствиям лечения, что обусловливает целую гамму психологических проблем, с которыми пациент сталкивается после операции.

Было исследовано 107 мужчин, больных раком предстательной железы на различных этапах заболевания и лечения: в процессе лечения – 37 человек, в ремиссии от 3 до 10 лет – 35 человек, на стадии паллиативного лечения - 35 человек. Распределение по возрасту было следующим: от 48 до 63 лет - 30,8%, от 64 до 72 лет - 38,3% и от 73 до 84 лет - 30,8%. Исследование проводилось в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова и в Хосписе №1 (Лахта, СПб).

*Большинство пациентов не испытывали физического беспокойства на момент диагностирования рака: 89% узнали о своем заболевании случайно*. При этом 84% мужчин описывают сильные переживания, связанные с обнаружением заболевания, остальные пациенты, по их словам, относятся к болезни спокойно или отрицают какие-либо переживания в связи с раком.

*Большинство пациентов (76,6%) относятся к самому диагнозу спокойно («это может случиться с каждым»)*, переживают чувство стыда - 6,5% больных, испытывают чувство страха - 4,7% больных, у некоторых пациентов (2,8%) присутствует героическое переживание. Обнаружены статистически значимые различия в зависимости 1) от возраста: в группе от 64 до 72 лет выбор ответа «это может случиться с каждым» встречается реже, чем в группе от 73 до 84 лет и 2) от этапа развития заболевания: выбор ответа «это может случиться с каждым» в группе ремиссии делают чаще, чем в группах лечения и паллиативной лечения, выбор ответа «все равно» в группе ремиссии выбирают реже, чем в паллиативной группе.

**Клинико-психологический метод**

*Преобладающее число больных (71%) считает, что решение о проведении операции принадлежит исключительно врачу, а они лишь только вынуждены были подчиниться врачебному решению*. Четверть пациентов (29%) отмечают, что после информации врача, они сами принимали участие в принятии решения об операции.

*Распределение мнений больных о трудностях периода заболевания оказалось примерно одинаковым:* считают самым трудным периодом выбор лечения 29,9% больных, восстановительный период – 26,2%, период после операции – 24,3% , период постановки диагноза - 19,6% больных. Пациенты, находящиеся в ремиссии более 3-х лет, в возрасте старше 65 лет демонстрируют принятие своего заболевания и последствий, связанных с ним. Пациенты в возрасте от 48 до 65 лет описывают тревогу в связи с последствиями заболевания, отмечают чувство обиды либо вытесняют переживания: «стараюсь не думать об этом».

*Более, чем для половины больных (55,1%) важнейшим фактором являлся их собственный характер, поддержка жены оказывалась очень важной для 28,0% пациентов, информированность о заболевании поддерживала 12,1% пациентов.* Большинство опрашиваемых пациентов состоят в браке более 30 лет. Они оценивают взаимоотношения в семье как хорошие с высоким уровнем взаимопонимания (86,0%). Отмечают, что отношения в семье не изменились после заболевания (67,3%), а у некоторых даже улучшились (29,9%). Ощущают, что их в семье любят (48,6%) и поддерживают (29,6%), что необходимы семье (25,1%). Лишь 5,7% больных считают, что близкие только выполняют долг («я – обуза», «я такой не нужен»). Практически всеми (89,7%) отмечается, что жена в семье больного раком предстательной железы играет главенствующую роль. Она несет ответственность не только за решение семейных и бытовых вопросов, но и за разрешение трудностей и проблем в жизни пациента. Одинокие мужчины в ходе беседы демонстрируют более высокий уровень тревоги.

*Отношение к болезни изменилось: у 42,1% пациентов оно улучшилось, стало хуже лишь 7,5% больных.* У 31,8% пациентов отношение к болезни осталось без изменений, а 18,7% больных избегают думать о болезни. Статистически значимые различия обнаружены в выборе ответа «стало хуже». Отношение к болезни стало хуже в группе паллиативного лечения.

*Жизнь вследствие заболевания не изменилась у 34,6% больных, а 31,8% пациентов изменили свой образ жизни.* Отметили изменение отношений 6,5% больных. Физическая боль появилась у 16,8%, а душевные переживания – у 10,3% больных. Статистически значимые различия между группами распределились следующим образом: 1) в группе паллиативного лечения ответ «нет изменений» выбирался чаще, чем в группе лечения, 2) в группах лечения и ремиссии чаще говорят о появлении физической боли, чем в группе паллиативного лечения.

*Спокойно относятся к изменениям в жизни 31,8% пациентов, тревогу и беспокойство испытывают 23,4% больных, а страх и отчаяние – 7,5%.* При этом страх и отчаяние чаще возникает в группе лечения, чем в группе ремиссии (р<0,05), а тревога и беспокойство - в группе ремиссии чаще, чем в паллиативной группе (р<0,01).

**Экспериментально-психологический метод**

*Профиль типов отношения к болезни всей выборки показывает, что эргопатический компонент отношения к болезни имеет самую высокую среднюю шкальную оценку (56,1%).* Это указывает на стремление пациентов продолжать активную деятельность. Анозогнозический компонент второй по величине шкальной оценки (45,%) говорит о стремлении вытеснить факт заболевания. Третий по величине компонент шкальной оценки - гармонический (39,3%) - указывает на адаптацию к изменениям, связанным с заболеванием. Дальнейшее распределение средних шкальных оценок в выборке таково: тревожный (15,9%), ипохондрический (14%), неврастенический (10,3%), эгоцентрический (8,4%), апатический (7,5%), паранойяльный (6,5%), сенситивный (4,7%), и меланхолический (1,9%).

**Я - структурный тест Аммона**

Протестировано было только 84 человека, тест имеет большой объем, поэтому он не предлагался некоторым пациентам с выраженной анемией из группы паллиативного лечения. Я-структурный тест Аммона указывает на уровень адаптации пациента к ситуации заболевания: нормальный или нарушенный. По этому признаку все пациенты были разделены на две группы: 1 группа (61,6%) – нормальный уровень адаптации к ситуации заболевания, 2 группа (38,4%) – нарушенный уровень адаптации к ситуации заболевания.

После математико-статистической обработки данных были получены статистически значимые различия между 1 группой с нормальным уровнем адаптации к заболеванию и 2 группой с нарушенным уровнем адаптации к заболеванию по следующим психологическим методикам и тестам:

**Клиническая беседа**

Для пациентов 1 группы с нормальным уровнем адаптации было характерно то, что они чаше (26,4%), чем больные 2 группы (0%), относились к заболеванию как событию, которое может случиться с каждым. В 1 группе реже (49,1%), чем во 2 группе (87,9%) отмечали наличие половой дисфункция. Пациенты 1 группы чаше имели работу или пенсию, что давало им социальный статус, занятость и материальное обеспечение. Пациенты 2 группы не имели работы.

**Тип отношения к болезни (ТОБОЛ)**

Анозогнозический тип отношения к болезни, свидетельствующий об отрицании злокачественного характера болезни или его вытеснении, более характерен для больных 1 группы (62,3%), чем для больных 2 группы (30,3%). Напротив, ипохондрический компонент отношения к болезни чаще представлен у пациентов 2 группы ( 21,2%), чем у пациентов 1 группы (5,7%). Указанное обстоятельство говорит о том, больные 2 группы чаще испытывают беспокойство и переживания в связи с заболеванием.

**Уровень субъективного контроля личности (УСК)**

Пациенты 1 группы показывают более высокую интернальность (2,36+0,11), они чаще, чем больные 2 группы (2,03+0,13), берут на себя ответственности за неудачи.

**Семантический дифференциал времени**

Пациенты 1 группы (6,07+0,41) воспринимают свое прошлое более позитивно, чем пациенты 2 группы (4,05+0,90), и оно у них лучше структурировано (5,08+0,76 и 2,33+1,19 соответственно).

**Шкала самооценки Дембо-Рубинштейн**

Согласно этой методике, большее число больных 1 группы, чем число больных 2 группы считает свою болезнь излечимой, их больше поддерживает семья. В целом, самооценка больных 1 группы выше и по категориям «ум» и «характер». Они чаще испытывают чувство радости.

Таким образом, сопоставление результатов исследования позволяет сделать следующие выводы:

* Для больных с нормальным уровнем адаптации характерен анозогнозический тип отношения к болезни, позитивное отношение к прошлому, более высокая самооценка.
* В группе мужчин в процессе лечения отмечается пониженный уровень принятия себя, своих достижений, компетентности, ощущение недостаточной привлекательности своей личности для окружающих, умеренная социальная зависимость. Существует склонность к возникновению или наличию в настоящее время тревожных, депрессивных, астенических состояний. Это соотносится с физическим состоянием послеоперационного периода, начальным периодом адаптации к изменениям, связанным с заболеванием.
* Пациенты, находящиеся в ремиссии более 3-х лет демонстрируют принятие своего заболевания и последствий, связанных с ними.
* Пациенты в возрасте от 48 до 65 лет описывают тревогу в связи с последствиями заболевания, отмечают чувство обиды либо вытесняют переживания - «стараюсь не думать об этом». Мужчины, в основном, скупо описывают переживания, связанные с половой дисфункцией. Чаще всего в этой связи звучит слово «обида». В случае спокойного отношения к последствиям операции описывают естественное затухание половой функции на момент постановки диагноза.
* Состояние своего здоровья 92% участников исследования скорее считают зависящим от внешних воздействий и случайностей, чем от своего образа жизни. В первый год заболевания - связывают возможность выздоровления преимущественно с деятельностью врачей или с благоприятным течением обстоятельств; в процессе лечения ориентируется на методы, не предполагающего активного участия пациента. В продолжительной ремиссии большинство исследуемых демонстрируют стремление преодолеть заболевание, неприятие роли «больного», восстановление ценностной структуры и активное социальное функционирование без отчетливых проявлений психической и социальной дезадаптации.

По результатам исследования можно сделать вывод, что компенсирующим факторами в отношении к болезни у больных раком предстательной железы являются особенности личности больного, семейный статус пациента и поддержка его жены, а также пожилой возраст заболевшего мужчины.

**Литература:**

1. Иовлев, Б.В. Психология отношений. Концепция В.Н. Мясищева и медицинская психология/ Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова // СПб.: «Сенсор». - 1999.-76 с.
2. Нюттен Ж. Мотивация, действие и перспектива будущего. Пер. с англ. Е. Ю. Патяевой, Н. Н. Толстых, В. И. Шевяховой // М.: Смысл. - 2004.-607 с.
3. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей/ Авторы сост. Л.И. Вассерман и др.// СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева. - 2005. – 31 с.
4. Семантический дифференциал времени как метод психологической диагностики личности при депрессивных расстройствах: пособие для психологов и врачей/ Авторы сост. Л.И. Вассерман и др. СПб.: НИПНИ им. В.М.Бехтерева. - 2005. - 24 с.
5. Тупицын Ю. Я., Бочаров В. В. Методика оценки уровня психического здоро­вья./В кн.: Психосоциальная реабилитация и качество жизни.// СПб.,2001.- С. 351— 361.
   1. **Психологическое исследование**

**больных c онкогинекологической патологией**

Пестерева Е.В., Чулкова В.А.

Онкогинекологический рак несет в себе угрозу психической травматизации для заболевшей женщины. Содержанием психической травмы для женщин с онкогинекологической патологией являются не только страх перед болезнью с витальной угрозой, но и, так называемый, «фемининный фактор», включающий страх потери женственности в связи с утратой органов, ее символизирующих, боязнь распада семьи, а у молодых женщин - страх потери детородной функции [1]. Кроме того, локализация онкологического процесса в гормонозависимых и гормонопродуцирующих органах нередко обуславливает развитие психоэндокринного симптомокомплекса со специфическими клиническими проявлениями [2]. Вследствие этого, женщины с указанной патологией испытывают тяжелый эмоциональный дистресс.

В онкогинекологическом отделении НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова медицинскими психологами были обследованы 41 пациентка в возрасте от 19 до 45 лет с диагнозами рак шейки матки (РШМ), рак тела матки (РТМ), рак яичников (РЯ), с I, II и III стадиями заболевания (34,1%, 34,1% и 31,8%, соответственно) на различных этапах заболевания: 15 чел. – «до операции», 26 чел. – «после операции». Большинство обследованных женщин имели с высшее и незаконченное высшее образование (60,9%), работали (82,9%),состояли в браке (68,3%) и являлись матерями (75,6%).

С помощью клинико-психологического метода (наблюдение, клиническая беседа) изучалась содержательная сторона переживаний пациенток (приложение №4). Экспериментально-психологический метод был направлен на изучение особенностей реагирования пациенток на заболевание (ТОБОЛ), оценку качества из жизни (EQRTCQLQ – C30) и тяжести тревожных/ депрессивных состояний (Госпитальная шкала тревоги и депрессии), характера и интенсивности соматических жалоб, связанных с состоянием здоровья (Гиссенский опросник соматических жалоб) [1-2] (приложение №5).

Клинико-психологическая беседа позволила выявить особенности отношения пациенток к болезни (отношение к диагнозу и лечению, субъективное восприятие болезни), а также отразить их социально-психологическую ситуацию в связи с заболеванием. Так, несмотря на то, что 51,2% женщин на момент постановки диагноза не имели опыта заболеваний (*«даже медицинской карточки не имела»),* большинство обследуемых пациенток признавали злокачественный характер своего заболевания: 60% - на этапе «до операции», 73% - на этапе «после операции». Вместе с тем, на этапе «до операции» пациентки без предоперационной терапии чаще считали, что у них *«предраковое состояние»,* в отличие от тех, кто уже прошел курс терапии (р=0,03).

В 70,7% случаев женщины полагали, что возникновение заболевания как-то связано с историей их жизни, отмечая связь между заболеванием и своим образом жизни. Анализируя свое прошлое, 63,4% пациенток считали, что причины болезни у них носят психогенный характер и связаны со стрессами, переживаниями, семейными конфликтами.

Пациентки отмечали, что испытывают сложности при сообщении о своем диагнозе и здоровье другим людям. При этом наиболее трудно сообщить о своей болезни было родителям (41,5%), мужу (29,3%), соседям (17,1%). Однако 73,2% пациенток указало, что именно информирование своих близких о случившемся позволило им получить поддержку, особенно в период от обнаружения заболевания до поступления в клинику.

Большинство (65,9%) пациенток отрицали изменение семейных отношений в связи с заболеванием. Из 68,3% пациенток, состоящих в браке, 75% женщин отрицали изменения в супружеских взаимоотношениях: мужья этих женщин вели себя по сложившему до заболевания стереотипу поведения *(«всё как всегда»*). Данное отрицание отражает страхи онкогинекологических пациенток в связи с заболеванием, также можно предположить, что мужья, в свою очередь, склонны защищаться от психотравмирующего факта заболевания жены.

Отмечали сильный страх 61% женщин перед лечебными процедурами: их пугало, состояние беспомощности, которое может возникнуть в связи с лечением, они опасались утраты женской привлекательности (страх кастрации). Наиболее тяжелым и опасным видом лечения (по представлению пациенток) являлась химиотерапия. При этом у 24,4% больных выявлялся тотальный страх *(«все страшно»).* Следует отметить, что на этапе «после операции» пациентки предъявляли больше страхов в отношении лечении (пугали беспомощность, истощение, боль, инвалидность) – ожидание негативных последствий, связанных с лечением, создавало дополнительное психоэмоциональное напряжение, которое проявлялось и на соматическом уровне.

Изучение особенностей реагирования онкогинекологических пациенток на заболевание (ТОБОЛ) выявило у 39% больных отношение к болезни без признаков нарушения психосоциальной адаптации, при этом преобладал эргопатический тип: эти женщины стремились, не смотря на болезнь, продолжать активную, в том числе профессиональную, деятельность. У 61% пациентки выявлялось отношение к болезни с признаками психосоциальной дезадаптации: у 60% пациенток на этапе «до операции» и у 73% на этапе «после операции». Дезадаптивное отношение к болезни в большинстве своем было представлено смешанными и диффузными типами. При этом в структуре отношения к болезни у больных «до операции» был выражен тревожный компонент: пациентки ощущали неопределенность в связи с предстоящей операцией, прислушивались к разговорам женщин, которые уже прооперированы, беспокоились о последствиях операции. В отличие от них, у пациенток на этапе «после операции» в структуре отношения к болезни выражен дисфорический компонент: дисфоричность в отношении к болезни проявлялась в виде раздражительности, гневливости, мрачного настроения, чувства зависти к здоровым, недовольства тем, что лечение не приносит отчетливого и быстрого результата. При этом женщины, осознающие свою повышенную раздражительность, были склонны объяснять свое настроение климактерическими проявлениями в связи с лечением. Вместе с тем, страдание, отражающееся на психическом уровне, независимо от его физиологической составляющей (например, гормональная перестройка) - это всегда душевная боль, которая, не имея конструктивного выхода, создает у пациентки внутреннюю напряженность и влияет на ее отношение к лечению, к болезни и жизни в целом.

Анализ показателей шкал опросника EORTC QLQ-C30 не выявил статистически достоверных различий отдельных показателей качества жизни пациенток в зависимости от локализации онкологического процесса (РШМ, РТМ, РЯ). Выявились различия качества жизни пациенток в зависимости от этапа лечения заболевания: на этапе «до операции» у женщин, независимо от того, проходили они предоперационную терапия или нет, были выше показатели ролевого (р<0,02) и когнитивного функционирования (р<0,03), менее выраженные симптомы утомляемости (р<0,01), боли (р<0,02), запоров (р<0,04), а также реже отмечаются жалобы на финансовые затруднения в связи с заболеванием (р<0,02).

Признание пациентками злокачественного характера заболевания сочеталось с более низкими показателями по шкале «когнитивное функционирование» (р<0,01) и более выраженными симптоматическими шкалами «утомляемость» (р<0,02), «потеря и аппетита» (р<0,03). Снижения качества жизни онкологического пациента в процессе принятия им злокачественного характера своей болезни не является неожиданным: это естественно, потому что больной испытывает душевные страдания. Только страдая, человек становится способным соотнести историю своей жизни с происходящим и восстановить душевное равновесие, нарушенное известием о заболевании. Выявлена связь между качеством жизни онкогинекологических пациенток и их способностью найти субъективную причину своего заболевания: больные, которые воспринимали заболевание как «*что-то внешнее*», «*событие, свалившееся на голову и не поддающееся осмыслению*», *«что-то не из моей жизни»* имели ниже показатели по шкале «физическое функционирование» (р<0,03).

У пациенток с высшим и незаконченным высшим образованием выше показатели по шкале «эмоциональное функционирование», по сравнению с теми, кто имел среднее образование (р<0,04). Можно предположить, что более высокий образовательный уровень пациентки являются предиктором её эмоциональной компетентности в собственном внутреннем мире: женщина лучше ориентируется в субъективном пространстве своей жизни и осознает значимость душевной работы. Анализ литературы подтверждает, что эмоциональное состояние онкологического больного определяется не только обстоятельствами возникновения заболевания и процессом лечения, но и целями, мотивами и ценностями заболевшего человека.

Личный опыт ранее перенесенных болезней (не онкологических) достоверно не влиял на показатели качества жизни пациенток. Однако наличие у них опыта взаимодействия с онкологическим больным взаимосвязано с более высоким качеством жизни по шкале «эмоциональное функционирование», в сравнении с теми, у кото данный опыт отсутствовал (р<0,04). Забота о человеке в ситуации заболевания с витальной угрозой – это присутствие в пространстве сильных переживаний, которое способствует соприкосновению помогающего со своими экзистенциями.

Семейный статус пациенток отражался на их качестве жизни: у женщин, состоящих в зарегистрированном браке были максимальные показатели по шкале «ролевое функционирование», в сравнении с теми, кто был разведен или состоял в гражданском браке (р<0,002). Кроме того, пациентки (34,1%), отмечающие, что их отношения в семье в связи с болезнью «стали лучше и крепче», имели более высокие показатели по шкале «ролевое функционирование» (p<0,01) и минимальные по шкале «финансовые во жизни, в сравнении с теми, у которых семейные отношения «не изменились»: обнаружены значимые различия по шкалам «утомляемость» (р<0,05), «боль» (р<0,03), «тошнота» (р<0,01), «запоры» (р<0,03), «диарея» (р<0,03). Все это подчеркивает то, что семья для человека в ситуации заболевания является одним из главных ресурсов. Статистически достоверных взаимосвязей между показателями качества жизни и наличием у женщин детей не выявлено, но на уровне тенденции отмечено, что у пациенток, имеющих детей, были более высокие показатели по функциональным шкалам - «социальное функционирование», «ролевое функционирование» *(«забота о детях «вырвет» из любого состояния»*). Однако у них также были более высокие показатели по шкалам «утомляемость», «нарушение сна», «финансовые затруднения».

Исследование тревоги и депрессии (Госпитальная шкала тревоги и депрессии) показало, что только у 39% женщин с онкогинекологической патологией обнаружена выраженная тревожная симптоматика: в 24,4% случаях – субклинически выраженная тревога, в 14,6% - клинически выраженная тревога. У большинства же больных как «до операции», так и «после операции» показатель уровень тревоги соответствовал нормативным показателям (70,1% и 71,5%, соотв.). Однако, учитывая выраженность тревожного компонента в структуре отношения к болезни, а также данные наблюдения за пациентками, можно предположить существование у них тревоги, маскирующей вследствие бессознательной психологической защиты под «защитный оптимизм», под которым скрываются тяжелые негативные эмоции. Выраженная депрессивная симптоматика (субклинический уровень) диагностировалась у 15,4% больных на этапе «после операции».

Изучение жалоб онкогинекологических пациенток по поводу состояния своего здоровья показало, что наибольшую выраженность имели жалобы астенического характера – ощущение слабости, усталость, вялость, сонливость (шкала «истощение»). Астеническая симптоматика связана с заболеванием и его лечением, а также может свидетельствовать о потребности пациенток в эмоциональной поддержке. Наряду с астеническими, преобладали «ревматические» жалобы: боли в пояснице или спине, в шее или плечевых суставах, головные боли, чувство тяжести в ногах. Данные жалобы в виде алгических или спастических болей в различных частях тела отражали субъективные страдания пациенток. Интенсивность астенических и «ревматических» жалоб была выше у больных на этапе «после операции» (р<0,05). Пациентки на этапе «после операции», в сравнении с этапом «до операции», более интенсивно предъявляли жалобы по поводу состояния своего здоровья в целом. Так, суммарный интегральный показатель (шкала «давление жалоб») достоверно выше у больных «после операции» (14,7 балла), по сравнению с больными «до операции» (7,7 балла) (р<0,05).

Большинство (68,3%) пациенток считали, что интенсивность и эмоциональная окрашенность их жалоб по поводу состояния своего здоровья связана с психологическим фактором - сильными негативными переживаниями в связи с заболеванием. Показано, что эти пациентки, в отличие от тех, кто связывал жалобы по поводу состояния своего здоровья с физическими/ физиологическими/ гормональными факторами, имели более высокое качество жизни (р<0,05): выражение и понимание, признание адекватности своих переживаний позволяет пациентки ощутить контроль своего эмоционального, что, в свою очередь, отражается на качестве ее жизни.

Следует отметить, для онкогинекологических пациенток характерна высокая выраженность, так называемых, неспецифических жалоб, которые не вошли в основные шкалы опросника. Некоторые из них отражали специфичность течения онкогинекологического заболевания - боли в нижней части живота, приступы жара и приливы, потливость, запоры и поносы, позывы к мочеиспусканию; другие же - дрожание, боли в горле, расстройства сна, повышенная чувствительность к холоду или к теплу, онемение конечностей, склонность к плачу - свидетельствовали о психосоматической составляющей страдания пациенток. Выраженность жалоб неспецифического характера имела отрицательную взаимосвязь с качеством жизни пациентки (р<-0,01).

Таким образом, при оказании психологической помощи онкогинекологическим пациенткам необходимо учитывать особенности их отношения к болезни на разных этапах лечения заболевания, а также социально-психологический статус заболевших женщин.

**Литература:**

1. Марилова Т.Ю. Особенности мотивационной сферы у онкологических больных (рак молочной железы): автор. дис. канд. психол. наук М. - 1984. - 26с.
2. Менделевич Д.Б. Клиническая и медицинская психология: практическое руководство. – М. – 2002. – 592 с.