

Статья 2

Психологическое исследование больных раком молочной железы

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.

Рак молочной железы (РМЖ) – социально 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 – $50,3 \pm 0,8$ 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 (ММПИ) [1, 2, 5], методика исследования фрустрационной 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 разделились 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- А – 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 ($p < 0,05$), 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 ($p < 0,05$); менее компенсированные больные чаще других считали причиной заболевания нервное напряжение в течение жизни ($p < 0,05$); 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 ($p < 0,05$); менее компенсированным (II-Б и III группы) больным было труднее сообщить о своем заболевании другим людям ($p < 0,05$); более компенсированные (I и II-А группы) больные чаще выражали уверенность в своей необходимости и в семье, и на работе ($p < 0,05$).

Анализ полученных с помощью ММРІ 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 ($41,7\% \pm 7,1\%$), затем она непрерывно уменьшается и становится наименьшей в III

группе ($21,8\% \pm 7,3\%$). Частота дезадаптивных тенденций имеет противоположную зависимость со степенью психологической компенсации: в I группе – $8,3\% \pm 4,0\%$ - она наименьшая, непрерывно возрастая, эта тенденция становится наибольшей в III группе – $34,4\% \pm 8,4\%$. 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 ($p < 0,05$).

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-A 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 менее компенсированных больных (II-B 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 ($60,5 \pm 1,6$) и декомпенсированными ($50,3 \pm 2,3$) 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 ($25,1 \pm 2,5$ баллов), сензитивный $22,1 \pm 1,6$ баллов) и тревожно-депрессивный типы отношения к болезни ($17,3 \pm 1,6$ баллов). Результаты сравнения шкальных оценок и методики ТООБ между больными с большей (I и II-A группы) и меньшей (II-B 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 - $51,3 \pm 0,8$ баллов; RX1 - $57,6 \pm 0,9$), к выписке уровни личностной (RX2 - $49,3 \pm 0,8$) и ситуативной (RX1 - $49,6 \pm 0,9$) тревожности снижались (в группе компенсированных больных до умеренного уровня RX2 - $43,6 \pm 1,1$ баллов; RX1 - $42,7 \pm 1,1$), самооценка повышалась по категории «здоровье» во всех группах, а по категории «счастье» - у компенсированных и частично компенсированных больных ($p < 0,05$).

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 курс 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 ($p < 0,05$) и для I и III групп ($p < 0,05$). 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 ней, 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 ММРІ) / 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 ММРІ. – 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.