

Статья 4

Психологическое исследование больных раком легкого

Пестерева Е.В., Чулкова В.А.

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.

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 дезадаптивным отношением 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 ($p < 0,005$). 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 (5стенев 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 принятию 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 невротоподобных 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., Корицова 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.