

## **Статья 5**

### **Психологическое исследование больных раком предстательной железы**

Вагайцева М.В.

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.

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 обуславливает 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: «старюсь 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 опрошенных 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. Одиноким мужчинам 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.* Отметим 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 ( $p < 0,05$ ), а тревога и беспокойство - в группе ремиссии чаще, чем в паллиативной группе ( $p < 0,01$ ).

### **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 чаще (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 чаще имели работу или пенсию, что давало им социальный статус, занятость и материальное обеспечение. Пациенты 2 группы не имели работы.

### **Тип отношения к болезни (ТОБОЛ)**

Анозогностический 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 ( $2,36 \pm 0,11$ ), они чаще, чем больные 2 группы ( $2,03 \pm 0,13$ ), берут на себя ответственности за неудачи.

### **Семантический дифференциал времени**

Пациенты 1 группы ( $6,07 \pm 0,41$ ) воспринимают свое прошлое более позитивно, чем пациенты 2 группы ( $4,05 \pm 0,90$ ), и оно у них лучше структурировано ( $5,08 \pm 0,76$  и  $2,33 \pm 1,19$  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 - «старюсь не думать об этом». Мужчины, в основном, скуп 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.