

А.Ю. Васильева

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ

Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев

Ключевые слова: онкобольные, злокачественные новообразования, непсихотические психические расстройства, личностные особенности больных.

На современном этапе развития онкологии большое внимание уделяется не только соматическому, но и психологическому и психиатрическому аспектам этой патологии. Этиопатогенез эмоциональных расстройств, наблюдающихся у больных со злокачественными новообразованиями, достаточно сложен и, на наш взгляд, требуется уточнение роли психологических механизмов в формировании у них непсихотических психических расстройств. Цель настоящего исследования — уточнение связи между личностными особенностями и формированием психической патологии непсихотического регистра у пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями различной локализации.

Материал и методы исследования

Проведено скрининговое обследование 450 пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями различной локализации и стадии опухолевого процесса, которые находились на стационарном лечении в Донецком областном противоопухолевом центре (ДОПЦ) в 2006–2007 гг. Все эти больные знали или догадывались о характере своего заболевания. Нами было получено информированное их согласие на участие в исследовании.

Первоначально выясняли представление пациентов о заболевании, включая его тяжесть и курбельность. При выявлении непсихотических психических расстройств у онкобольных оценивали их клинические проявления, время манифестации и особенности течения. На основании собранных анамнестических данных уточняли значимые биографические особенности (детский период развития, семейный анамнез, уровень образования и профессиональные особенности, наличие тяжелых стрессовых ситуаций и реакции пациентов на них).

Источниками информации об онкологическом диагнозе и соматическом состоянии больного служили история болезни, а также результаты патогистологического или цитологического исследования. Для математической обработки данных использован статистический пакет Medstat.

В основу настоящего исследования положены результаты патопсихологического исследования личности 450 пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями: 138 (30,6±2,2%) — с онкологической патологией желудочно-кишечного тракта (ОП ЖКТ) (новообразования желудка, ободочной и

прямой кишки), 210 (46,7±2,4%) — с онкогинекологической патологией (ОГП) (новообразования матки и яичников), 102 (22,7±1,9%) — с онкоурологической патологией (ОУП) (новообразования почек, мочевого пузыря и предстательной железы). Основную группу составили 313 (69,6±2,1%) больных с непсихотическими психическими расстройствами: 94 (30,0±2,6%) — с ОП ЖКТ, 152 (48,6±2,8%) — с ОГП и 67 (21,4±2,3%) — с ОУП. В соответствии с международной классификацией болезней 10-го пересмотра выявленные эмоциональные расстройства у 138 (44,1±2,8%) пациенток представлены депрессивными нарушениями в рамках симптоматических депрессивных расстройств (F 06.32), у 34 (10,9±1,7%) — в рамках расстройств адаптации — пролонгированной депрессивной реакции (F 43.21), у 46 (14,7±2,0%) — смешанной тревожно-депрессивной реакции (F 43.22). Преимущественно тревожные нарушения были представлены симптоматическими тревожными расстройствами (F 06.4) у 33 (10,5±1,7%) больных и расстройствами адаптации в виде реакций с преобладанием нарушения (F 43.23) — у 62 (19,8±2,5%). В контрольную группу вошли 137 (30,4±2,2%) пациентов, у которых не было обнаружено психических расстройств: 44 (32,1±3,9%) — с ОП ЖКТ, 58 (42,3±4,2%) — с ОГП и 35 (25,6±3,7%) — с ОУП. Комплексное клинико-психологическое исследование проводилось с использованием клинически ориентированного многофакторного опросника Мини-Мульт.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведенное с помощью методики Мини-Мульт исследование позволило определить средние значения шкал у пациентов со злокачественными новообразованиями различной локализации (табл. 1). Соотношение оценочных шкал L:F:K у пациентов с выявленными непсихотическими психическими расстройствами L:F:K=44:53:45 и у пациентов без психических расстройств L:F:K=44:50:43 свидетельствует о достоверности полученных результатов и возможности их интерпретации с учетом тенденции к максимальному самораскрытию и несколько утрированной откровенности (судя по отношению F и K).

При анализе личностного профиля пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями, у которых были выявлены непсихотические психические расстройства, обнаружены высокие показатели по шкалам Психастении (76±0,6 T-балла), Ипохондрии

Таблица 1

Уровень показателей по методике СМЛ у пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями

Шкала	Онкобольные с непсихотическими психическими расстройствами (n=313)		Онкобольные без психических расстройств (n=137)		Уровень значимости различия, p
	Me±m	Q ₁ - Q ₃	Me±m	Q ₁ - Q ₃	
L	44±0,5	41-51	44±0,3	39-47	0,87
F	53±0,7	51-57	50±0,2	49-51	0,45
K	45±0,5	43-51	43±0,3	41-44	0,39
1	72±0,5*	67-70	51±0,3	49-53	<0,001
2	71±0,6*	49-53	50±0,3	48-53	<0,001
3	66±0,6	53-63	49±0,3	48-52	<0,001
4	52±0,5	48-53	51±0,2	49-52	0,87
6	52±0,4	48-51	48±0,3	47-51	0,56
7	76±0,6*	79-84	51±0,3	49-53	<0,001
8	59±0,4	80-83	50±0,3	48-53	<0,001
9	38±0,6	47-51	49±0,2	48-52	<0,001

Примечания: L — шкала лжи, F — шкала достоверности, K — шкала коррекции, 1 — шкала Ипохондрии (Hs), 2 — шкала Депрессии (D), 3 — шкала Истерики (Hy), 4 — шкала Психопатии (Pd), 6 — шкала Паранойальности (Pa), 7 — шкала Психастении (Pt), 8 — шкала Шизоидности (Se), 9 — шкала Гипомании (Ma). * — Показатели, превышающие нормативные значения.

(72±0,5 T-балла) и Депрессии (71±0,6 T-балла) и низкие показатели по шкале Гипомании (38±0,6 T-балла) на фоне не выходящих за пределы нормативных показателей по остальным основным шкалам (не превышают 70 T-баллов).

Личностный профиль исследуемых больных отражает преобладание пассивной личностной позиции с ведущей мотивационной направленностью — сохранение жизни. Для них характерны следующие личностные особенности: высокий уровень осознания имеющихся проблем при неудовлетворенности и пессимистической оценке своих перспектив; склонность к раздумьям, инертность в принятии решений, выраженная глубина переживаний, скептицизм, самокритичность с неуверенностью в себе, своих возможностях. Обнаруженные высокие показатели отражают депрессивное настроение, негативные переживания, склонность к острому переживанию неудач, волнение, повышенному чувству вины с самокритичным отношением к своим недостаткам, неуверенность в себе. Повышение по 2-й шкале выявляет осознанный самоконтроль, когда нереализованные намерения отражаются в пониженном настроении. Замкнутость, отчужденность, обеднение контактов с людьми, пассивность больных с тяжелыми хроническими соматическими заболеваниями в значительной степени

обусловлены сужением круга актуальной мотивации, новой жизненной направленностью. Доминирование ведущего мотива сохранения жизни накладывает отпечаток на особенности восприятия мира, изменяет систему жизненных ценностей. Повышается эгоцентрическая ориентация, больные становятся более равнодушными к близким людям, резко сужается круг их интересов, ограничиваясь исключительно проявлениями тяжелого соматического заболевания.

Анализ анамнестических данных у большинства онкологических больных, страдающих непсихотическими психическими расстройствами, выявил, что незадолго до начала развития болезни имелись нерешенные проблемы, которые усилились или осложнились из-за серии стрессовых ситуаций, произошедших в период от полугода до полутора лет до возникновения рака. Типичная эмоциональная реакция онкологического больного на эти проблемы и стрессы заключалась в ощущении своей беспомощности, отказе от борьбы. Эта реакция приводила в действие ряд физиологических процессов, которые подавляли естественные защитные механизмы организма и создавали условия для возникновения и развития опухоли. В юности пациенты часто испытывали чувство одиночества и отчаяния. В ранний период зрелости больные либо устанавливали глубокие и очень зна-

Таблица 2

Уровень показателей по методике Мини-Мульт у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, страдающих злокачественными новообразованиями

Шкала	F 06.4 (n=33)		F 43.23 (n=62)		F 06.32 (n=138)		F 43.21 (n=34)		F 43.22 (n=46)	
	Me±m	Q ₁ - Q ₃	Me±m	Q ₁ - Q ₃	Me±m	Q ₁ - Q ₃	Me±m	Q ₁ - Q ₃	Me±m	Q ₁ - Q ₃
L	48±0,5	46-51	46±0,3	45-49	44±0,3	41-47	41±0,6	40-45	43±0,4	41-45
F	54±0,7	51-57	53±0,4	51-54	54±0,4	50-56	53±0,6	51-54	51±0,4	49-53
K	46±0,5	43-51	49±0,3	48-51	42±0,3	40-44	43±1,0	42-45	45±0,4	43-47
1	68±0,5	67-70	71±0,4**	68-72	68±1,1	58-74	76±0,2**	75-76	76±0,4*	74-78
2	51±0,6	49-53	51±0,4	49-52	96±0,4*	95-99	77±0,3**	76-78	77±0,2*	76-78
3	58±0,6	53-63	68±0,5	67-71	62±0,6	61-72	66±1,9*	57-76	75±2,3*	53-78
4	51±0,5	48-52	49±0,4	47-51	49±0,7	46-52	53±2,8	49-76	49±0,5	48-52
6	50±0,4	48-51	49±0,4	47-52	57±0,7	50-61	55±2,4	49-69	49±0,4	48-51
7	83±0,6*	79-84	73±0,4**	71-75	77±0,6*	73-80	66±1*	59-68	79±0,5*	77-81
8	81±0,4*	80-83	49±0,4	47-51	67±0,9	57-71	49±0,6	47-52	49±0,5	47-51
9	48±0,6	47-51	49±0,4	47-51	30±0,3	31-36	31±0,9	28-34	32±0,6	29-35

Примечание: см. табл. 1.

чимые для них интерперсональные отношения, либо получали огромное удовлетворение от своей работы. В данные отношения они вкладывали всю свою энергию, и это стало смыслом их жизни. Причины были самые разные — смерть любимого человека, переезд на новое место жительства, уход на пенсию, начало самостоятельной жизни их ребенка и т.д.

При анализе личности онкобольных с симптоматическими и адаптационными расстройствами нами выявлены определенные особенности, которые представлены в таблице 2.

У пациентов с симптоматическими тревожными расстройствами (F 06.4) обнаружены высокие показатели по шкалам Психастении ($83 \pm 0,6$ Т-балла) и Шизоидности ($81 \pm 0,4$ Т-балла) на фоне не выходящих за пределы нормативного разброса (не превышают 70 Т-баллов) показателей по остальным основным шкалам. При анализе полученных данных установлено, что исследуемые отличались неуверенностью в себе, нерешительностью, тенденцией к тщательной перепроверке своих поступков и проделанной работы, зависимой позицией, ориентацией на мнение окружающих, высокоразвитым чувством долга и приверженностью к общепринятым нормам, конформностью, тенденцией реагировать повышенным чувством вины и самобичеванием за малейшие неудачи или ошибки. Любой ценой они стремились избежать конфликтов, которые ими переживались чрезвычайно болезненно, пытались заслужить одобрение окружающих, а главное, что еще было для них труднее, получить собственное одобрение. При самокритичном отношении к себе таким лицам был свойственен большой разрыв между реальным и идеальным «Я», т.е. отмечалась устремленность к недостижимому идеалу. В связи с этим они постоянно находились в состоянии напряжения и неудовлетворенности. В сочетании с пиком по шкале 8 обнаруживался механизм интеллектуальной переработки и ограничительного поведения, направленного на избегание неуспеха, проявляющегося формированием навязчивых мыслей, страхов (склонность к бесконечному обдумыванию проблем), а также отгороженность, существующее чувство душевного дискомфорта, неуверенности, снижение общей продуктивности на фоне хронически протекающей тяжелой соматической болезни.

У 62 ($19,8 \pm 2,5\%$) пациентов с расстройствами адаптации в виде реакций с преобладанием нарушения эмоций (F 43.23) выявлены высокие показатели по шкалам Психастении ($73 \pm 0,4$ Т-балла), Ипохондрии ($71 \pm 0,4$ Т-балла) и Истерии ($68 \pm 0,5$ Т-балла). Пик по 7-шкале в сочетании с повышенными 1-й и 3-й шкалами — отражает проблему вытесненной тревоги и биологический способ защиты с конверсией психологического конфликта в физиологические нарушения, условно связанные с психотравмирующей ситуацией, у сенситивно-тревожной личности. Превалирование 1-й шкалы над 3-й выявляет пассивное отношение к конфликтам, уход от решения проблем, эгоцентричность, маскируемую декларацией гиперсоциальных установок. Наличие такого механизма защиты свидетельствует о неконструктивном стиле

переживаний и выраженной эмоциональной напряженности.

У 138 ($44,1 \pm 2,8\%$) пациентов с симптоматическими депрессивными расстройствами (F 06.32) ведущий пик по шкале пессимистичности ($96 \pm 0,4$ Т-балла) выявляет не только пониженное настроение в связи с негативными переживаниями, но и определенные личностные особенности: склонность к острому переживанию неудач, повышенному чувству вины с самокритичным отношением к своим недостаткам и неуверенностью в себе и осознанный самоконтроль, что делает их наиболее конформной и социально податливой группой. В сочетании с пиком по 7-й шкале ($77 \pm 0,6$ Т-балла) и низкими показателями 9-й шкалы ($30 \pm 0,3$ Т-балла) тревожно-мнительные черты личности усугубляются, а повышенные 1-я и 8-я шкалы выявляют внутреннюю напряженность, тревожность, склонность к формированию навязчивых мыслей ипохондрического содержания, трудности социальной адаптации, инертность, пассивность, замкнутость, внутреннюю опустошенность, утрату прежних интересов. Для них характерны повышенная истощаемость, пассивность, сниженный фон настроения, ригидность.

У 34 ($10,9 \pm 1,7\%$) пациентов с пролонгированной депрессивной реакцией (F 43.21) обнаружены высокие показатели по шкалам Депрессии ($77 \pm 0,3$ Т-балла) и Ипохондрии ($76 \pm 0,2$ Т-балла), что отражает невротический сверхконтроль, капризность, требовательность в лечении, отсутствие свободной самоактуализации, нетерпеливость и несдержанность. У данной категории больных мы отмечаем черты дистимичности, повышенной сензитивности к критическим высказываниям окружающих, чувство соперничества. В их поведении борьба с болезнью трансформируется в борьбу за право считаться больным, так как статус больного неосознанно представляет собой нечто вроде алиби по отношению к чувству вины за недостаточную социальную активность.

В личностном профиле 46 ($14,7 \pm 2,0\%$) пациентов со смешанной тревожно-депрессивной реакцией (F 43.22) выявлено сочетание высоких результатов по шкалам Ипохондрии ($76 \pm 0,2$ Т-балла), Депрессии ($77 \pm 0,2$ Т-балла) и Истерии ($75 \pm 2,3$ Т-балла) на фоне пика по шкале Психастении ($79 \pm 0,5$ Т-балла), что отражает озабоченность состоянием здоровья и выявляет механизм защиты по типу «бегства в болезнь», эгоцентризм, болезненное самолюбие, выраженную напряженность, трудности в социальной адаптации вследствие конфликта между тенденцией к повышенному самоконтролю, импульсивностью поступков и обидчивостью.

Таким образом, психические изменения у больных, страдающих злокачественными новообразованиями, в значительной мере определяются преморбидными особенностями личности. Психологическое дистрессовое воздействие онкологического заболевания и вызванные им личностные реакции приводят к нарушению процесса коммуникационного взаимодействия, что отрицательно сказывается на нервно-психической сфере больных, формируя у них психоэмоциональные расстройства и дезадаптивное поведение.

Литература

1. Дудниченко А.С., Дышлевая Л.Н., Дышлевой А.Ю. О важности оценки психического состояния онкологических больных и членов их семей // Пробл. мед. науки та освіти. — 2003. — № 3. — С. 23–28.
2. Тхостов А.Ш. Психологический анализ изменений личности при некоторых онкологических заболеваниях: Автореф. дис. ... канд. мед. наук — М., 1980. — 18 с.
3. Grassi L., Sabato S., Rossi E. et al. Depressive and anxiety disorders among cancer patients: Screening methods by using

the distress thermometer compared to the ICD-10 // Abstracts of the 8th world congress of psycho-oncology. — 2006. — № 15 (2). — P. 169.

4. Pramod D.S., Salgokar R.N., Nirmalkumar A.R., Vaishali P.S. Psychological assessment in patients with oncopathology: Need to break psychological barriers // Abstracts of the 8th world congress of psycho-oncology. — 2006. — № 15 (2). — P. 145.

5. Pugliese P., Nisi E., Garufi C., et al. The impact of psychological intervention on anxiety and depression in advanced colo-rectal cancer patients submitted to chemotherapy // Psycho-Oncology. — 1998. — V. 7, № 3. — P. 170.

ОСОБИСТІНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ ІЗ ЗЛОЯКІСНИМИ НОВОУТВОРЕННЯМИ

Г.Ю. Васильєва

У статті наведено особистісні особливості хворих, які страждають на онкологічні захворювання різної локалізації, та уточнено зв'язок між психологічними чинниками особистості та формуванням непсихотичних розладів психіки у хворих на злоякісні новоутворення.

Ключові слова: особистісні особливості, хворі на злоякісні новоутворення.

PERSONALITY PECULIARITIES OF PATIENTS SUFFERING FROM MALIGNANT NEOPLASMS

A.Yu. Vasylyeva

The personality peculiarities and connection with personality and development of the non-psychotic psychic disorders in patients suffering from malignant neoplasms are in the article.

Key words: personality peculiarities, cancer patients.

Поступила 26.08.2009