

ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ И ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ У ОНКОБОЛЬНЫХ РАЗНОГО ПОЛА

В.Г. Асеев (Иркутск)

Аннотация. Излагаются результаты пилотажного (предварительного) изучения психического состояния онкобольных мужского и женского пола и их отношение к болезни. Установлено, что для обеих групп обследованных характерен ярко выраженный синдром депрессии, причём у женщин он проявляется слабее. Тип отношения к болезни имеет многокомпонентную структуру: на доминирующий у больного тип (например, тревожный) «накладываются», как правило, негативные черты других типов – неврастенического, апатического, ипохондрического.

Ключевые слова: психические состояния депрессии и тревожности; типы отношения к болезни у онкобольных мужского и женского пола.

Известно, что любая болезнь, кроме типичных для нее клинических проявлений, сопровождается более или менее серьезными изменениями психики больного. Эти проявления особенно ярко выражаются у больных с различными видами злокачественных опухолей. Постановка диагноза «рак» вызывает тяжелейший психоэмоциональный стресс, который нередко сопровождается целым рядом негативных психических состояний: тревогой, депрессией, ипохондрией, апатией и др. Эти состояния существенным образом углубляют течение болезни. Не случайно многие специалисты (ученые и практики) высказывают обоснованное мнение, что не только успех лечения, но и социально-психологическая реабилитация, возвращение к полноценной жизни в семье и обществе во многом зависят от психического состояния больного, от его отношения к болезни и активной личностной позиции, направленной на борьбу с недугом.

В последние десятилетия интерес к проблеме психических состояний значительно усилился со стороны не только психологов, но и медиков. Особенно большое внимание в общепсихологической и медицинской научной литературе уделяется описанию состояния тревоги. Основополагающие подходы к его изучению и соответствующие теоретические концепции представлены в работах Н.Д. Левитова [5], А.О. Прохорова [10], Г.В. Залевского [4], Б.Е. Петерсона [9], В.М. Астапова [1], А.В. Гнездилова [2], Т.А. Немчина [8], А.В. Чаклина [16], Н.А. Русиной [11], З. Фрейда [15], Е. Спилбергера [14], Р. Мэй [7], К. Саймонтона и С. Саймонтона [12] и многих других ученых.

По мнению большинства авторов, тревога – закономерная психологическая реакция в ситуации неопределенности и ожидания, которая характеризуется дефицитом информации и непрогнозируемым исхо-

дом. В отличие от эмоции страха, которая является реакцией на какую-либо конкретную опасность, тревога проявляется как ощущение и ожидание неопределенной угрозы, характер и время возникновения которой не поддается предсказанию. У онкобольных тревога является ведущим компонентом их стрессового психоэмоционального состояния. Именно степень выраженности данного симптома служит основным ориентиром при оценке характера и силы психогенной реакции больного на действие стрессора (постановка диагноза «рак»).

Особенность состояния тревоги выражается в том, что оно в значительной степени определяет внутреннее, субъективное отношение больного к своей болезни, «внутреннюю картину болезни» [6]. При адекватном типе реагирования люди правильно оценивают свое состояние и перспективы лечения, их оценка совпадает с оценкой врача. Однако в большинстве случаев реакции на болезнь располагаются на двух противоположных полюсах [8]. На одном полюсе представлены явления анозогнозии (субъективная недооценка, отрицание болезни), а на другом – явление гипернозогнозии (разные формы переоценки болезни). Образно явление анозогнозии сравнивают с «бегством от болезни», а гипернозогнозии – с «уходом в болезнь».

Знакомство с научной литературой показывает, что в области онкологии есть еще целый ряд психологических вопросов, которые заслуживают дальнейшего изучения. Например, нет сколько-нибудь полных сведений о возрастных психологических различиях в реакциях на болезнь – приводятся лишь отдельные сведения, что пациенты сравнительно молодого возраста (моложе 40 лет) обнаруживают более тяжелые психогении, чем лица старшего и старческого возраста. Молодые и более образованные люди демонстрируют большую глубину и разнообразие психопатологических проявлений, чем пожилые и менее образованные. Недостаточно изучены также особенности психических состояний, их динамика у мужчин и женщин, половые различия пациентов в их отношении к болезни и другие вопросы. Все это существенно тормозит разработку комплексного подхода к профилактике, лечению и последующей реабилитации больных раком.

В настоящей статье речь пойдет о результатах нашего предварительного (пилотного) исследования, цель которого – выявить особенности психического состояния и отношение к болезни у онкобольных мужского и женского пола. Мы считаем, что изучение этого вопроса имеет существенное значение для понимания психологических аспектов онкологических заболеваний и их лечения, а также для организации последующей профессиональной и социальной реабилитации указанных категорий больных.

Исследование проводилось на базе Иркутского областного онкологического диспансера. В качестве обследуемых в нем приняли участие пациенты с тяжелыми формами онкологических заболеваний (рак

желудка, рак прямой кишки, опухоль мозга) в возрасте 45–50 лет ($n = 41$ пациент, в том числе 20 мужчин и 21 женщина). Все пациенты находились на стационарном лечении в отделении химиотерапии. Обе группы пациентов по возрасту, тяжести заболевания и стадии лечения были достаточно однородными и сопоставимыми.

При проведении психодиагностического исследования использовались следующие методики:

1. Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В.А. Жмурова [3]: опросник, состоящий из 44 блоков утверждений, в каждом из которых содержится 4 варианта ответов. Респонденту предлагается в каждом блоке выбрать тот вариант ответа, который более других соответствует его самочувствию и настроению. Методика позволяет выявлять негативные психические состояния (депрессии, тревоги, апатии), а также получать данные об уровне проявления депрессии.

2. Шкала личностной и ситуативной тревожности Е. Спилберге-ра, адаптированная Ю.Л. Ханиным [14], позволяет дифференцированно измерять тревожность и как общее личностное свойство, и как ситуативное психическое состояние, что очень важно при изучении состояния онкологических больных. Шкала включает в себя инструкцию и 40 вопросов-суждений, 20 из которых предназначены для оценки уровня ситуативной тревожности, а 20 – для оценки личностной тревожности. Обработка результатов производится с помощью специального ключа, при интерпретации показателей используют следующие ориентировочные оценки тревожности: до 30 баллов – низкая тревожность, 31–44 – умеренная, 45 и более – высокая.

3. Личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ). Включенные в этот опросник фразы-утверждения сгруппированы в 13 блоков («отношение к болезни», «отношение к врачам и медперсоналу», «отношение к работе» и т.д.), в каждом из которых имеется 10–16 утверждений. Обследуемого просят выбрать наиболее подходящие для него утверждения и внести их номера в соответствующий регистрационный лист. С помощью ЛОБИ диагностируются гармоничный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, неврастенический, эгоцентрический и другие типы отношений больного¹.

В дополнение к перечисленным методикам использовалось клиническое интервью, которое включало 5 блоков вопросов: 1) знакомство и установление контакта с больным; 2) подтверждение анамнестических данных; 3) выявление преморбидных особенностей личности; 4) выявление психологических конфликтов; 5) выявление особенностей внутренней картины болезни.

¹ В сборе фактического материала и его обработке активное участие принимала выпускница-дипломница факультета психологии Иркутского государственного университета А.В. Асеева.

Переходим к изложению результатов исследования. Как показывают полученные данные, общее самочувствие обследованных нами больных характеризуется доминированием двух психических состояний – депрессии и тревожности. Депрессию как определенное психическое состояние человека можно рассматривать с двух точек зрения. Если этот термин используется для описания текущего настроения, то депрессия означает временное, преходящее настроение, которое характеризуется чувством грусти, уныния, подавленности, повышенной утомляемостью. Оно, как правило, не затягивается дольше 7–10 дней. Если же симптомы депрессии сохраняются более длительное время, а их тяжесть и сложность нарастают, то следует говорить о клиническом депрессивном синдроме, который включает в себя широкий спектр психосоматических дисфункций: глубокую подавленность настроения, тоску, меланхолию, тревогу, апатию, ипохондрию, мнительность и общую заторможенность всей психической и двигательной активности. Как видно из табл. 1, депрессия проявляется у большинства обследованных нами пациентов.

Многие больные отмечают следующее: «постоянно нахожусь в угнетенном и подавленном состоянии», «испытываю такое чувство, будто жизнь зашла в тупик»; «всё кажется бессмысленным», «не чувствую прежнего интереса к людям»; отмечают, что «интерес к людям заметно уменьшился», «надежд на лучшее стало меньше, чем обычно», «бывает, что я ненавижу себя», «устаю сейчас намного больше, чем обычно» и т.д.

Т а б л и ц а 1

Распределение онкобольных по уровню выраженности состояния депрессии

Уровень выраженности	Женщины n = 21		Мужчины n = 20		Достоверность различий*
	Кол-во пациентов	%	Кол-во пациентов	%	
1. Депрессия отсутствует	3	14	2	9	$p > 0,05$
2. Депрессия минимальная	11	60	3	12	$p < 0,01$
3. Легкая депрессия	1	5	4	14	$p > 0,05$
4. Выраженная депрессия	4	12	5	30	$p > 0,05$
5. Глубокая депрессия	2	9	6	35	$p < 0,02$

Примечание. Достоверность определялась с помощью критерия Фишера, применяемого для оценивания различий между процентными долями двух выборок, отличающихся по частоте встречаемости определенного признака [13].

Уровень выраженности состояния депрессии у онкобольных мужского и женского пола различен. Как видно из таблицы, по уровню выраженности «депрессия отсутствует» лиц женского пола на 5% больше, чем

лиц мужского пола. Однако это различие не является статистически достоверным. Главное же отличие состоит в том, что в структуре женской депрессии наибольший удельный вес (60%) занимает второй уровень выраженности («депрессия минимальная»), тогда как среди мужчин этот уровень характерен лишь для 12% больных (различие статистически достоверно, $p < 0,01$). Статистически значимо также различие по показателям пятого уровня выраженности («глубокая депрессия»). Если этот уровень депрессии характерен лишь для 9% обследованных женщин, то в группе мужчин он имеет место у 35% обследованных ($p < 0,02$).

Мы получили также данные, которые заставляют предположить, что более низкий уровень депрессии у женщин в меньшей степени отразился на их умственной активности. Так, 71% обследованных женщин считают, что болезнь не отразилась негативно на их умственной работоспособности, в группе же мужчин такое мнение разделяют лишь 37%. Большинство мужчин отметили, что болезнь отрицательно повлияла на их интеллектуальную активность («чувствую теперь, что сильно «отупел»; «в голове мало мыслей»; «чувствую какую-то неясность в своих мыслях»). Проявились определенные отличия и в сексуальной сфере. Например, более половины обследованных женщин (57%) заявили, что у них резко снизился или полностью потерян интерес к сексу, тогда как среди мужчин на этот факт указали лишь 25%.

Результаты диагностики состояния тревожности по методике Спилбергера – Ханина (табл. 2) показали, что в группе мужчин личностная тревожность, которая представляет собой генетическую особенность каждого человека, проявилась следующим образом: для 10% обследованных характерен низкий уровень тревожности, для 60% – умеренный и для 30% – высокий. Близки к этому распределению и показатели по женской выборке: с низким уровнем тревожности – 6%, с умеренным – 55% и с высоким – 39%, т.е. существенных различий между двумя выборками больных здесь не наблюдается. При анализе данных, характеризующих ситуативную тревожность, которая, в отличие от личностной, возникает как эмоциональная реакция на конкретную стрессовую ситуацию (в данном случае на болезнь), было установлено, что количество больных, испытывающих высокий уровень тревожности, и у мужчин, и у женщин резко возрастает.

Как видно из таблицы, если высокая личностная тревожность была свойственна для 30% мужчин, то в ситуации болезни к ней добавляется ещё и ситуативная тревожность; в результате число пациентов, переживающих общую тревожность, возрастает уже до 81%. У женщин наблюдается такая же тенденция – число больных с высокой ситуативной тревожностью (70%) на 31% превышает число больных с высокой личностной тревожностью. Анализ конкретных результатов по каждому отдельному пациенту показал, что если личностная тревожность находится у больного на умеренном уровне, то ситуатив-

ная тревожность, как правило, поднимается до высокого уровня. Это касается лиц как мужского пола, так и женского.

Т а б л и ц а 2

**Распределение онкобольных по уровню
личностной и ситуативной тревожности, %**

№ п/п	Уровень тревожности	Виды тревожности			
		Личностная		Ситуативная	
		муж.	жен.	муж.	жен.
1	Низкий	10,0	6,0	—	—
2	Умеренный	60,0	55,0	49,0	30,0
3	Высокий	30,0	39,0	51,0	70,0

Анализ результатов, полученных по методике ЛОБИ, позволил выявить отношение онкобольных к болезни. Приведем для иллюстрации индивидуальный профиль отношения к болезни пациента Н. (рис. 1): по абсциссе обозначены символы типов отношения, а по ординате – количество баллов, набранных в пользу того или иного типа. Согласно методике диагностируются только те типы, в отношении которых набрано такое число баллов, которое достигает или превышает диагностическое число, установленное для каждого типа (Г – 7; Т – 4; И – 3; М – 3; А – 3; Н – 3; О – 4; С – 3; Я – 3; Ф – 5; З – 5; Р – 6; П – 3). В данном примере у пациента Н. в соответствии с набранными баллами доминирует тревожный тип отношения (Т), причем он отягощается чертами ипохондрии (И), апатии (А), неврастении (Н), мнительности (О) и эгоцентричности (Я).

Обработка результатов, полученных в целом по группе обследованных пациентов, показала, что гармоничное отношение к болезни (трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть, но и без недооценки тяжести болезни) в среднем чаще встречается у женщин (18,0%). Тревожный тип отношения характерен и для мужчин, и для женщин, но отличается по структуре. Если у мужчин тревожность отягощается дополнительными чертами или подтипами других отношений (тревожный с чертами мнительности, тревожный с чертами апатии и паранойяльности, тревожный с чертами ипохондрии и т.д.), то у женщин эти подтипы отношений проявляются значительно реже.

Для определенного числа женщин характерен сензитивный тип отношения с чертами тревожной мнительности. Этот тип отношения выражается в чрезмерной озабоченности о возможном неблагоприятном впечатлении, которое может произвести на окружающих информация об их болезни; в опасении, что окружающие станут избегать их, считать неполноценными, а также в боязни стать из-за болезни обузой для близких. У некоторых женщин сензитивный тип отношения дополняется чертами эйфории, т.е. необоснованно повышенным настроем

нием (нередко наигранным), легкомысленным отношением к болезни и её лечению, надеждой на то, что «все само собой обойдётся».

Баллы

10													
9													
8													
7													
6													
5													
4													
3													
2													
1													
	Г	Т	И	М	А	Н	О	С	Я	Ф	З	Р	П

Рис. 1. Индивидуальный профиль отношения к болезни (больной Н.):

Г – гармоничный, Т – тревожный, И – ипохондрический, М – меланхолический,
А – апатический, Н – неврастенический, О – мнительный, С – сензитивный,
Я – эгоцентрический («уход в болезнь»), Ф – эйфорический, З – анозогнозический,
Р – эргопатический, П – паранойяльный.

Заметные различия между мужчинами и женщинами отмечаются также по эгоцентрическому («уход в болезнь») и эргопатическому («бегство от болезни») типам отношения. Эти различия выражаются в том, что среди женщин больше лиц, которые субъективно переоценивают тяжесть своего заболевания, полностью концентрируют на нём свои мысли и переживания, т.е. полностью «уходят» в болезнь. Напротив, для мужчин в большей степени свойствен эргопатический тип отношения («бегство от болезни»). Этот тип отношения проявился у 30% мужчин и только у 6% женщин (статистическая значимость различия на уровне $p < 0,01$).

Таким образом, проведенное обследование онкобольных мужского и женского пола позволяет сделать следующие выводы:

1) для обеих групп характерен выраженный синдром состояния депрессии, однако у женщин наибольший удельный вес в структуре этого состояния имеет второй (минимальный) уровень;

2) в условиях болезни и у мужчин, и у женщин увеличивается ситуативная тревожность; на умеренный или высокий уровень личностной тревожности неизбежно «накладывается» ещё и высокий уровень ситуативной тревожности; в результате её общий уровень значительно возрастает;

3) тип отношения к болезни у онкобольных имеет многокомпонентную структуру, к доминирующему типу добавляются, как правило, ещё и негативные черты других типов (неврастения, апатия, ипохондрия и др.);

4) у женщин чаще, чем у мужчин, наблюдается гармоничный тип отношения к болезни, причем структура тревожности в меньшей степени включает в себя отягчающие черты других типов;

5) статистически значимые различия наблюдаются также по эгоцентрическому и эргопатическому типам отношения: «уход в болезнь» чаще проявляется у женщин, а отношение «бегство от болезни» – у мужчин.

С перечисленными отличиями в психическом состоянии онкобольных мужского и женского пола, а также отличиями в их отношении к болезни следует считаться как при лечении, так и при организации с ними реабилитационной работы.

Литература

1. Астапов В.М. Функциональный подход к изучению состояния тревоги // Прикладная психология. 1999. № 1. С. 41–47.
2. Гнездилов А.В. Психические изменения у онкологических больных // Практическая психология. 2001. № 5. С. 21–28.
3. Жмуров В.А. Психопатология. Иркутск, 1994. 304 с.
4. Залевский Г.В. Введение в клиническую психологию. Томск : ТМЛ-Пресс, 2010. 224 с.
5. Левитов Н.Д. Психическое состояние беспокойства, тревоги // Вопросы психологии. 1969. № 1. С. 25–30.
6. Лурия А.Р. Внутренняя картина болезни и острогенные заболевания. М., 1977. 122 с.
7. Мэй Р. Краткое изложение и синтез теорий тревожности // Тревога и тревожность : хрестоматия / сост. В.М. Астапов. СПб., 2001. 256 с.
8. Немчин Т.А. Состояния нервно-психического напряжения. Л. : Изд-во ЛГУ, 1998. 256 с.
9. Петерсон Б.Е. Врач и онкологический больной // Вопросы онкологии. 1974. Т. 20.
10. Прохоров А.О. Методики диагностики и измерения психических состояний личности. М., 2004. 176 с.
11. Русина Н.А. Эмоции и стресс при онкологических заболеваниях // Мир психологии. 2002. № 4. С. 152–160.
12. Саймонтон К., Саймонтон С. Психотерапия рака : пер. с англ. СПб. : Питер, 2001. 288 с.
13. Сидоренко И.В. Методы математической обработки в психологии. СПб., 1996. 350 с.
14. Стилбергер Е. Концептуальные и методологические проблемы исследования тревоги // Стресс и тревога в спорте / сост. Ю.М. Ханин. М. : Физкультура и спорт, 1983. С. 12–24.
15. Фрейд З. Печаль и меланхолия // Психология эмоций. М. : Изд-во МГУ, 1993. С. 215–223.
16. Чаклин А.В. Психологические аспекты онкологии // Вопросы онкологии. 1992. № 7. С. 873–888.

PSYCHOLOGICAL STATE AND ATTITUDE TOWARDS ILLNESS AMONG MALE AND FEMALE CANCER PATIENTS

Aseev V.G. (Irkutsk)

Summary. The article describes results of a pilot (preliminary) research into psychological state of male and female cancer patients and their attitude towards illness. It was established that both patient groups that took part in the research have an acutely manifested depression syndrome, which is less strongly expressed among females. The type of attitude towards illness has a multi-component structure: the dominating psycho-type of a patient (for example, anxious) is, as a rule, overlaid by negative features of other types (neurasthenic, apathetic, hypochondriac, etc.).

Key words: psychological states of depression and anxiety; types of attitude towards illness in male and female cancer patients.