

ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ» (СПбГУ)

Зав. кафедрой кризисных и
экстремальных состояний

Хрусталева Н.С.

Председатель ГАК

Выпускная квалификационная работа на тему:

**ОТНОШЕНИЕ К ЛЕЧЕНИЮ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ**

по специальности 37.05.01 – Клиническая психология
основная образовательная программа: Клиническая психология
специализация: Психология кризисных и экстремальных состояний

Выполнил:
студент 6 курса очной формы
обучения
Рысенкова Диана
Магомедовна

Рецензент:

кандидат психологических наук,
научный сотрудник
ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н.
Петрова» Минздрава России
Пестерева Елена Викторовна

Научный руководитель:
доктор психологических наук,
профессор, и.о. заведующего
кафедрой медицинской
психологии и
психофизиологии
Чулкова Валентина
Алексеевна

Санкт-Петербург

2017

Оглавление

Generating Table of Contents for Word Import ...

Аннотация к выпускной квалификационной работе
РЫСЕНКОВА ДИАНА МАГОМЕДОВНА

Отношение к лечению у больных раком молочной железы

Научный руководитель — ЧУЛКОВА ВАЛЕНТИНА АЛЕКСЕЕВНА,
кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии кризисных и
экстремальных ситуаций факультета психологии Санкт-Петербургского
государственного университета

Для изучения отношения к лечению больных раком молочной железы было обследовано 60 больных. Измерялись: отношение к болезни и лечению (клиническая беседа), тип отношения к болезни (ТОБОЛ), выраженность соматических жалоб (Гиссенская шкала соматических жалоб), уровень тревоги и депрессии (HADS), репертуар стратегий совладания (Тест-опросник копинг-стратегий Р. Лазаруса и У.Фолкмана), уровень жизнестойкости (тест жизнестойкости С.Мадди). Обработка данных: корреляционный анализ. Результаты. 86,7 % больных свойственен средний уровень значимости отношения к лечению, 71,7% - средне-выраженная потребность в информировании, и 65% - удовлетворительный уровень отношений с врачом. 68% пациентов обнаруживают ту или иную степень дистресса. Обнаружены значимые обратные корреляции отношения к лечению с некоторыми типами отношения к болезни (сенситивный, дисфорический, ипохондрический, тревожный, эгоцентрический). Жизнестойкость и уровень дистресса отрицательно коррелируют с значимостью отношения к лечению. Пациенты, испытывающие различный уровень дистресса достоверно различаются по уровню значимости отношения к лечению, копингам, выраженности тревожного отношения к лечению. Таким образом, отношение к лечению связано с личностными особенностями пациенток и типом реагирования на болезнь.

Введение

В настоящее время в России статистика заболеваемости раком неуклонно растет. По мнению главного онколога страны В.И. Чиссова, прирост за последние 10 лет составил 18%, то есть ежегодно количество людей, которым в первый раз ставится диагноз «рак», увеличивается на 1,5% (Чиссов В.И., Дарьялова С.Л., 2007).

По данным Всемирной Организации Здравоохранения рак молочной железы занимает первое место в ряду онкопатологий среди женщин. При этом в России ежегодно регистрируется более 50 тыс. новых случаев рака молочной железы (РМЖ) и более 23 тыс. смертей от него, что может быть связано с поздним обращением женщин к врачу – многие приходят к врачу, когда опухоль уже является неоперабельной, поражает другие тканевые системы, что соответствует III-IV стадии заболевания (Дворниченко В.В. и соавт., 2013).

Вместе с тем, прогресс медицины и развитие новых высокотехнологичных методов лечения способствует увеличению продолжительность жизни пациенток, а также повышает качество их жизни. В этой связи проблема успешной реабилитации данной категории пациенток стоит особенно остро.

Любая болезнь отражается в психике человека и вызывает серьезные изменения, а постановка диагноза «рак» может привести к предельным по силе переживаниям. Особенно это характерно для больных РМЖ: даже в ряду всех онкологических заболеваний патология женской репродуктивной сферы имеет повышенный риск развития психической травматизации. Содержанием психической травмы для больных РМЖ являются не только страх перед болезнью с витальной угрозой, но и, так называемый, «феминный фактор», включающий страх потери женственности в связи с возможной утратой органов, ее символизирующих (Slatman J., 2011, Lampic C. et al., 2002). Важным отличием женщин, перенесших рак репродуктивных органов, является то, что «образы» своего тела они явно делят на «до» и

«после» лечения. Для них постановка диагноза и лечение являются поворотным моментом, который драматически меняет их восприятие собственной телесности. Женщины, не подвергавшиеся лечению, рассматривают свой телесный опыт «исторически», описывают постепенное созревание своего тела, не выделяя подобных ключевых событий (Cadwell S.R. et al., 2010). Исследователей, интересующихся данной проблематикой, в данное время все больше интересует специфика переживаний больных, оказавшихся в ситуации заболевания и лечения. Эмоциональный статус больного, сформированное отношение к своему состоянию играют роль в определении успеха лечения, реабилитации и возвращению к привычному функционированию. Психологические исследования пациенток РМЖ показывают (Чулкова В.А., 1999, 2009, 2010), что отношение больной к заболеванию и его лечению связано с множеством факторов, начиная от особенностей личности и заканчивая объективными параметрами болезни и лечения – длительностью, тяжестью последствий.

Обнаружение и развитие заболевания приводит к изменению всей системы отношений личности больного, возникает новое отношение – отношение к болезни, важнейшим компонентом которого является отношение к лечению. Отношение к лечению – это также новый компонент в уже сложившейся системе отношений пациента, который возникает у него непосредственно в ситуации заболевания. И как и многие другие отношения, он тоже способен к внесению поправок во всю систему ранее сформированных психических образований и отношений. Поэтому в условиях клиники, огромное значение имеет оценка этого психического образования, так как во многом отношение к лечению может стать важным фактором, влияющим на эффективность проводимого лечения и адаптацию больных.

Цель работы: исследовать отношение к лечению у больных раком молочной железы

Задачи исследования:

1. Исследовать отношение к болезни и лечению у больных РМЖ.
2. Определить тип реагирования на заболевание у больных РМЖ
3. Изучить специфику соматических жалоб больных РМЖ
4. Исследовать эмоциональное состояние больных РМЖ
5. Исследовать особенности личности больной, влияющие на ее способность выдерживать стрессовую ситуацию (жизнестойкость) и стратегии совладающего поведения у данной категории пациенток

Объект исследования: больные раком молочной железы (РМЖ)

Предмет исследования: отношение к лечению у пациенток РМЖ.

Гипотезы:

1. Отношение к лечению пациенток РМЖ имеет связь с типом их реагирования на заболевание.
2. Отношение к лечению определяется эмоциональным состоянием и личностными особенностями пациенток

1. Отношение к лечению онкологических больных

1.1. «Отношение» как психологическая категория

Для того, чтобы полноценно перейти к рассмотрению специфики отношения к лечению у больных со злокачественными новообразованиями молочной железы представляется необходимым конкретизация термина «отношение» в данной работе, так как это непосредственно связано с выбранными методами исследования.

Широта использования понятия “отношение” в психологической литературе говорит о большой значимости термина в науке. Среди отечественных ученых, занимавшихся этой проблемой, выделяются имена известнейших исследователей - С.Л. Рубинштейн, А.Ф. Лазурский, А.Н. Леонтьев, Д.Н. Узнадзе, В.Н. Мясищев и др. И, естественно, такое большое количество подходов к изучению столь многогранного явления, наличие терминов, сходных, но не тождественных по значению (установка, аттитюд и т.п.), не могло не вызвать некоторой неопределенности толкования этой категории. В качестве ведущей концептуализации понятия отношение мне представляется наиболее подходящей предложенная В.Н. Мясищевым, так именно в его научных исследованиях это феномен был более подробно изучен (Орлова О.В., 2011).

Итак, В.Н. Мясищев говорит об отношениях как о сознательных и избирательных связях личности с объективной реальностью. Отсюда вытекают важные свойства отношения, отделяющие его от схожих терминов - это его осознанность, избирательность и неизбежно возникающую в процессе взаимодействия с реальностью эмоциональную составляющую. К отношениям личности ученый относит также и вполне самостоятельные образования - интересы, оценки и убеждения (Орлова О.В., 2011).

Это не статичное образование, возникшее под влиянием различных социальных условий, личностные отношения могут претерпевать различные изменения, и вместе с ними меняется и сама структура отношений. Анализируя личность, можно практически бесконечно дробить, вычленять

различные отношения к различным объектам и событиям окружающего мира. Кроме того, отношения имеют свойство появляться ситуативно, отражая изменения в окружающей среде, а также появляющиеся конструкты в психической реальности индивида. Одним из таковых является болезнь. Ее возникновение вносит существенные корректиры в жизнедеятельность человека, и, соответственно, привносит образование нового специфического отношения «человек-болезнь» (Иовлев В.Б, Карпова Э.Б., 2009).

Отношению присуще несколько фундаментальных свойств, отличающих его от других психических явлений, и здесь проиллюстрируем их на примере отношения к лечению.

- Отношение человека к лечению целостно - человек относится в целом, и данное отношение вступает в reciprocalные связи со всей системой отношений личности конкретного человека, формируясь и влияя на данную систему.
- Отношение к лечению активно – оно взаимодействует с другими отношениями в системе человека, и таким образом, обуславливает определенные реакции на уровне поведения.
- Отношение к лечению всегда характеризуется осознанием самим индивидом факта своей болезни, своей деятельностью по преодолению недуга. Анализируя сознательность отношения к лечению, отчетливо обращает на себя внимание специфическое восприятие процесса излечения именно как события, как вехи в жизненной истории.

Наиболее травмирующим фактором, оказывающим воздействие на формирование отношения к лечению, является его болезненный, калечащий характер. Каждое заболевание определенным образом оказывает на возможности следования привычному жизненному плану, удовлетворения потребностей, и, логично предполагать, степень фruстрированности болезнью связана именно с блокировкой реализации этих потребностей.

Таким образом, различные болезненные состояния имеют различный потенциал воздействия, и будут обладать дифференцируемым эффектом по отношению к исходной системе отношений.

- Отношение к лечению избирательно и имеет тенденцию формироваться у каждого больного индивидуально, независимо от объективных параметров медицинской интервенции, а опираясь на собственные личностные смыслы и осознание индивидуальной значимости. Таким образом, индивидуальное отношение к лечению может быть понято только лишь исходя из особенностей всей структуры отношений, всех особенностей характера, личностных проявлений, определяющих индивидуальность личности. Не характеристики заболевания, объем и методы терапии, которые могут быть стандартными и идентичными с другими случаями того же патогенеза, а личность больного, его жизненный опыт и восприятие процесса лечения сквозь призму данных параметров, делает отношение направленным и избирательным (Иовлев В.Б., Карпова Э.Б., 2009).

Также немаловажным для понимания природы отношения к заболеванию является разделение данного феномена на компоненты, характерные для любого отношения в теории В.Н. Мясищева. Таковыми являются эмоциональная, когнитивная и конативная составляющие. Несмотря на то, в целом отношение и целостно, и неразделимо, теоретический разбор на составляющие оказывается весьма полезным для понимания его как психического феномена.

Эмоциональный компонент отражает аффективные реакции на произошедшее. Разнообразие аффективного спектра зависит от значимости произошедшего для человека. В конкретной ситуации лечения эмоциональная составляющая отражает реагирование индивида на изменения, связанные с постановкой диагноза и лечебными процедурами. В большинстве случаев терапевтическое воздействие вызывает четко выраженный спектр отрицательных эмоций, что может быть объяснено

ограничивающим воздействием заболевания, внесением новых и не всегда приятных ежедневных рутин, а также перспектива более нежелательных последствий. Однако, не стоит забывать о том, что факт наличия болезни и лечения может вызывать и амбивалентные чувства, например, если помимо негативных эффектов пациент также осознает возможность решения каких-либо проблем посредством своего заболевания.

Еще одним важным моментом в описании эмоциональной составляющей отношения к лечению является взаимосвязь между физическим состоянием и эмоциональным статусом. Изменения организменного функционирования могут быть следствием изменения эмоционального фона, и в свою очередь спровоцировать изменение течения болезни. Здесь мы приходим к важному положению о влиянии отношения к лечению на ее исход (Иовлев В.Б., Карпова Э.Б., 2009).

Когнитивная сторона отношения дает представление о тех изменениях в сфере мышления и познания, которые несет с собой факт назначения лечения. Когнитивный компонент многогранен, и также может делиться на составляющие из-за большой широты своих проявлений. Например, если мы рассматриваем комплекс знаний индивида о методах лечения, некую мысленную презентацию в психической реальности, то речь идет о отражении объективных параметров терапии, которые во всей генеральной совокупности будут сходными. Но также существуют и другие смысловые структуры, которые содержат знания о последствиях, причем не набор из дальнейших противопоказаний и ограничений, а изменения, имеющие личностный смысл. Также данные образования содержат различные страхи и опасения больного, оценки, временные перспективы. Все конструкты здесь имеют свой особый, индивидуальный смысл, что отличает их от смысловых образований, описанных выше (Иовлев В.Б., Карпова Э.Б., 2009).

Мотивационно-поведенческая составляющая отражает изменения в поведении человека, непосредственно вызванные лечением. Терапия

заболевания, изменяя сложившийся стереотип повседневности, является причиной формирования новых мотивов деятельности, которые являются составляющими генерального мотива – как можно скорее вылечиться, избавиться от физического и душевного дискомфорта.

Еще одной причиной метаморфоз в мотивационно-поведенческом компоненте является фрустрирующий характер болезни, который заставляет больного отказываться от достижения целей, поставленных в преморбиде, либо скорректировать намерения с учетом сложившейся ситуации. Это может привести к отказу от поставленной цели, либо к выработке новых, трансформирующих предыдущие (Иовлев В.Б., Карпова Э.Б., 2009).

Весьма значимые изменения могут произойти и в ценностной сфере личности больного. Болезнь может представлять собой значимое событие в жизни пациента, точку своеобразного коренного перелома, где отчетливо осознаются экзистенциальные данности, что не может не сказываться на системе ценностей личности. То, что до болезни не казалось значимым, может стать гораздо более приоритетным, меняя тем самым и механизмы целеполагания.

Отдельную группу образует рефлексивный компонент, отражающий в сознании сам факт отношения к лечению. Как понятно из названия, данная репрезентация формируется в результате самонаблюдения, которое суммирует информацию о эмоциональном статусе, актуальных мотивах и комплексе знаний о болезни и облекает их в словесную форму, переходя на более высокий уровень осознания и понимания своего состояния (Иовлев В.Б., Карпова Э.Б., 2009).

Последний важный теоретический вопрос, который необходимо рассмотреть, говоря об отношении к лечению, это его динамика. Динамика отношения к лечению проявляется постепенно, во многом будучи в зависимости от субъективных особенностей больного, его личного опыта и восприятия им болезненных изменений.

Восприятие болезненных изменений может быть как непосредственным, наблюдаемым самим пациентом и отслеживаемый им по ощущениям собственных сенсорных систем, и опосредованным, т.е. полученным с помощью различных медико-диагностических исследований. В целом, это является начальной стадией построения собственного отношения к лечению, и она характеризуется некой неоформленностью, отраженностью в виде разрознных реакций на признаки недомогания или на результаты диагностических исследований. Также неотъемлемую часть построения образа болезни на данном этапе составляют гипотезы, которые возникают у самого больного по поводу того, что ему предстоит пройти; что будет в дальнейшем; его опасения и первичные эмоциональные реакции.

В дальнейшем, когда больной начинает суммировать полученные знания, дополняя собственную имплицитную медицинскую концепцию о заболевании доступной информацией о болезни и ее лечении извне (интернет-источники, медицинские справочники, общение с другими больными и врачами), весь спектр информации о заболевании репрезентируется в сознании более целостно в виде отношения к болезни и лечению.

Сформированное отношение к лечению не остается неизменным, оно подвергается всяческим корректировкам, тесно связанным с течением патологического процесса, а также с изменениями внутри сложившейся структуры знаний о методах лечения и исходной системы отношений индивида (Иовлев В.Б., Карпова Э.Б., 2009).

1.1.1. Отношение к лечению онкологических больных

Как было установлено в предыдущем параграфе, термин «отношение» в психологии был введен уже довольно давно, и с тех пор активно расширяется, разрабатывается и дополняется. Именно в медицинской психологии понятие «отношение» незаменимо для описания взаимовлияния болезни и психики, поэтому концепт «отношение к болезни» довольно

широко изучен в литературе и на практике для пациентов с самыми разными диагнозами. Была разработана общепринятая классификация отношения к болезни, предложенная А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым еще в 1980 г., которая включает 12 типов реагирования на факт заболевания – гармонический, эргопатический, анозогнозический, тревожный, ипохондрический, неврастенический, апатический, меланхолический, сензитивный, эгоцентрический, паранойяльный и дисфорический. Для каждого типа подробно описаны свойственные пациенту паттерны поведения, и в том числе отношение к лечению. Таким образом, отношение к лечению ранее исследовалось только в контексте отношения к болезни. Несомненно, два этих феномена представляются неразрывно связанными и влияют друг на друга, поэтому, представляется целесообразным привести примеры исследований, посвященных описанию отношения к болезни у пациенток с раком молочной железы. Подобных исследований в отечественной психологии имеется достаточно большое количество, и, что немаловажно, в большинстве находятся сходные моменты.

Одно из первых исследований реакции онкологических больных на болезнь и лечение было выполнено В.А. Чулковой в ее диссертационной работе в 1999 г. Были выявлены группы пациентов по признаку психической компенсации. Больных раком молочной железы были исследованы на предмет отношения к болезни с помощью опросника «ТОБОЛ». Выяснилось, что наиболее часто в группе больных РМЖ встречаются эргопатический, сензитивный и тревожно-депрессивный типы отношения к болезни. При этом среди больных с меньшей психологической компенсацией достоверно чаще встречается тревожный и неврастенический тип отношения к болезни, а также для этой группы пациентов характерны более выраженные показатели тревоги относительно текущего состояния, раздражение, особенно при болях, страданиях, непереносимость малейших болевых ощущений. При большей психологической компенсации больных выше показатели шкал гармонического, анозогнозического и эргопатического типов отношения к

болезни (Чулкова В.А. 1999)

Согласно данным исследования Е.Г. Щукиной и Л.С. Булыгиной, гармоничное отношение к болезни у женщин с таким видом патологии наблюдается редко, и чаще всего преобладают эргопатический, анозогностический, тревожный, ипохондрический, неврастенический и сенситивны. эргопатический, анозогностический, тревожный, ипохондрический, неврастенический и сенситивный (Щукина Е.Г., Булыгина Л.С., 2006).

В сравнительном исследовании отношения в болезни у мужчин и женщин с онкопатологией В.Г. Асеева было выявлено, что женщинам чаще чем мужчинам свойственен гармоничный тип отношения к болезни, без преувеличения или напротив обесценивания своих симптомов. Также у них ярко выражен сенситивный тип отношения, характеризующийся мнительностью, чрезмерными волнениями по поводу будущего и мнения окружающих. В обеих группах также наблюдается тревожный тип, но имеются значимые различия в структуре отношения – ипохондрические и другие черты, дополняющие тревожность, у женщин встречаются реже. Также в данных методик отражено наличие эгоцентрического компонента, который в выборке женщин отражает субъективную переоценку тяжести своего заболевания, фокусировки на нём своей психической деятельности, т.е. активации механизма «ухода» в болезнь (Асеев В.Г., 2012).

Также для обозначения степени содействия пациента медицинским интервенциям используются термины «комплаенс» и «приверженность лечению». «Compliance» в переводе с английского означает «согласие», и этим термином означают согласие пациента с предписанным ему планом лечения, совместные действия врача и больного. Согласно Всемирной организации здравоохранения, проявление комплаенса зависит от следующих факторов:

- 1) Социальные и экономические – сюда входят финансовое положение пациента, уровень его образования, доступность здравоохранительного учреждения. Также авторы относят сюда пожилой возраст, возможно, связывая его с затрудненным финансовым положением пенсионеров.
- 2) Системные (связанные с системой здравоохранения) - отношения «врач-пациент» (уровень доверия врачу, стереотипический образ врача, принятый в данной стране), качество медицинского образования, качество медицинского консультирования, доступность определенных препаратов широкому спектру населения.
- 3) Связанные с болезнью - степень тяжести симптомов (в том числе болевого синдрома), прогрессирование болезни (стадия, на которой уже находится пациент), позитивный/негативный эффект терапии.
- 4) Обусловленные терапией - ограничения, накладываемые болезнью и лечением, длительность лечения, побочные эффекты терапии, эффективность интервенций.
- 5) Обусловленные особенностями пациента - страх перед процедурами, оправданность ожиданий от процесса терапии, его знания, гипотезы о заболевании. Отдельно авторы обозначают «забывчивость» как личное свойство пациента, препятствующее неукоснительному выполнению рекомендаций (Факторы, определяющие комплаенс [Электронный ресурс] –URL:<http://www.remedium.ru/upload/iblock/61f/Compliance.pdf>).

Приверженность лечению часто рассматривают как термин, синонимичный понятию «комплаенс». Всемирная Организация Здравоохранения дает следующее определение приверженности – «это соответствие поведения пациента рекомендациям врача, включая прием лекарств, диету и/или изменение образа жизни» (цит. по Фофановой Т.В., Агееву Ф.Т., 2011). Для измерения приверженности также были разработаны четкие количественные показатели – приверженность

считается неудовлетворительной, если пациент принимает меньше 80% от рекомендуемой нормы прописанных препаратов или на 20% больше (Фофанова Т.В., Агеев Ф.Т., 2011). Таким образом, и приверженность, и комплаенс в литературе и на практике сводятся к сугубо поведенческим проявлениям, демонстрирующим соблюдение рекомендаций специалистов (Вольская Е.А., 2014, Фофанова Т.В., Агеев Ф.Т., 2011). При этом не затрагиваются вопросы внутреннего содержания согласованного взаимодействия врача и пациента – что стоит за приверженностью, какие цели преследует пациент, каково его состояние в данный момент, какие знания, собственные прогнозы им руководят. Между тем, сам пациент участвует в процессе лечения активно, так как это его собственная деятельность по преодолению, обусловленная собственными мотивами, целями, потребностями, провоцирующая сопутствующие эмоциональные проявления и умозаключения. Поэтому в данной работе исследуется именно отношение к лечению, так как нам представляется, что именно путем целенаправленного изучения эмоционального состояния пациента в момент лечения, сопутствующих когниций и мотивов, можно выявить психологические механизмы принятия соответствующих решений в ситуации лечения.

1.2. Компонентный анализ отношения к лечению у больных раком молочной железы

1.2.1. Особенности эмоционального реагирования больных раком молочной железы на заболевание

Постановка диагноза «рак» является сильным эмоциональным стрессом для пациентов. Согласно мнению исследователей данной проблематики, ситуация онкологического заболевания предстает и как кризисная, и как экстремальная, что обуславливает предельный характер переживаний. Онкологическая патология молочной железы, в свою очередь, отличается повышенным риском психической травматизации. К свойственным онкологическим больным переживаниям добавляются еще и специфичные, продиктованные характером лечения и выраженностю

косметического дефекта и урона для здоровья. Большое количество авторов единодушны в том, что тяжелое эмоциональное состояние пациенток во многом связано с так называемым «феминным фактором» - потеря органа, символизирующего женственность, становится тяжелым ударом для пациенток.

Высочайшая роль степени эмоционального дискомфорта уже не вызывает сомнений, ведь зачастую при всей значимости прогресса средств лечения, усилий медицинского персонала, эмоциональные переживания пациенток отодвигаются на задний план. Подобное не совсем правомерно и отнюдь не способствует успеху восстановительных мероприятий, расстройства аффективной сферы становятся преградой на пути к излечению.

Эмоциональная сторона отношения к лечению отличается высокой интенсивностью переживаний. На эмоциональное состояние во многом оказывает влияние и характер лечения, которое в случае онкологической патологии носит долговременный и мучительный характер, на долгий срок вырывая пациента из контекста его привычной жизнедеятельности. Постоянное ощущение тревоги, постоянное чувство неопределенности, «подвешенности» своего состояния, особенно при отсутствии полноценного знания диагноза и дальнейших перспектив, приводит к отчаянию и чувству непомерного психического напряжения. В исследовании В.Г. Асеева полученные данные продемонстрировали превалирование у больных двух состояний – повышенной тревоги и депрессивных переживаний. Последнее считается временным, переходящим состоянием, которое, однако, может перерасти в депрессивное расстройство разной степени тяжести. У большинства пациентов из исследованной группы прослеживался минимальный уровень депрессии, практически все отмечают подавленное состояние – «все кажется бессмысленным», «надежд на лучшее стало меньше, чем раньше». Также практически всем был присущ умеренный уровень личностной тревожности, 30-40% даже повышенный (Асеев В.Г., 2012).

При этом, согласно данным исследования А.А. Кузнецовой, наблюдаются достоверные различия между группами больных, отличающихся стадиями опухолевого процесса и программой лечения. У больных, находящихся на 3 стадии, существенно преобладает соматизация симптомов депрессии, в то время как у остальных когнитивно-аффективные и соматические симптомы выражены в примерно равной степени. Больные, получающие комплексную терапию больше страдают от расстройств настроения, у них же и прослеживаются повышенные показатели тревоги (Кузнецова А.А., 2008).

В исследовании В.А. Чулковой с помощью личностного опросника MMPI у подавляющего числа пациенток (в 39% случаев) было обнаружено превалирование депрессивных личностных тенденций, у чуть меньшего количества (34%) аффективная сфера характеризуется застrevаемостью, концентрацией на собственных переживаниях. Около трети пациенток характеризуются яркой выраженностью психологической дезадаптации, и около 8% больных проявляют истерические реакции. Также была четко обозначена динамика эмоционального состояния больных на различных этапах лечения. На этапе поступления в стационар аффективная сфера больных характеризуется выраженным состояниями тревоги, актуализацией переживаний, а также снижением самооценки, особенно в области здоровья и субъективного ощущения счастья. Перед операцией уровень тревоги снижается, но все равно сохраняет высокую планку, заметно некоторое повышение субъективной оценки здоровья, связанное со ставшей менее прозрачной перспективой излечения. После операции эмоциональный статус больных отягощается плохим физическим самочувствием, а также чувством собственной беспомощности. Перед выпиской у всех больных возникает большое количество опасений – перед рецидивом болезни, метастазированием опухоли, сменой социального статуса, перспективой мучительной смерти (Чулкова В.А., 1999).

Наука не стоит на месте, и появляются новые методы лечения рака – более эффективные и персонифицированные (появляется возможность

разрабатывать уникальные программы лечения для каждого больного с учетом его диагноза и особенностей). Поэтому вид лечения и специфика его протекания и восприятия самим пациентом оказывает воздействие на его эмоциональное состояние. Также это справедливо и в обратном направлении – эмоциональная дезадаптация оказывает влияние на физическое состояние и успешность лечения. Как писали в своем исследовании В.А. Чулкова и Е.В. Пестерева, на развитие в дальнейшем у больных сердечно-сосудистых заболеваний наряду с отсроченными эффектами химиотерапевтического лечения, также повлияли и тяжелые травматические переживания, связанные с ситуацией заболевания (Чулкова В.А., Пестерева Е.В., 2010). Но, если рассматривать именно лечение рака молочной железы, то здесь традиционные методы лечения (оперативное вмешательство, лучевая и гормональная терапия, химиотерапия) зарекомендовали себя как действенные и эффективные.

В книге “Counselling women with breast cancer” авторы описывают несколько наиболее значимых для психического статуса больного физических коррелятов:

- стадия заболевания – опираясь на предыдущие исследования, авторы утверждают, что стадия заболевания воздействует на ,
- тип лечения – большое количество респонденток с раком молочной железы в исследовании Fallowfield (1990) имели субдепрессивные переживания, основанием для которого являлось беспокойство по поводу образа своего тела, сексуальной дисфункции, причем у пациенток с радикальной мастэктомией данные переживания были выражены сильнее, нежели у женщин с органосохраняющими операциями. В другом исследовании (Penman et al., 1987) женщины, которые наряду с мастэктомией подвергались адьювантной терапии, имели худшее представление о своем теле и чувствовали себя менее женственными, нежели женщины, прошедшие только хирургическое

вмешательство, и которые еще не получили лечение. Метааналитическое исследование, предложенное Мойером в 1997 году на основе предыдущих исследований психических видоизменений пациенток в результате болезни, отмечал, что с секторальными резекциями более удовлетворены своим телом, нежели женщины с мастэктомией.

- период лечения – по мнению авторов, различные стадии лечебного процесса ставят перед пациентами различные преграды, и следовательно выражаются в виде различных эмоциональных реакций. Например, в постоперационном периоде нередки нарушения семейной системы, связанные с изменением роли больного члена семьи. Эмоциональный дискомфорт, связанный с изменением образа тела, свойственен пациенткам практически на всем протяжении лечебного процесса, и даже дальше. Окончание лечебного процесса также может стать причиной сильных эмоциональных реакций. Пока пациентка подвергается различным лечебным процедурам, болезнь предстает более контролируемой, а когда лечение подходит к концу, происходит реактуализация страха перед летальностью болезни, а также перед ее возвращением.
- вид лекарства – многие лекарства, применяемые в клинике лечения рака имеют побочные действия, отражающиеся на аффективной сфере пациента (гормональные препараты). Также нельзя не отметить токсический эффект многих лекарств, снижающий качество жизни пациентов и их возможности повседневного функционирования, что также является причиной сильной тревоги, волнения и негативных переживаний.
- тяжесть болевого синдрома – сильная боль, испытываемая пациентами, несомненно, оказывает влияние на их эмоциональное и психическое состояние (Keitel M.A., Kopala M., 2000).

Оперативное вмешательство, применяющееся в клинике рака молочной железы, может иметь различные формы – от радикальной мастэктомии и извлечения регионарных лимфоузлов, до секторальных резекций различной локализации. Соответственно, известие об операции способствует тому, что тревожное и субдепрессивное состояние пациенток, преследующее их с момента постановки диагноза, может существенно возрасти. Этому способствует перспектива удаления груди, символизирующей женственность и красоту. В ряде исследований различными авторами указано, что степень эмоционального дистресса в случае оперативного вмешательства может достигать уровня предельных переживаний, а неустойчивое эмоциональное состояние у женщин после операции – одна из самых распространенных реакций. Различные авторы указывают на переживание депрессии, тревоги, апатии, сопутствующие снижению самооценки и чувству безнадежности и потери смысла в послеоперационном периоде. Существенно отягощает ситуацию и тот факт, что операция отнюдь не является гарантом выздоровления, пациенток продолжает преследовать страх перед дальнейшим лечением, возможностью рецидива и летального исхода.

Еще одним активно используемым средством в борьбе с раком молочной железы является химиотерапия. Химиотерапия достаточно тяжело переносится пациентами, в силу того, что представляет собой токсический агент, который, воздействуя на атипичные клетки, поражает и здоровые, что на физиологическом уровне воспринимается больным как плохое самочувствие, недомогание, ухудшение внешнего вида. В некоторых исследованиях, посвященных психоэмоциальному статусу пациентов, проходящих цитотоксическую терапию, было показано ухудшение психического состояния больных при назначении адъювантной терапии. Например, недавнее исследование M. Gold et al. показало различия в уровне тревоги и депрессии среди пациентов больных раком молочной железы. Процент пациентов, получающих адъювантовое лечение в форме химиотерапии, в группе пациентов с высоким уровнем тревоги и депрессии

значительно превысил процент пациентов, не проходящих такое лечение в момент исследования. Также в их исследовании было показано, что пациентки, попавшие в группу высокотревожных и склонных к депрессии, оценивали свое психическое состояние и качество жизни в актуальный момент как неудовлетворительное, а физическое состояние как худшее, по сравнению с пациентками из других групп (с низким уровнем тревожности и высокими показателями устойчивости) (Gold M. et al.,2016)

В исследовании Зотова П.Б. и соавторов также продемонстрировано учащение случаев аффективных расстройств у пациенток именно в период проведения адъювантной полихимиотерапии. Данные исследования, проведенного на выборке из 60 пациенток с использованием теста-опросника депрессии Зунга. Участники исследования проходили процедуру тестирования перед началом химиотерапии, перед началом каждого курса и через месяц после завершения адъювантного лечения. Анализ данных продемонстрировал нарастание депрессивной симтоматики у данной группы пациентов (1-й курс – $39,1\pm3,7$ баллов, а перед последним уже $57,4\pm5,1$). Спустя месяц после окончания лечения уровень депрессии по тесту Зунга снизился до $53,1\pm4,3$ баллов (Зотов П.Б. и соавт.,2013).

С целью изучения отношения пациентов с РМЖ к химиотерапии и определения эмоционального состояния больных в зависимости от ее длительности Чулковой В.А., Блиновым Н.В. и соавторами было проведено психологическое исследование больных. Исследовалось 45 больных в возрасте от 30 до 70 лет, у всех пациенток до химиотерапии была мастэктомия. В зависимости от количества курсов адъювантной химиотерапии пациенты 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.

Описывая свое состояние во время прохождения лечения, пациенты высказывались следующим образом: «Страшно было начинать», «Испытываю сильную боль», «Хочется отвернуться к стенке и никого не видеть». Сопутствующие химиотерапии осложнения выражались в вегетативных нарушениях, сильном физическом дискомфорте, а также в снижении эмоционального фона.

Результаты проведенного исследования показали, что имеется прямая зависимость между длительностью (количеством курсов) химиотерапии и увеличением уровня тревоги и депрессии для I и II групп ($p<0,05$) и для I и III групп ($p<0,05$). В III группе оба показателя – тревога и депрессия – превышают значения нормы. К 5-6-м курсам химиотерапии больные полностью осведомлены о своем диагнозе, и к химотерапии относятся не столь негативно, признавая ее роль в будущем излечении. Несмотря на это, вместе с увеличением количества пройденных курсов химиотерапии возрастает число больных, испытывающих страх, которые плохо переносят химиотерапию. Возможно, причиной этому является рост астенизации в связи с лечением цитотоксическими препаратами и от сопутствующих осложнений, которые истощают до такой степени, что некоторые больные высказывают желание прекратить лечение раньше положенного срока. В этом состоянии больные нуждаются в поддержке близких и курирующих их врачей как никогда (Чулкова В.А., Блинов Н.Н., и соавт., 2002).

Также некоторыми учеными изучалось эмоциональное состояние пациенток, проходящих лучевую терапию. Подобных исследований не очень много, и даже в имеющихся, к сожалению, есть противоречия. Например, в исследовании пациентов с онкологической патологией легкого, проведенного J. Rutkowski с соавторами, значительных отклонений пациентов от нормы по шкалам тревожности и депрессии обнаружено не было. Пациенты переносили радиотерапию хорошо, и разрушительного

воздействия на качество жизни и эмоциональное благополучие пациентов радиотерапия не оказывала (Rutkowski J. et al., 2017).

Однако, в исследовании испанских коллег M. H. Blázquez, , J.A. Cruzado были получены выводы несколько отличные от выводов их предшественников. Они обнаружили, что тревога и депрессия широко распространены среди пациентов, проходящих облучение, и, более того, им свойственно проявляться еще в течение месяца после окончания терапии. Также учеными была обнаружена взаимосвязь между частотой проявлений тревоги и предыдущим планом лечения – пациенты, уже прошедшие химиотерапию и/или оперативное вмешательство были более склонны к субдепрессивным и тревожным состояниям (Blázquez M.H., Cruzado J.A., 2016).

1.2.2. Когнитивный аспект отношения к лечению

Когнитивный аспект представляет собой совокупность знаний об объекте отношения, оценку происходящего, умозаключения и прогнозы. В ситуации лечения пациент сталкивается с потоком новой информации, изменений имеющейся системы представлений, и от того, насколько успешно он интегрирует новый опыт в уже существующую систему отношений, какими знаниями об объекте отношения он располагает во многом будет зависеть и его отношение к объекту, ситуации или деятельности.

Keitel M. et al. в своей книге “Counselling women with breast cancer” описывают следующие когнитивные факторы, на которые следует обратить внимание специалисту, работающему с этой группой больных. Исследователи рекомендуют отмечать общую осведомленность пациентки о специфике ее заболевания и лечения, уровень знаний, образованность. Важно обращать внимание на то, насколько критически пациентки оценивают ситуацию заболевания, полноту отображения происходящего (Keitel M.A., Kopala M., 2000).

Важным моментом в описании познавательного компонента отношения к лечению является когнитивная оценка происходящего. Согласно Compas et al. сама болезнь не столь сильно продуцирует психический дискомфорт как восприятие индивидом своего заболевания. Люди, которым в целом свойственна диспозиция «оптимизм» лучше воспринимают факт болезни и, соответственно, успешнее справляются с тяготами лечения (цит. по). Еще одним подтверждением этого тезиса является теория когнитивной оценки, разработанная Р. Лазарусом и У. Фолкманом в рамках их транзактной модели стресса и копинга – степень эмоционального дистресса напрямую зависит от когнитивной оценки, которую мы даем данной ситуации (Keitel M.A., Kopala M., 2000).

Keitel M. et al. также придерживаются мнения, что пациентки справляются с ситуацией тем лучше, чем больше они воспринимают болезнь как своеобразное испытание, тем более стрессогенным будет для них путь принятия заболевания и излечения от него. А чем больше женщина будет уверена в контролируемости происходящего и своей независимости от обстоятельств, тем лучше и функциональнее будет и ее самооценка, образ Я и межличностное общение (Keitel M.A., Kopala M., 2000).

Из предыдущего тезиса логично вытекает следующий фактор, относящийся к сфере когнитивного компонента, а именно локус контроля пациентов. Локус контроля – это психологический термин, введенный в 80е годы Дж. Роттером, который описывает склонность человека относить свои достижения к внутренним или внешним факторам. Одно из свежих исследований, посвященных этой проблематике, обнаруживает связь между направленностью локуса контроля, эмоциональными переживаниями пациенток и качеством жизни. По мнению автора, каждая пациентка осознанно или вопреки своему желанию поддается раздумьям о своей витальности и угрожающей природе своей болезни, а также о своей роли в деятельности по преодолению болезни. И на эту экзистенциальную тревогу пациентки могут отвечать различным образом. Согласно результатам

исследования, те пациентки, которые обладали высоким уровнем экстернальности локуса контроля чувствовали себя беспомощными перед неподконтрольностью происходящего. Как следствие, они больше надежд возлагают на влияние «сильных Других» (в данном случае медицинского персонала) или вообще уповают на вмешательство счастливого случая. В результате этого, уровень тревоги данной группы пациентов выше среднего, что снижает качество их жизни и может стать причиной других коморбидных аффективных расстройств (цит. по Keitel M.A., Kopala M., 2000). То же самое отмечал и И. Ялом, основываясь на результатах своих наблюдений за онкологическими больными, - пациенты с интернальным локусом контроля были более заинтересованы в получении информации о своем диагнозе, были готовы давать врачам обратную связь о степени своей информированности, и, в целом, были настроены более позитивно (цит. по Вагайцевой М.В. и соавт., 2015).

Еще одним феноменом, тесно связанным с представлением о контроле, является жизнестойкость (hardiness). Конечно, это скорее интегративный феномен, который тесно связан и во многом определяет особенности эмоционального реагирования и поведенческих проявлений. Но так как ряд авторов, в том числе и сам С. Мадди, предложивший это термин, определяют жизнестойкость как установку, систему убеждений об отношениях конкретного индивида с данным миром, в рамках теоретического анализа удобнее всего ее причислить к когнитивной сфере.

Итак, жизнестойкость определяется тремя компонентами: вовлеченностью, контролем и принятием риска. Высокий уровень всех трех компонентов дает и высокий уровень жизнестойкости, который позволяет индивиду легчеправляться с жизненными трудностями, и меньший спектр жизненных ситуаций рассматривать как травматичные (Maddi S.R., Khoshaba D.M., 1994.).

Вовлеченность отражает удовольствие, получаемое человеком от своей деятельности, его включенность в текущий жизненный контекст. Шкала

контроля показывает, насколько события, происходящие вокруг человека, представляются ему управляемыми и подконтрольными. «Принятие риска» иллюстрирует способность пациента к принятию решений, без гарантии на положительный исход мероприятия, а также способность к переработке и интериоризации прошлого опыта, особенно негативного (Maddi S.R., Khoshaba D.M., 1994.).

В исследовании О.Н. Шаровой, посвященному исследованию феномена жизнестойкости, приняло участие 78 пациентов с онкологической патологией различной локализации. Согласно получившимся данным, не было выявлено достоверных различий по уровню жизнестойкости в зависимости от пола и возраста, также не играл роли и уровень образования респондентов. Заметные различия по уровню выраженности компонента «вовлеченность» получились между группами пациентов, имевших опыт прохождения химиотерапии, и подобного опыта не имевших: у первой группы он значительно выше. Также в этом исследовании была обнаружена связь между выраженнойностью компонента «контроль» и семейным положением респондентов – у людей, состоявших в браке, он был повышен. Также в этом исследовании была выявлена взаимосвязь между уровнем реактивной депрессии и показателями шкалы «контроль» теста жизнестойкости, что подчеркивает потенциально значимую роль потребности в управляемой среде в генезе депрессивных и субдепрессивных состояний у пациентов в соматической клинике. Помимо этого, значение по шкале контроля заметно повышены по сравнению с другими компонентами у пациентов с чертами тревожных и возбудимых личностей (согласно опроснику Леонгарда-Шмишека). Возможно, что именно высокая потребность в контроле и выступает триггерным механизмом для актуализации копинг-стратегий и совладающего поведения (Шарова О.Н., 2016).

Также в 2015 году А. Саргсяном было проведено исследование отношения больных к химиотерапии, непосредственно в момент проведения таковой. Результаты показали, что у 42 % пациентов все показатели жизнестойкости

были снижены, и проявлялось это вкупе с общим переживанием чувства безнадежности и пессимистическим настроем, что оказывается на снижении мотивации к излечению.

Ряд исследователей, занимавшихся изучением феноменов познавательной сферы у больных с онкологическими патологиями, интересовался вопросом каузальной атрибуции в ситуации заболевания – явления приписывания возникновения болезни факторам, которые кажется пациенту наиболее значимыми в патогенезе опухоли (не всегда объективно). Например, в исследовании Lowery, Jacobsen и DuCette (1993), в котором приняло участие 195 пациентов, было обнаружено, что более чем для половины респондентов принятие факта болезни дается большим трудом («почему я?»), и с этим связано убеждение, что они сами или люди в их окружении могли стать непосредственной причиной канцерогенеза. Таким образом, они склонны считать, что болезнь можно было предотвратить, и вера в это становится мощным стрессогенным переживанием (цит. по Keitel M.A., Kopala M., 2000).

Taylor, Lichtman и Wood в более раннем исследовании обнаружили, что среди их респондентов 65% имели точные представления о причине их болезни, но это никак не сказывалось на их процессе адаптации к заболеванию. Однако, если они считали, что могут контролировать происходящее и управлять ситуацией, то адаптация к заболеванию происходит быстрее и эффективнее. Аналогичные результаты также получили и DeValle и Norman (1992). Они опрашивали пациенток на предмет их представлений о природе возникновения заболевания в их индивидуальном случае, с упором на здоровьесберегающее поведение – насколько внимательны они были к своим телесным сигналам, насколько здоровый образ жизни вели. Если пациентки считали себя виновными в возникновении рака, это снижало их уверенность в эффективности врачебной интервенции (цит. по Keitel M.A., Kopala M., 2000)

Еще одним фактором, который значительно изменяет отношение пациента к болезни и лечению, является информированность о заболевании. Исследование, посвященное анализу уровня информированности пациентов, было проведено Симоновой О.Е. и соавторами на выборке из пациентов с раком легкого. Пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от уровня осведомленности о заболевании. Пациенты из 1 группы отрицали злокачественный характер своего заболевания: «у меня полипы», «это просто какая-то опухоль». Пациенты из 2 группы признавали злокачественность своего заболевания, и выражали намерение лечиться, серьезно подходя к проведению всех процедур, признавая их необходимость. Пациенты из 3 группы были не полностью осведомлены о их заболевании, признавая болезнь частично. Они знали, что у них онкологическое заболевание, но отрицали серьезность последствий: «вряд ли это настолько серьезно». Результаты исследования были следующими. В первой и второй группе («отрицающие» и «принимающие» соответственно), было выявлено преимущественное использование адаптивного копинга, в то время как в третьей группе («частичное принятие») пациенты чаще демонстрировали дезадаптивные варианты совладания. Также в группе «отрицающих» и «частично принимающих» было продемонстрировано достоверное превалирование пациентов с экстернальностью локуса контроля. Таким образом, исследователи, основываясь на полученных данных, были склонны предполагать наличие прямой зависимости между степенью информированности о болезни и долей личной ответственности за здоровье (Симонова О.Н. и соавт., 2008).

Таким образом, если резюмировать предыдущие исследования когнитивного компонента отношения к лечению, можно установить, что основными значимыми факторами являются когнитивная оценка ситуации заболевания и чувство контроля происходящего. Можно предположить, что в зависимости от вариативности этих факторов отношение к лечению также будет разниться среди пациентов с одинаковыми диагнозами.

1.2.3. Мотивационно-поведенческий аспект отношения к лечению
Онкологическое заболевание является тяжелым и кризисным и экстремальным состоянием, которое чревато развитием тяжелого дистресса среди больных. Таким образом, болезнь может сильно повлиять на все сферы жизнедеятельности человека и привести к актуализации стратегий совладания со стрессом.

М.В. Долгова и А.А. Васютина исследовали женщин с различным послеоперационным периодом и получили следующие результаты. Статистически значимых различий между реакциями в обеих группах пациенток (исследовались женщины с 1-2хгодичным периодом после операции и 3-летним периодом) выявлено не было, но определенные закономерности в реагировании обратили на себя внимание. Во-первых, преобладающей стратегией во всех группах было «избегание», что показывает травматичность перенесенного заболевания, даже спустя несколько лет. Это может быть связано с наличием косметического дефекта, ослаблением здоровья, страхом перед рецидивом, и, разумеется, значительным уроном внешности в связи с карательным характером операции (Долгова М.В., Васютина А.А., 2014).

В связи с упоминанием влияния фактора изменения внешности невозможно не упомянуть исследование Н.А. Сирота и соавторов. Ими были измерена напряженность различных копинг-стратегий у женщин с выраженным дефектом после оперативного вмешательства (мастэктомия и расширенная мастэктомия) и с менее заметными последствиями операции (мастэктомия с эндопротезированием, радикальная резекция, субтотальная резекция с пластикой). Значительных различий выявлено не было, что могло быть обусловлено пребыванием всех пациенток в равных условиях стационара, среди пациенток с таким же диагнозом, но с вариативным течением, прогнозом и лечением. Было выявлено, что женщины с видимым внешним дефектом чаще используют стратегию «поиск решения проблемы», что возможно связано с частыми обращениями к персоналу с вопросами о

перспективах дальнейшей реабилитации и восстановлением, так как данная проблема стоит перед ними более остро. С этим же связана высокая напряженность копинга «поиск социальной поддержки», радикальные изменения внешности, возможно, способствуют целенаправленному поиску одобрения и помощи со стороны. Данные этого исследования в некоторой мере противоречат вышеприведенному – в исследовании Н.А. Сирота и соавторов было показано меньшее использование стратегии «избегания», что может являться следствием малого прошествия времени после постановки диагноза и новизной ситуации (Сирота Н.А., Фетисов Б.А., 2014).

Также авторами была использована интересная методика для определения выраженности стратегии совладания, связанной с религией. Было показано, что женщины из обеих групп часто прибегают к «положительному религиозному копингу», но в группе пациенток с внешне заметным дефектом показатель «отрицательного копинга» все же встречается чаще. Данное явление может быть следствием некой обиды и конфронтации с высшими силами, чувств смятения и сомнения (Сирота Н.А., Фетисов Б.А., 2014).

В исследовании А.Д. Зикиряходжаева и соавторов изучались копинг-стратегии двух разных групп пациенток - с видимым послеоперационным дефектом или без наличия такого. Исследование показало, что пациентки и в той и в другой группе склонны использовать в умеренной степени все стратегии совладания, но больше всего выделяют «поиск социальной поддержки» и «планирование решения проблемы». Также в обеих группах часто используется положительный религиозный копинг. Отрицательный религиозный копинг используется больше в группе пациенток с видимым постоперационным дефектом (Зикиряходжаев А.Д. и соавт., 2015).

Среди зарубежных исследований обращают на себя внимание работы, исследующие парный копинг (dyadic coping). Данные исследования подтверждают важность ресурса социальной поддержки, особенно со стороны ближайшего окружения. Очевидно, что постановка диагноза «рак

груди», перспектива продолжительного и тяжелого лечения, долгого восстановления и возможной витальной угрозы не может не подействовать на функционирование пары или семьи. Партнеру в ситуации заболевания необходимо также довольно сильно изменить свой образ жизни и вписать в перечень повседневных рутин дела, позволяющие облегчить бремя болезни для больной, оказать поддержку, проявить заботу и внимание. На примере исследования M.J. Traa et al. было показано благотворное воздействие на укрепление отношений пары при восприятии болезни как общей проблемы (we-disease). Также был показан негативный эффект в семьях при избегании обсуждения столь волнующей темы. Таким образом, авторами статьи был описан континuum с двумя полярными значениями:

- «позитивный парный копинг» - совместный отдых, поиск информации, решение проблем;
- «негативный парный копинг» - утаивание информации друг от друга, избегание обсуждения.

Очевидно, что негативный парный копинг способен крайне негативно повлиять на отношения в семье, лишив таким образом пациентку важного источника личностных ресурсов к адаптации (M.J. Traa et al., 2015).

Разумеется, онкологическое заболевание, как заболевание с витальной угрозой, является экстремальной и кризисной ситуацией для пациента, и поэтому провоцирует определенные изменения в системе смыслов и ценностей, что отражено в исследовании Филатовой Ю.В. Эта работа была посвящена исследованию ценностного отношения женщин к здоровью, в ней приняли участие здоровые женщины и пациентки онкологической патологией молочной железы. Женщины, больные раком молочной железы, в отличие от женщин, не имеющих онкологического заболевания в анамнезе, ставят «здоровье» на доминирующую позицию в иерархии ценностей, вся внутренняя логика мотивов подчиняется мотиву сохранения и укрепления здоровья, однако, по мнению исследователя, не всегда экстериоризуется в

поведение. Таким образом, автор полагает, что подобная реакция (демонстрация значимости ценности, не выражаясь в реализации на уровне поведения) является своеобразной компенсаторной реакцией в ситуации болезни, или просто социально ожидаемой реакцией (Филатова Ю.В., 2011).

Г.А. Ткаченко и М.В. Яковлевым также было проведено исследование, отражающее изменение ценностных ориентаций больных в процессе излечения рака. Для этого пациентам предлагалась к заполнению методика М. Рокича, которую необходимо было заполнить дважды – при поступлении в стационар и после окончания лечения. Выборка пациентов составила 115 человек, в нее вошли пациентки с диагнозом «рак молочной железы». Для сравнения была сформирована группа из 50 человек, не имеющих ранее онкологического заболевания в анамнезе. В обеих группах женщины определили «здоровье» как ведущую ценность (отсутствие различий между двумя выборками подтверждено статистически). Но ценности, связанные с семейным благополучием, любовью значительно больше выражены в группе больных РМЖ, что может быть связано с перспективой прохождения калечащей операции и адъювантной химиотерапии, которые могут ухудшить внешний вид пациенток, а также создать ситуацию, в которой они острее здоровых людей нуждаются в поддержке, сочувствии и понимании (Ткаченко Г.А., Яковлев М.В., 2007).

Мотивационно-потребностная сфера также подвергается переосмыслению и реструктуризации, что, в свою очередь, отражается и на поведении. Динамика подчинена психологическим задачам, которые приходится решать пациенту с целью скорейшей адаптации к заболеванию. Согласно Т.Ю. Мариловой и др. авторам, одним из самых сложных событий в жизни больного становится диагностический этап, на котором у пациента мотивы формируются под влиянием предельных эмоциональных переживаний, которые он не в силах контролировать – страх перед смертью, болезнью. На поведенческом уровне это отражается в виде некоторой дезорганизации

поведения, в некоторых случаях пациентам свойственен мотив завершения дел. Актуализируется страх потери красоты, женственности, распада отношений. Все это вкупе приводит к достоверному повышению уровня тревоги, депрессивным и субдепрессивным состояниям (Марилова Т.Ю., 1984).

Также на первый план выходит мотив «сохранения здоровья», для больных в иерархии ценностей здоровье постепенно переходит на первый план, что подтверждено экспериментально-психологическими методиками – в teste пиктограмм понятия «счастье», «богатство» больные ассоциировали со здоровьем (Марилова Т.Ю., 1084).

В послеоперационном периоде мотив выживания постепенно отходит на второй план, т.к. страх смерти и болезни, превалировавший в сознании пациенток, после проведения лечебных процедур, сменяется чувством надежды на благоприятный исход. Главным потрясением для пациенток являются последствия операции, а именно послеоперационный дефект и его тяжесть. В этот момент больных могут обуревать мысли о безвозвратной потере красоты и женственности, потенциальной невозможности или сложности построения отношений. Таким образом, Т.Ю. Марилова охарактеризовала ведущий мотив на данной стадии как мотив «социальной выживаемости», который проявляется в поведении как попытки утверждения, компенсации своего измененного физического образа (Марилова Т.Ю., 1984).

Итак, резюмируем получившиеся данные.

1. Отношение к лечению несводимо к другим смежным терминам, таким как комплаенс или приверженность к лечению, так как отличается большей ориентацией на внутреннюю переработку пациентом происходящего, а не только на объективно наблюдаемое поведение.

2. Эмоциональная сторона отношения к лечению в основном характеризуется увеличением тревоги и подавленности. У ряда пациентов актуализируются соответствующие страхи.
3. Когнитивная сторона отношения к лечению варьируется в зависимости от первичного восприятия болезни, знаний о ней, а также от локуса контроля в сфере здоровья у пациента.
4. Поведение пациента меняется вследствие изменения системы мотивов, опосредующий поведение – здесь на первый план выходит мотив сохранения здоровья, ценность «здоровье» занимает превалирующее место в всей иерархии ценностей.

Глава 2. Методы и организация исследования отношения к лечению у больных раком молочной железы

2.1. Описание выборки

В соответствии с темой работы исследовано 60 больных РМЖ в возрасте от 29 до 67 лет, находящихся на лечение на отделении опухолей молочной железы НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова МЗ РФ. На момент исследования 90 % больных проходили первичное лечение, 10 % - в связи с рецидивом заболевания. Послеоперационная химиотерапия была у 20 % пациенток, у 65 % больных была только операция, а у 6 % - только химиотерапия, 9 % пациенток находились в состоянии ожидания лечения.

Предмет исследования: отношение к лечению у пациенток с РМЖ.

Цель работы: исследовать отношение к лечению у больных раком молочной железы

Задачи исследования:

1. Исследовать отношение к болезни и лечению у больных РМЖ.
2. Определить тип реагирования на заболевания у больных РМЖ
3. Изучить специфику соматических жалоб больных РМЖ
4. Исследовать эмоциональное состояние больных РМЖ
5. Исследовать особенности личности больной, влияющие на ее способность выдерживать стрессовую ситуацию (жизнестойкость) и стратегии совладающего поведения у данной категории пациенток

Гипотезы:

1. Отношение к лечению пациенток РМЖ имеет связь с типом их реагирования на заболевание.

2. Отношение к лечению определяется эмоциональным состоянием и личностными особенностями пациенток

2.2. Методы исследования

2.2.1. Клиническая беседа

С каждой опрашиваемой была проведена беседа на основании перечня вопросов. Вопросы подбирались таким образом, чтобы выяснить их социальное положение, выяснить отношение больных к своему заболеванию, вычленить его структурные компоненты . Для этого важно было установить с больными психологический контакт и доверительные отношения. Благодаря чему стала возможна и сама беседа.

Беседа была условно разделена на несколько блоков:

- «Социально-демографические характеристики» - возраст, семейное положение пациенток, сведения о их образовании и трудовой деятельности
- «Клинические характеристики» - сведения о длительности заболевания (с момента официальной постановки диагноза), пройденных лечебных процедурах
- «Отношение к болезни» - в данном блоке вопросы касались различных аспектов отношения к лечению, а именно когнитивного – предыдущего опыта болезней (не обязательно онкологических), опыта соприкосновения с ситуацией онкологического заболевания, собственных предпосылок и умозаключений о природе болезни; эмоционального аспекта – реакции на постановку диагноза; поведенческого компонента – изменения привычного стереотипа поведения, добавления новых привычек. Также в данном блоке старались уделить внимание динамике отношения к болезни, наличию поддерживающих факторов (внутренние ресурсы, поддержка извне).

- «Отношение к лечению» - здесь вопросы были направлены на выяснение отношения к актуальной ситуации лечения: насколько пациентки информированы о проводимом лечении, как оценивают степень дискомфорта вследствие определенных процедур, эмоциональные реакции. Также важным моментом в этом блоке является выяснение отношения к медицинскому персоналу – также активному участнику лечебного процесса.
- «Отношение к будущему» - вопросы в этом блоке были направлены на прояснение планов пациенток на жизнь после лечения – насколько сформированы их представления о жизни после лечения, о функциональных ограничениях, накладываемых лечением.

Порядок вопросов определялся ходом беседы, при необходимости задавались проясняющие вопросы, что придавало процессу взаимодействия более комфортный и неформальный характер, обеспечивая сохранение контакта. Ответы на вопросы фиксировались в письменном виде. Текст беседы представлен в приложении А.

По завершению беседы пациенткам был предложен ряд методик.

2.2.2. Гиссенская шкала соматических жалоб

Гиссенский опросник соматических жалоб был предложен в 1967 году Е. Брюхлером и Дж. Снером, адаптирован в психоневрологическом институте им. В.Н. Бехтерева в 1993 году В.А. Абабковым, Г.Л. Исуриной, С.М. Бабиным.

Был создан для определения интенсивности и степени эмоциональной окрашенности жалоб по поводу физического самочувствия.

Опросник состоит из 24 пунктов - перечня жалоб, относящихся к таким сферам как общее самочувствие, вегетативные расстройства, нарушение функций внутренних органов. В опроснике отсутствуют чисто

«психические» симптомы, так как для их регистрации имеется множество других опросников.

Опросник имеет 4 основных шкалы :

- Истощение - характеризует неспецифический фактор истощения, который указывает на общую потерю жизненной энергии и потребность пациента в помощи (вопросы 1, 7, 29, 32, 36, 42)
- «Желудочные жалобы» - отражает синдром нервных (психосоматических) желудочных недомоганий (эпигастральный синдром) (пункты 3, 15, 18, 23, 25, 51)
- «Ревматический фактор» - выражает субъективные страдания пациента, носящие алгический или спастический характер (пункты 9, 11, 13, 27, 41, 55).
- «Сердечные жалобы» - указывает, что пациент локализует свои недомогания преимущественно в сердечно-сосудистой сфере (пункты 2, 10, 20, 45, 52, 56).

И, помимо основных, также присутствует суммарная шкала «Интенсивность», определяющая общий уровень эмоциональной насыщенности жалоб (Райгородский Д.Я., 1998).

Каждый из пунктов оценивается по 5-балльной шкале:

- 0 – «нет» (симптом отсутствует)
- 1 – «слегка»
- 2 – «несколько»
- 3 – «значительно»
- 4 – «сильно».

2.2.3. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)

Шкала разработана Zigmond A.S. и Snaith R.P. в 1983 г. для выявления и оценки тяжести депрессии и тревоги в условиях общемедицинской практики. Преимущества обсуждаемой шкалы заключаются в простоте применения и обработки (заполнение шкалы не требует продолжительного времени и не вызывает затруднений у пациента), что позволяет рекомендовать ее к использованию в общесоматической практике для первичного выявления тревоги и депрессии у пациентов (скрининга). Опросник обладает высокой дискриминантной валидностью в отношении двух расстройств: тревоги и депрессии. Для более детальной квалификации состояния и отслеживания его дальнейшей динамики рекомендуется пользоваться более чувствительными клиническими шкалами (например, Шкалой депрессии Гамильтона, Шкалой тревоги Гамильтона, Шкалой Монтгомери - Асберга для оценки депрессии, Опросником депрессии Бека, Шкалой тревоги Кови, Шкалой тревоги Бека).

При формировании шкалы авторы исключали симптомы тревоги и депрессии, которые могут быть интерпретированы как проявление соматического заболевания (например, головокружения, головные боли и проч.). Пункты субшкалы депрессии отобраны из списка наиболее часто встречающихся жалоб и симптомов и отражают преимущественно ангедонический компонент депрессивного расстройства. Пункты субшкалы тревоги составлены на основе соответствующей секции стандартизованного клинического интервью Present State Examination и личном клиническом опыте авторов и отражают преимущественно психологические проявления тревоги.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии содержит 14 пунктов, каждому из которых соответствует 4 варианта ответов, отражающих степень нарастания симптоматики (Смулевич А.Б., 2001).

2.2.3. Методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ)

ТОБОЛ (тип отношения к болезни) - клиническая тестовая методика, направленная на диагностику типа отношения к болезни.

При создании ТОБОЛ была использована клинико-психологическая типология отношения к болезни, предложенная А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым в 1980 году. 12 типов реагирования, диагностируемые тестом:

- Гармоничный тип –адекватная, относительно реалистичная оценка своего заболевания и его влияния на будущие перспективы. Пациенты с подобным типом отношения склонны к формированию устойчивого комплаенса, следованию рекомендациям врача.
- Эргопатический тип – для пациентов с подобным типом реагирования характерно стремление во что бы то ни стало продолжать трудовую деятельность, в ряде случаев с большим рвением чем до болезни. Из-за ориентированности пациента на сохранение своего трудового статуса, он может весьма избирательно относиться к диагностическим процедурам, и пренебрегать некоторыми врачебными рекомендациями.
- Анозогнозический тип – пациенты отрещаются от мыслей о болезни вплоть до отрицания очевидного. В случае признания себя больным обесцениваются возможные последствия заболевания. В связи с этим возможен отказ от врачебного обследования и лечения либо крайне пренебрежительное отношение к таковым.
- Тревожный тип - при этом типе отношения к болезни для пациента характерна тревога, связанная с болезнью и ее последствиями.
- Ипохондрический тип –данный тип характеризуется чрезмерной концентрацией на собственных признаках недомогания. Больным свойственна агgravация, и в противовес анозогнозическому типу «наделение себя» симптомами более тяжелого заболевания, нежели имеющееся, а также поиск несуществующих сопутствующих заболеваний.
- Неврастенический тип – больные чрезмерно раздражительны и астенизированы (поведение по типу «раздражительной слабости»).

Больной может быть импульсивен и раздражителен, особенно после неприятных процедур или отсутствия быстрого улучшения.

- Меланхолический (депрессивный) – для пациентов с данным типом отношения наиболее характерны депрессивные переживания, обусловленные ситуацией заболевания. Также свойственны пессимистические мысли о безуспешности лечения и отсутствие надежды на выздоровление. Остальные события также приобретают негативную окраску из-за стойкой ангедонии.
- Апатический тип – при внешнем подчинении и следовании рекомендациям медперсонала, пациент абсолютно пассивен, не испытывает интереса к результатам диагностики, событиям окружающего мира, равнодушен к своему будущему.
- Дисфорический (агрессивный) тип – пациент с подобным типом часто допускает агрессивные реакции, в силу подозрительности и неверия в результаты лечения. Угрюмость, раздражительность и тоскливо-настроение больного вызвано отсутствием видимого улучшения, а также заставляет его испытывать зависть и порой ненависть к здоровым людям.
- Сенситивный тип – для пациента характерна повышенная чувствительность, связанная с заболеванием, при взаимодействии с другими людьми. Больного отличает чрезмерная ранимость, уязвимость, озабоченность возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о его заболевании.
- Эгоцентрический тип - для пациента характерно переживание ее как тяжелой, протекающей необычно, заслуживающей особого внимания окружающих. Больного с этим типом отличает стремление привлечь к себе внимание проявлением своих страданий и переживаний, попытки

продемонстрировать непохожесть своего заболевания на такую же болезнь у других пациентов, исключительный характер его протекания.

- Паранойяльный тип – пациентов с данным типом отношения преследуют идеи о болезни как о результате злого умысла окружающих. Больной крайне подозителен, и порой склонен к агgravации

Выше перечисленные типы отношения к болезни впоследствии были поделены авторами на 3 блока: условно-адаптивный, интрапсихически-дезадаптивный и интерпсихически-дезадаптивный.

Для составления текста были выбраны 12 наиболее важных, по мнению автора, жизненных сфер, отражающих систему отношений личности: отношение к болезни, к ее лечению, врачам и медперсоналу, родным и близким, окружающим, работе (учебе), одиночеству, будущему, а также самооценка самочувствия, настроения, сна и аппетита.

Отличительной особенностью теста, вытекающей из первоначальной задумки и организации валидизации, является необычная структура: он состоит из списков утверждений, в каждом из которых респонденту необходимо выбрать 1 или 2 (в отличие от тестов, в которых нужно ответить на ряд вопросов да/нет, либо степенью согласия с утверждением). Каждое утверждение является специфичным для определенного типа реагирования на болезнь, а также ему присваивается количественная характеристика, которую можно увидеть в диагностическом коде опросника. Результаты подсчитываются, тот тип отношения, для которого характерна максимальная сумма баллов, является превалирующим. Остальные типы отношения, которые набрали сумму не меньше чем на семь баллов, чем сумма по шкале превалирующего типа, также считаются представленными в картине реагирования на болезнь данного пациента. Если максимальное количество баллов набрали два типа – это считается смешанным типом, если более – диффузным (Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., 2005).

2.2.4. Опросник стратегий совладающего поведения Р. Лазаруса, У. Фолкмана
Методика предназначена для определения копинг-механизмов, способов преодоления трудностей в различных сферах психической деятельности.

Методика была разработана Р. Лазарусом и С. Фолкманом в 1988 году, адаптирована Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой в 2004 году, дополнительно стандартизирована в НИПНИ им. Бехетерева Л.И. Вассерманом, Б.В. Иовлевым, Е.Р. Исаевой, Е.А. Трифоновой, О.Ю. Щелковой, М.Ю. Новожиловой.

Опросник был создан на основе первой методической разработки Folkman & Lazarus (1980) – опросника «Контрольный перечень способов копинга» (Ways of Coping Checklist – WCC), который составляли 68 пунктов-утверждений, сформулированных на основе концептуальных разработок и результатов эмпирических исследований. В дальнейшем содержание и структура опросника подвергались пересмотру и переоценке. В редакции 1998 года опросник содержит 66 утверждений, объединенных в 8 шкал. Затем в 2004 году методика была адаптирована Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой и дополнительно стандартизирована в НИПНИ им. Бехетерева Л.И. Вассерманом, Б.В. Иовлевым, Е.Р. Исаевой, Е.А. Трифоновой, О.Ю. Щелковой, М.Ю. Новожиловой.

Совладание с жизненными трудностями, как утверждают авторы методики, есть постоянно изменяющиеся когнитивные и поведенческие усилия индивида с целью управления специфическими внешними и (или) внутренними требованиями, которые оцениваются им как подвергающие его испытанию или превышающие его ресурсы. Задача совладания с негативными жизненными обстоятельствами состоит в том, чтобы либо преодолеть трудности, либо уменьшить их отрицательные последствия, либо избежать этих трудностей, либо вытерпеть их. Можно определить совладающее поведение как целенаправленное социальное поведение, позволяющее справиться с трудной жизненной ситуацией (или стрессом)

способами, адекватными личностным особенностям и ситуации, - через осознанные стратегии действий. Это сознательное поведение направлено на активное изменение, преобразование ситуации, поддающейся контролю, или на приспособление к ней, если ситуация не поддаётся контролю. При таком понимании оно важно для социальной адаптации здоровых людей. Его стили и стратегии рассматриваются как отдельные элементы сознательного социального поведения, с помощью которых человек справляется с жизненными трудностями.

Эффективность той или иной стратегии зависит от особенностей актуальной ситуации и имеющихся личностных ресурсов, поэтому говорить об адаптивности/дезадаптивности отдельных копинг-стратегий некорректно. Стратегии, эффективные в одной ситуации, могут быть неэффективными и даже приносить вред – в другой. Вместе с тем выделяют ряд психосоциальных факторов, способствующих адаптации к стрессовым ситуациям относительно независимо от характеристик этих ситуаций. К ним относят комплекс адаптивных индивидуально-типологических (преимущественно когнитивно-стилевых) особенностей (например, копинг-компетентность, оптимизм, самоуважение, интернальный локус контроля, жизнестойкость и т.п.), а также свойства социальной сети и адекватность социальной поддержки.

2.2.5. Методика «Тест жизнестойкости» С. Мадди

Данный тест в оригинале носит название Hardiness Survey и был создан в 1984 г. Сальваторе Мадди, и впоследствии переведена и адаптирована для русскоязычной аудитории Д.А. Леонтьевым и Е.И. Рассказовой.

Отправной точкой в построении теоретической базы данного опросника стал вопрос «Какие факторы способствуют снижению психического напряжения в случае стресса?» С. Мадди высказал предположение, что существует некий теоретический конструкт – «жизнестойкость», который, по мнению исследователя, представляет собой нечто тождественное понятию «мужество

быть», введенному экзистенциальным философом П. Тиллихом. Жизнестойкость – это внутренний ресурс каждого человека, который позволяет ему в трудных ситуациях кризиса и непределенности сохранять способность к адаптации и эффективному совладанию.

С. Мадди выделяет три компонента в феномене жизнестойкости – вовлеченность, контроль и принятие риска. Вовлеченность отражает увлеченность человека тем, что он делает, удовольствие от актуальной деятельности. В случае слабой выраженности данного компонента, человек ощущает себя вырванным из жизненного контекста. Сам исследователь отражает это состояние следующим образом: «Если вы чувствуете уверенность в том, что мир великодушен, вам присуща вовлеченность»

Аспект контроля отражает возможность человека самому руководить изменениями деятельности, активную позицию творца своего жизненного пути. Противоположным полюсом является чувство беспомощности, обреченности.

И, наконец, компонент «Принятие риска» представляет собой способность действовать и принимать решения, не имея гарантии успешного результата, а также интериоризировать опыт, полученный в процессе деятельности вне зависимости от его успешности или провальности.

Таким образом, жизнестойкость представляет собой отдельную психологическую категорию, несводимую к терминам «копинг», «самоэффективность», «устойчивость».

Для создания методики авторы проанализировали стимульный материал шести тестов, исследующих сходную проблематику (), и выбрали из них пункты, содержательно соответствующие вышеприведенным компонентам. В ходе дальнейшей апробации число пунктов было сокращено, остались только наиболее валидные.

В русскоязычной адаптации теста (45 вопросов), созданной Д.А. Леонтьевым и Е.И. Рассказовой, сохранена структура оригинала, состоящая из трех основных шкал и одной суммарной. Впоследствии были созданы сокращенная и скрининговая версия, но в нашем исследовании была применена именно модификация Д.А. Леонтьева (Леонтьев Д.А., Рассказова Е.А., 2006).

2.3. Процедура исследования

Исследование проводилось в два этапа в период с 2014 по 2016 год на 1ом хирургическом отделении опухолей молочной железы НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова. Каждая пациентка обследовалась индивидуально.

Клиническая беседа и психодиагностическая процедура проводились в палатах (за редким исключением в коридорах отделения).

Этапность исследования объясняется тем, что после первичной обработки данных первого этапа исследования (для 35 человек) и последующего анализа, было решено привнести некоторые корректизы в психодиагностическую процедуру. Были добавлены вопросы, расширяющие представление о эмоциональном состоянии пациентов на разных этапах лечения, что сделало возможным полноценное описание степени испытываемого пациентами дистресса и более чувствительное отслеживание его динамики. Также было решено включить Гиссенский опросник соматических жалоб, помогающий учитывать физическое состояние респонденток, и опросник жизнестойкости С. Мадди, расширяющий представление о изменении когнитивных конструктов в ситуации заболевания. Данные результаты также могут быть использованы, так как данные по ним получены для выборки в 25 человек – вполне достаточной для статистической обработки.

2.4. Математические методы обработки данных

1. Первичные описательные статистики – средние значения, среднее отклонение, асимметрия и эксцесс распределения.

Среднее – сумма всех значений измеренного признака деленная на суммарное количество всех значений.

Асимметрия – степень отклонения полученного графика распределения значений от симметричного относительно среднего.

Эксцесс – мера остроконечности полученного графика распределения частот.

2. Критерий U Манна-Уитни

Аналог критерия t-Стьюарта для непараметрических выборок, позволяет оценить количество «пересечений» двух выборок, т.е. чем более различны выборки, тем меньше показатель критерия.

3. Коэффициент ранговой корреляции r-Спирмена

Мера линейной связи между двумя переменными, демонстрирует пропорциональность изменчивости между двумя переменными. Представляет собой версию коэффициента корреляции r-Пирсона для переменных, которые были представлены в различных порядковых шкалах, и поэтому были предварительно проранжированы.

Глава 3. Результаты исследования и их обсуждение

3.1. Анализ данных клинико-психологического метода исследования

Так как беседа была разбита на блоки, целесообразным представляется анализировать группы вопросов отдельно для удобства интерпретации.

Клиническая беседа была разбита на блоки. В первом блоке анализировалось отношение к болезни. При этом в данном отношении условно были выделены когнитивный, аффективный и конативный аспекты, а также особенности динамики.

Когнитивный аспект отношения болезни отражается в знаниях о своем состоянии, предпосылках его возникновения, прогнозах, интериоризация собственного опыта пребывания в стационаре и опыта других близких людей с диагнозом «рак».

Таблица 1. Концепция болезни, используемая больным

Модель болезни	О б щ е е к о л и ч е с т в о пациентов, чел.	Процент от общего к о л и ч е с т в а пациентов, (%)	П р о ц е н т от к о л и ч е с т в а п а ц и е н т о в , имеющих модель болезни (%)
Биологическая	10	17	24
Психологическая	20	33	48
Смешанная	12	20	29
Не знаю	18	30	-

Согласно полученным данным, большая часть пациентов имеет ориентируется на определенную концепцию заболевания. Для 24% предпочтительной является биологическая концепция, в которую они наполняют субъективным содержанием (ушибы, гормональные сбои, упрощенные объяснения о нетипичной природе одной клетки, превратившейся в целое злокачественное образование и т.д.) («Как врач мне сказал – одна клеточка от другого органа прикрепилась не в том месте и

начала расти»). Для 48% пациентов приемлема психологическая концепция, часто приводят в качестве причин психологические потрясения, стрессы, переживание утрат («Образ жизни неправильный вела – часто нервничала, злилась»). 29% - не имеют определенной концепции («Если бы знала – наверное, не заболела»), 18 опрошенных (30% всех респонденток) не могут дать однозначного ответа на этот вопрос – стараются об этом не думать, отводят ведущую роль в этой ситуации случаю.

Таблица 2. Использование предыдущего опыта болезни

Опыт болезни как информация	Количество пациентов (чел.)	Процент от общего количества (%)
Имели	42	70
Не имели	18	30

70% испытуемых уже имели в прошлом опыт нахождения в стационаре, не связанный с онкологическим заболеванием, причем около половины проходили различные оперативные вмешательства. Так как в большинстве случаев опрошенные имели опыт болезни, напрашивается предположение, что сам факт госпитализации не является для пациенток стрессовым фактором. Многие отвечают, что даже рады такому стечению обстоятельств, так как это знаменует собой начало борьбы с недугом («Первые три недели ожидания были мучительными. Когда сюда попала, узнала план действий – пришло облегчение и спокойствие»). Но так же стоит отметить, что те 30%, которые на момент обнаружения опухоли молочной железы были здоровы, могут испытывать значительные неудобства в связи с попаданием в клинику, но они нивелируются комфортными условиями клиники.

Таблица 3. Наличие информации, полученной от другого больного

Поиск информации о заболевании при взаимодействии с другим больным	Количество пациентов (чел.)	Процент от общего количества (%)

Есть	30	50
Нет	30	50

Половина опрошенных пациенток также имели опыт взаимодействия с онкологическими больными, причем 50% из этой группы больных потеряли своих близких из-за болезни, что не может не наложить отпечаток на восприятие актуальной ситуации. С этим же связан и следующий вопрос – здоровьесберегающее поведение и прохождение различных медосмотров и профессиональных диспансеризаций.

Еще одним вопросом, связанных с описанием когнитивного аспекта отношения к болезни, является описание образа болезни, ментальной репрезентации своего текущего состояния. Оно часто бывает образным, метафоричным. Попытка визуализировать заболевание является одним из способов представить его как нечто победимое, сопоставимое с чем-то по силе, или как что-то, что можно побороть. Около 35% испытуемых имеют воображаемый образ болезни. Зачастую они представляют ее как нечто враждебное и неприятное – повторяются образы гидры, осьминога, «чего-то склизкого, с щупальцами», «что-то сидит, такое темное, ядовитое, нужно отщипнуть и выкинуть». В описаниях превалирует темный свет, лишь изредка описывают болезнь как пронзительно яркий свет, луч («Опухоль не представляю себе как монстра, что-то страшное, все-таки, если испытывать много агрессии, то это все на организме отразится. Часто представляю ее как серебряные нити, которые меня пронизывают»). Иногда в своих описаниях пациенты делают акцент на происхождении опухоли из клетки («Даже удивляюсь – я, такая большая, а убить меня может такая маленькая клеточка»). Вероятно, это служит стремлению умалить значимость образования, сделать его менее опасным и пугающим.

Следующий немаловажный аспект отношения к болезни – эмоциональное реагирование.

Таблица 4. Реакция на обнаружение заболевания

Р е а к ц и я на обнаружение	Количество человек (чел.)	Д о л я от общего количество пациентов (%)
Шок	30	50
Отрицание	6	10
Страх	11	18,3
Отреагирование	5	8,3
Спокойствие	6	10
Д и с с о ц и а т и в н ы е реакции	2	3,3

Как видно из таблицы половина всех пациенток свое состояние после сообщения диагноза описывают как шоковое. Шок – это распространенная реакция на травматическое событие, за счет притупления чувств снижается эффект воздействия ситуации, поэтому можно предположить, что в разной степени он присущ практически всем пациентам. Чуть больше 18% пациенток отвечают, что их первой реакцией был страх, или даже описывают свое состояние как паническое. 8.3 % опрошенных вспоминали, что в тот момент реагировали бурно («конечно, была просто истерика»), плакали, сильно переживали, и период мог затягиваться на несколько дней. 10% опрошенных отрицали случившееся, рассматривая диагноз как ошибочный и невозможный. Еще 10% были спокойны на момент сообщения диагноза – были готовы к подобному, или «хорошо знали, что с этим делать». И около 3% пациенток пережили состояния, похожие на дереализационные – чувствовали, будто все происходит не с ними, нереальность происходящего – «это все как будто не со мной происходит, словно в кино все это вижу».

Также мы отнесли к эмоциональному реагированию и предчувствия болезни. 28,3% пациенток (17 человек) говорили, что предполагали, что подобное могло с ними произойти, и их предчувствия выражались в форме тревожных мыслей, особенно при столкновении с новостями, разговорами о раке («Даже спрашивала у всех постоянно – может быть, у меня рак?»).

Поведенческий и мотивационный аспекты в основном выражались в вопросах о здоровье сберегающем поведении пациенток.

Таблица 5. Забота о здоровье

Забота о здоровье	Количество пациентов (чел.)	Процент от общего количества пациентов (%)
Да	41	68,3
Нет	11	18,3
Затрудняюсь	8	13,3

Таким образом 68% опрошенных проходили регулярные профессиональные медосмотры, причем некоторые из них докладывают о посещении кабинета маммолога, что связано с возрастом и группой риска (генетической предрасположенностью, мастопатией, фиброобразованиями). Еще 31 % отмечают, что не следили за своим здоровьем в должной мере, либо проходили осмотры нерегулярно. Также сетуют на нездоровий образ жизни, куда включают ненормированный рабочий день, невнимание к собственным телесным сигналам, усталость («То, что очень сильно уставала, были странные простуды, отеки – понимаю только сейчас. А раньше как будто не замечала»)

Также в ходе беседы было обращено внимание на обнаружение симптомов самими пациентками и время обращения к врачу. Пациентки часто осознавали наличие у них специфических ощущений постфактум, либо вообще не обнаруживали ничего подозрительного до появления уплотнений. 65% процентов обратились к врачу практически сразу же. 31,6% обратились к

врачу не сразу же, а в течение месяца, объясняя это различными причинами – работой, отпуском в другом городе, только изредка мотивируя это страхом, «поиском своего врача». И только 3% (2 человека) обратились с существенной задержкой практически до одного месяца («Искала «своего» врача, который будет лечить меня, а не болезнь. Когда пришла к своему лечащему врачу, он мне так и сказал «Ну что, коллега, будем вас лечить?»»).

Также было немаловажно исследовать ресурсы пациенток, которые позволяют им справляться в этой кризисной и травматичной ситуации. Мы опросили пациенток на предмет внешней поддержки и внутренних механизмов совладания. Большинство пациенток получают поддержку от семьи и друзей, а также от детей «Увижу сына – для меня уже радость». Исключительно все пациенты подчеркивают значимость такой поддержки для себя, в некоторых случаях лишь упоминая о переживании одиночества, будучи даже окруженым близкими людьми «Они, конечно, поддерживают меня... У нас (на Кавказе) так положено. Но все равно, они не так все это понимают». «Здесь, где все такие же как ты, намного легче даже находиться» - говорит одна из пациенток о своих соседях по палате, подчеркивая то, что объединенные одним диагнозом пациентки порой оказывают поддержку друг другу даже лучше самых близких людей.

Анализ отношения к лечению

Отношение к врачу

Отношение к врачу – важный компонент отношения к лечению, потому что во многом именно из-за слаженности действий врача и пациента, доверия к врачу складывается успех лечения и, что немаловажно, удовлетворенность пациента процессом лечения. В нашей беседе мы выявили несколько вопросов, которые описывают взаимодействие врача и пациента:

- «является ли взаимодействие с врачом для вас поддержкой?»
- «как вы считаете, ваше лечение полностью зависит от врача?»

Также мы рассматривали ответы и на вопросы, формально относящиеся к другим компонентам, а именно «В чьей поддержке вы больше всего нуждаетесь?» (если пациенты указывают на врача) и «есть ли вопросы, которые вам хотелось бы обсудить с врачом дополнительно?». Таким образом, для этого компонента мы получили следующие результаты.

Подавляющее большинство пациентов оценивают свое взаимодействие с врачом как сильный поддерживающий фактор. Поддержку от врача пациентки видят в:

- Доступности врача («Все врачи, ординаторы всегда очень добрые, улыбаются. Дали контактные номера – можно звонить по любому вопросу»).
- Готовности ответить на все возникающие вопросы («Врач пришла ко мне на следующий день после операции, просто и понятно все объяснила»).
- Позитивном настрой самого врача («Я увидела это и в Германии, и здесь. Там врачи не смотрят на тебя как на безнадежного, умирающего. А в районной поликлинике тебе об этом прямым текстом скажут»)

Таблица 6. Распределение пациентов по группам, согласно количественному значению показателя «отношение к врачу»

Значения		Частота	Процент	Валидный процент	Накопленный процент
Валидные	0	1	1,7	1,7	1,7
	1	3	5,0	5,0	6,7
	2	12	20,0	20,0	26,7
	3	27	45,0	45,0	71,7
	4	16	26,7	26,7	98,3

5	1	1,7	1,7	100,0
Итого	60	100,0	100,0	

Ответственность за лечение пациенты склонны делить между врачом и пациентом, ответы, когда пациенты считают, что лечение полностью зависит от врачей, встретились только в двух случаях. Ответственность за исход лечения пациентами распределялась следующим образом: «От врача зависят лекарства, назначение лечения... А от пациента позитивный настрой, исполнение».

Также мы оценивали субъективную значимость этого отношения, а именно насколько важным стал процесс лечения для пациенток, занимает ли отношение к этому процессу ведущее место в актуальной системе отношений. Этот компонент оценить представилось возможным благодаря ответам на следующие вопросы:

- «Как вы относитесь к лечебным процедурам сейчас?»
- «Стремитесь ли вы получить новую информацию о лечении?»
- «Достаточно ли вы информированы врачом?»
- «Есть ли вопросы, которые хотелось бы обсудить с врачом дополнительно?»
- «Есть ли у вас контакт с врачом?»

Вопросы из данной группы направлены на оценку восприятия важности процесса лечения, вовлеченности самих пациентов в процесс, их активного участия. Ответы на все пять вопросов были оценены и распределение получилось таким:

Таблица 7. Значимость лечения

		Частота	Процент	Валидный процент	Накопленный процент
Валидные	0	1	1,7	1,7	1,7
	1	5	8,3	8,3	10,0
	2	15	25,0	25,0	35,0
	3	29	48,3	48,3	83,3
	4	8	13,3	13,3	96,7
	5	2	3,3	3,3	100,0
	Итого	60	100,0	100,0	

Как видно из результатов, представленных в таблице, у большей части пациентов значимость отношения выражена на среднем уровне, у 2 пациентов отношение к лечению на данный момент занимает превалирующее место в системе отношений, что выражается в повышенном стремлении к сбору информации даже из альтернативных источников, болезненной реакции на процесс лечения, которая характеризуется страхом и большим количеством опасений. У 5 пациентов значимость отношения низкая и еще у 1 не выражена совсем. Эта группа пациентов также заслуживает отдельного замечания, так как снижение значимости ситуации лечения является неблагоприятным признаком, указывающим на стремление к отрицанию важности происходящего, стремлению дистанцироваться, анонгнозических и эргопатических тенденциях.

Следующим компонентом отношения к лечению является информированность. Обладание информацией о процессе лечения – весьма важный момент, так как он демонстрирует полноту понимания пациентом происходящего, знания о том или ином методе лечения формирует зарождающееся к нему отношение. Чтобы измерить данный компонент мы прибегали к оценке ответов на следующие вопросы:

- «Достаточно ли вы информированы о своем лечении врачом?»
- «Стремитесь ли вы получать новую информацию о лечении?»

- «Какие виды лечения рака вы знаете и какие представляются вам наиболее опасными и неприятными?»

Таблица 8. Информированность

		Частота	Процент	Валидный процент	Накопленный процент
Валидные	0	6	10,0	10,0	10,0
	1	43	71,7	71,7	81,7
	2	11	18,3	18,3	100,0
	Итого	60	100,0	100,0	

По большей части, пациенты попадают в категорию среднего уровня информированности, так как стремятся оградить себя от информации, ограничиваясь доступным минимумом, так как избыток историй чужих людей, рекомендаций, противоречивых мнений, заметно сказывается на уровне их тревоги («Узнаю то, что считаю нужным, не более», «В интернете так много всего, каждый пишет о своем случае. А ведь у всех все по-разному проходит. А так почитаешь – и хоть в гроб ложись»).

О видах лечения рака пациентки осведомлены на преимущественно одинаковом уровне, который включает в себя знание традиционных методов лечения, которые главным образом и применяются в клинике опухолей молочной железы – оперативное вмешательство, химиотерапия, лучевая терапия, чуть реже упоминается гормональная. Самым неприятным методом лечения пациенты считают химиотерапию («Всегда после химиотерапии лежишь, как овощ», «После химиотерапии таким больным выглядишь, все жалеть начинают, а вот жалость я не люблю», «С каждым разом уколы все больнее и больнее», «До сих пор ноги не чувствую как раньше, онемение какое-то. Каблуки уже больше не надену»).

Практически все пациенты считают, что получают информацию от врача в полном объеме, но так же это может быть связано со снижением потребности в информировании с целью оградить себя от волнений.

Также немаловажным представляется оценить реакцию больных на назначение лечения. Мы опрашивали больных о их реакции в момент начала лечения и сейчас, уже по прошествии времени. Необходимость более дифференцированной оценки уровня эмоционального дискомфорта стала ясна после анализа данных первого этапа исследования. Главная задача этой работы – сфокусироваться на процессе лечения как активной деятельности пациента, поэтому важным здесь было отразить изменение эмоционального фона в связи с началом лечения и определения стратегии терапии. Поэтому, это критерий был выявлен только для 25 последних испытуемых, для которых применялся слегка видоизмененный вариант беседы.

Таблица 9. Реакция на назначение лечения (на момент начала лечения)

Реакция	Доля от числа испытуемых
Тревога, страхи	52%
Радость, надежда	20%
Восприятие безэмоциональное, как необходимость	4%
Другие реакции	24%

Таким образом, более половины опрошенных выражали опасения при назначении определенного типа лечения. В основном, страхи выражались в страхе боли, страхе изменения внешности, страхе беспомощности. В случае оперативного вмешательства, главными причинами беспокойства являлись изменение внешнего вида, страх перед наркозом («Очень боялась этого белого потолка... ну, когда тебя увозят, а он медленно исчезает»). Химиотерапия пугает пациентов в силу уже имеющейся у них информации –

как правило, они заранее тревожатся по поводу того, как они будут переносить токсическое воздействие лекарственных препаратов.

Переживание радостного волнения и надежды связаны с ожиданием лечения как перспективы избавления от недуга. Также все пациенты отмечают, что негативные реакции, связанные с постановкой диагноза, и растерянность отступают с началом активных действий – обследований, анализов, процедур. Начало лечения дает им надежду, что ситуация не безнадежна, поэтому многие с готовностью идут на калечащие операции и долгие курсы токсического лечения.

Пациенты, которые принимают лечение со смирением, отвечают «просто так надо» образуют своеобразную группу риска, так как не раскрывают своих переживаний, связанных с данным событием, или также склонны умалять его субъективную значимость. Часто также такие пациентки указывают основным мотивом для выздоровления нужды своей семьи, работы, а не свои собственные.

Таб. 10. Реакция на назначение лечения в данный момент

Реакция на назначенное лечение	Доля от общего количества пациентов (%)
Тревога, страхи	48
Радость, надежда	0
Восприятие как необходимости	44
Другие реакции	8

Таким образом, сравнивая таб. 9 и таб. 10, обращают на себя внимание некоторые изменения. Теперь, когда лечение уже начато и какие-то шаги уже предприняты, оно не вызывает эмоционального подъема. Причины на то могут быть разные, но одной из основных является очередное вхождение в этап томительного ожидания перед следующим этапом лечения (особенно это

характерно для пациентов, ожидающих результатов гистологии после операции). Также это связано с появлением первых побочных реакций, развития послеоперационного болевого синдрома, снижением уровня социального и трудового функционирования. Уровень тревожности и опасений немного снижается – процесс лечения становится чуть более знакомым и понятным, реакция собственного организма становится для пациентов более предсказуемой, также придает силы осознание продвижения процесса.

На основании различия реакций в начале лечения и по прошествии определенного времени, нами был предложен еще один компонент отношения – уровень дистресса, переживаемый пациентами в процессе лечения. Для этого мы сравнили ответы каждого пациента на вышеперечисленные вопросы о реакции и получили следующие градации:

- «отсутствие дистресса» - пациенты при вхождении в процесс лечения не испытывали сильной негативной реакции и не испытывают по прошествии времени;
- «снижение/рост дистресса» - пациенты, чей уровень эмоционального реагирования претерпевает изменения.
- «максимальный дистресс» - пациенты, которые испытывали тревогу и опасения на входном этапе, и уровень их тревоги не снижается

Таблица 11. Распределение пациентов согласно уровню дистресса

		Частота	Процент	Валидный процент	Накопленный процент
Валидные	0	8	13,3	32,0	32,0
	1	9	15,0	36,0	68,0
	2	8	13,3	32,0	100,0
	Итого	25	41,7	100,0	
Итого		60	100,0		

3.2. Анализ данных экспериментально-психологического метода исследования

3.2.1. Анализ данных, полученных с помощью методики «Гиссенский опросник соматических жалоб»

Таб. 12. Распределение пациентов согласно данным, полученным с помощью методики «Гиссенский опросник соматических жалоб» (сырые баллы)

	Н и з к а я в yраженность жалоб		С р е д н я я в yраженность жалоб		В y с о к а я в yраженность жалоб	
	Абсолютное значение	%	Абсолютное значение	%	Абсолютное значение	%
Истощение	20	80	5	20	0	0
Желудочные жалобы	25	100	0	0	0	0
Ревматический фактор	22	88	3	12	0	0
С е р дечные жалобы	23	92	2	8	0	0
Давление жалоб	22	88	3	12	0	0

Согласно полученным результатам по шкале «Давление жалоб», которая является суммарной и характеризует общую интенсивность дискомфортных ощущений, у большинства пациенток получены низкие значения (в диапазоне от 0 до 32). Самый высокий результат по выборке – 41 балл (из 96 возможных). Таким образом, можно сделать вывод о том, что пациентки не склонны оценивать степень своего физического дискомфорта как сильную, но вопрос о соотнесении с их реальным состоянием остается открытым.

По остальным шкалам также были получены преимущественно низкие баллы, ни одна шкала, отвечающая за специфический вид недомоганий, не выделяется. Данный результат может быть связан с тем, что на момент

прохождения опроса пациентки не чувствовали физического дискомфорта, либо степень дискомфорта, связанная с лечебными процедурами не воспринималась чрезмерной.

3.2.2 Анализ данных, полученных с помощью методики «ТОБОЛ»

Как видно из результатов, представленных в таблице 13, наиболее распространенным типом отношения к болезни в данной выборке стал эргопатический. Также эргопатический тип часто встречается в структуре смешанного или диффузного типа у респондентов. Также в группе встречаются анозогнозический и сенситивный типы.

Таблица 13. Распределение пациентов согласно данным, полученным с помощью методики ТОБОЛ

Тип отношения к болезни	Число пациентов	Процентное отношение (%)
«Чистые» типы	37	
Г (гармоничный)	3	5
Р (эргопатический)	23	38,3
З (анозогнозический)	6	10
Т (тревожный)	1	1,7
С (сенситивный)	4	6,7
«Смешанные» типы	21	
РС (эргопатический, сенситивный)	6	10

ЗС (анозогнозический, сенситивный)	2	3,3
ИС (ипохондрический, сенситивный)	1	1,7
НЭ (неврастенический, эгоцентрический)	1	1,7
РЗ (эргопатический, анозогнозический)	4	6,7
РЭ (эргопатический, эгоцентрический)	1	1,7
ТМС (тревожный, меланхолический, сенситивный)	1	1,7
РТИ (эргопатический, тревожный, ипохондрический)	2	3,3
РЗС (эргопатический, анозогнозический, сенситивный)	2	3,3
«Диффузные» типы	3	3,3
НСПД (nevрастенический, сенситивный, паранойяльный, дисфорический)	1	1,7
РИЭПД (эргопатический, ипохондрический, эгоцентрический, паранойяльный, дисфорический)	1	1,7
ТМАСЭД (тревожный, меланхолический, апатический, сенситивный, эгоцентрический, дисфорический)	1	1,7

Согласно клинико-психологическому описанию типов отношения к болезни, предложенного Л.И. Вассерманом и соавторами, пациенты с эргопатическим типом реагирования отличаются чрезмерно ответственным отношением к трудовой деятельности, которое в ситуации болезни может быть даже обострено. Есть мнение, что подобный уход в работу может являться оградительным механизмом для больного, попыткой недооценить серьезность положения, забыть о ситуации. Такой тип реагирования на заболевание отражается и на отношении к лечению. Пациент с

эргопатическим типом отношения избирателен к лечебным процедурам и графику посещения стационара в связи с тем, что стремится по-прежнему, несмотря на болезнь быть вовлеченным в контекст трудовой деятельности.

Анозогнозический тип выражается в игнорировании пациентом признаков болезни, симптомов, дистанцирование даже от мыслей о болезни. Даже если пациент признает факт заболевания, он отказывается рассматривать возможные последствия, отрицая их значимость для себя. Авторы методики также упоминают о эйфорическом варианте анозогнозического типа реагирования, в этом случае пациентам свойственно необъяснимо повышенное настроение, легкомыслие. Таким образом, отношение к лечению у данной группы больных также может носить оттенок несерьезности, непоследовательности, пациент может пренебрегать врачебными рекомендациями. Зачастую обращение к врачу тоже наступает несвоевременно, долгое время больные надеются, что проблема со здоровьем исчезнет сама собой.

Третьим по распространенности типом отношения стал сенситивный. Для сенситивного типа отношения к болезни характерны чувствительность, ранимость и уязвимость пациентов. Больных очень пугает возможная беспомощность, он озабочен тем, что будет производить неблагоприятное впечатление на окружающих. В виду этого, пациенты с сенситивным типом реагирования склонны к образованию альянса с врачами, ценят деликатность и заинтересованность врачей.

3.2.3. Анализ данных, полученный с помощью методики «Госпитальная шкала тревоги и депрессии»

Таблица 14. Распределение пациентов согласно данным, полученным с помощью методики «Госпитальная шкала тревоги и депрессии»

	Норма		Субклинически выраженная		Клинически выраженная	
	Абсолютные значения	Процент	Абсолютные значения	Процент	Абсолютные значения	Процент

Тревога	40	66,7	11	18,3	9	15
Депрессия	48	80	6	10	6	10

Согласно данным, представленным в таблице, большая часть пациенток имеют нормальные показатели по шкале теста: по тревоге – 66,7% опрошенных, по депрессии – 80%. Субклинически выраженная депрессия свойственна 10% испытуемых (6 чел.), и субклинический уровень тревоги свойственен 18,3% опрошенных (11 человек). Клинически выраженный уровень тревоги и депрессии в группе встречается относительно редко, а именно клинически диагностируемое депрессивное состояние – у 10 % пациенток (6 чел.), тревога – 15% пациенток (9 человек).

Как видно из результатов методики, пациентки больше подвержены тревожным состояниям, нежели фобическим.

3.2.4. Анализ данных, полученных с помощью методики «Опросник совладающего поведения»

Анализируя данные по методике, сразу бросается в глаза использование пациентками всех стратегий совладания в разной мере, что является хорошим прогностическим признаком адаптивной реакции на потенциально травмирующую ситуацию долгого и трудного лечения.

Таблица 15. Распределение пациентов, согласно данным, полученным с помощью методики «Опросник совладающего поведения»

	Р е д к и й в ю б о р с т р ат е г и и	У м е р е н н о е ис п оль з о в ани е	В y r a ж e n n o e предп oч т ен и е
--	---	---	--

	Значение	%	Значение	%	Значение	%
Конфронтация	12	20	43	71,7	5	8,3
Дистанцирование	4	6,7	36	60	20	33,3
Самоконтроль	6	10	42	70	12	20
Поиск социальной поддержки	3	5	33	55	24	40
П р и н я т и е ответственности	14	23,3	41	68,3	5	8,4
Бегство-избегание	9	15	41	68,3	10	16,7
П л а н и р о в а н и е решения	2	3,3	33	55	25	41,7
П о л о ж и т е льн ая переоценка	3	5	41	68,3	16	26,7

Анализ частоты использования копинговых стратегий показывает, что все копинг-стратегии используются преимущественно умеренно. Стратегии «Конфронтация» и «Принятие ответственности» используются редко большим количеством пациентов (20% и 23,3% пациентов соответственно). Среди часто используемых вариантов выделяются «Поиск социальной поддержки» и «Планирование решения проблемы», к ним часто прибегают в 40% и 41,7% случаев соответственно.

Также анализировались средние значения по использованию стратегий совладания по выборке в целом. Данные представлены в таблице 16.

Таблица 16. Анализ средних значений по результатам методики «Опросник копинг-стратегий»

Стратегии совладания	Среднее значение	Среднее отклонение	Ассиметрия	Эксцесс
Конфронтация	46,18	7,07	-0,041	0,376
Дистанцирование	53,67	5,65	-0,09	0,149
Самоконтроль	50,6	13,44	-0,089	-0,048
Поиск социальной поддержки	54,1	12,03	-0,395	-0,489
Принятие ответственности	49,27	12,73	-0,092	-0,788
Бегство-избегание	48,97	7,78	-0,063	-0,804
Планирование решения	55,48	5,65	-0,559	-0,789
Положительная переоценка	53,1	7,07	0,164	-0,171

Согласно данным по средним значениям для каждой стратегии совладания в группе, больше всех выделяются стратегии «Дистанцирование» «Поиск социальной поддержки» и «Планирование решения». Все эти стратегии могут оказывать влияние на поведение пациента в процессе лечения, и на это следует обращать внимание при работе с этой группой больных.

Также немаловажным представляется рассмотреть использование различных видов копинг-стратегий в зависимости от выраженности компонентов отношения к лечению.

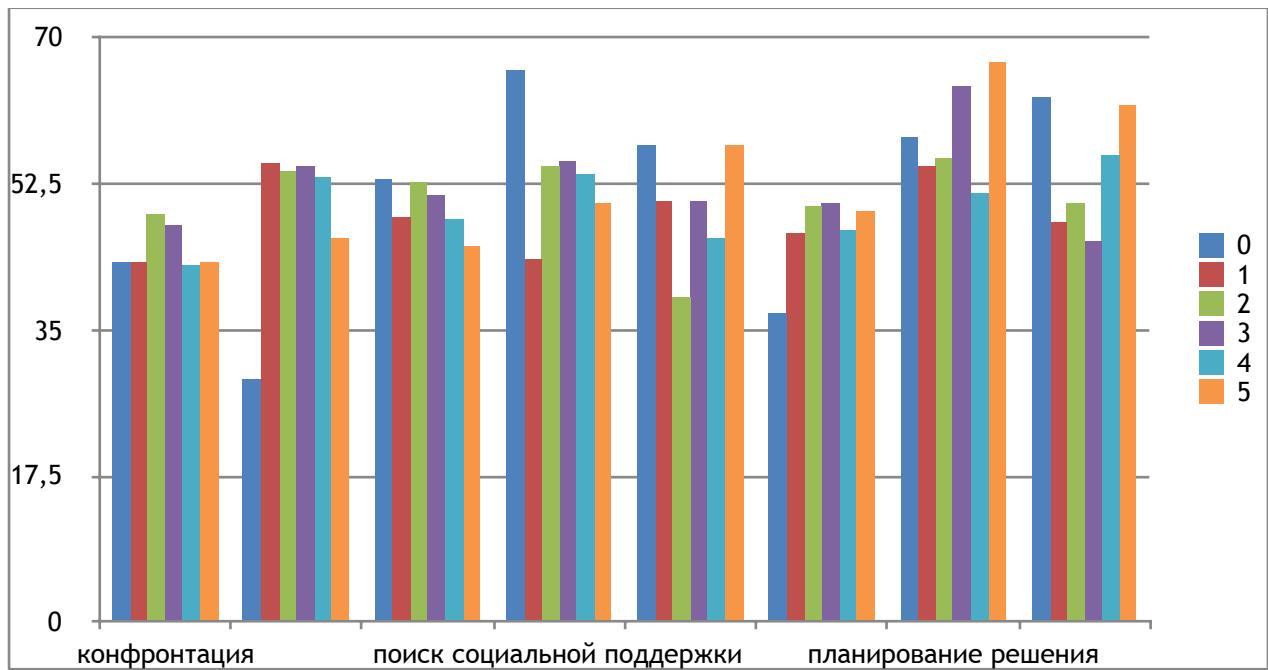


Рис.1. Средние значения стратегий совладания в группах с разной выраженностью компонента «Отношение к врачу»

На этом рисунке отдельными столбцами представлены различные стратегии совладания, а разными цветами обозначена выраженность положительного отношения к врачу. Как можно заметить, в разных группах пациентов выраженность отдельных стратегий совладания различается. Например, когда пациент склонен оценивать свои отношения с врачом как неудовлетворительные, он меньше использует стратегию «дистанцирование», которая компенсируется повышенной напряженностью стратегии «поиск социальной поддержки», что отражает актуальную потребность в поддержке со стороны окружающих, понимании и принятия.

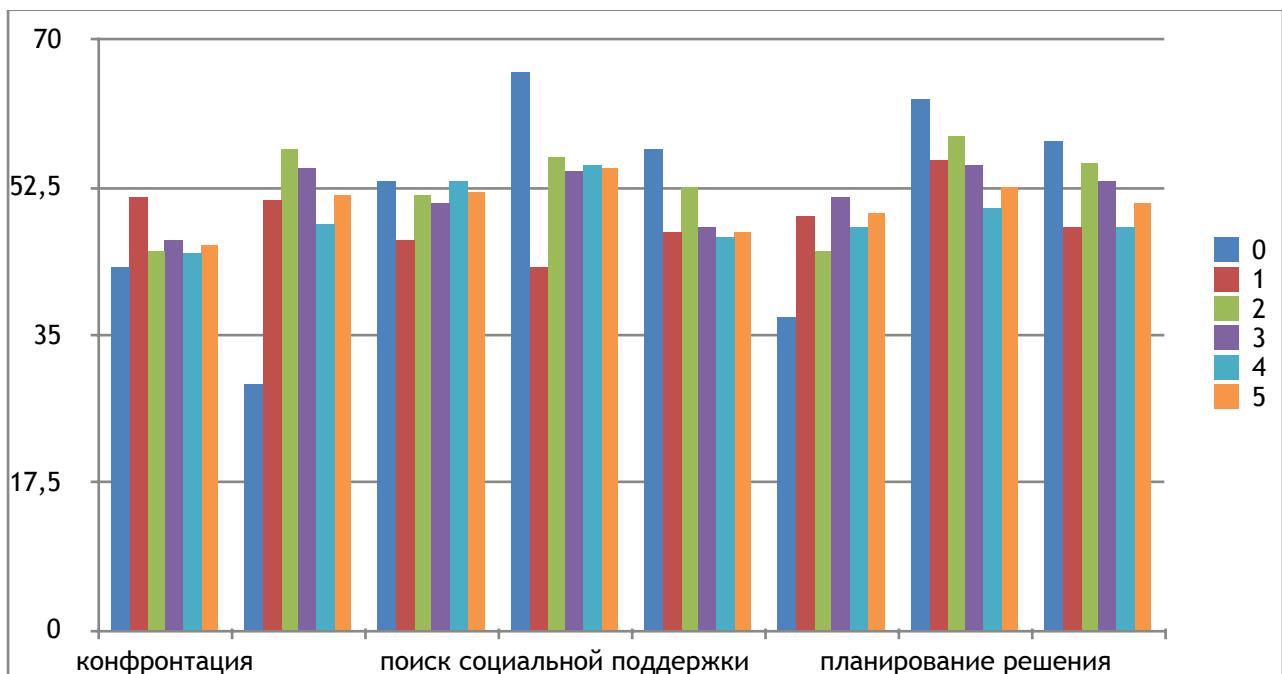


Рис. 2. Средние значения стратегий совладания в группах пациентов с разной степенью выраженности компонента «значимость отношения к лечению»

На этой гистограмме также разными столбцами представлены значения для каждой стратегии совладания, цветами обозначены группы пациентов по значимости лечения. Заметных различий в использовании копинг-стратегий в различных группах пациентов не было выявлено, только в единичных случаях, по которым сложно говорить о какой-либо тенденции.

Что же касается анализа выраженности различных стратегий копинга у пациентов в разных группах по уровню информированности, можно отметить, что при высоком уровне информированности у пациентов высоко напряжены почти все стратегии совладания, что может быть проинтерпретировано как стрессогенность больших объемов информации о болезни, особенно, если пациент склонен к обращению к альтернативным источникам информации.

В группе с низким уровнем информированности заметно снижен показатель стратегии «самоконтроль», и высоки такие противоположные реакции как «конфронтация» и «планирование решения проблемы». Это говорит о том, что в условиях дефицита информации, пациенты могут быть склонны как и к

нечеленаправленной активности, так и к планомерной деятельности, к которой прибегают чтобы восполнить дефицит ясности в своей внутренней репрезентации происходящего.

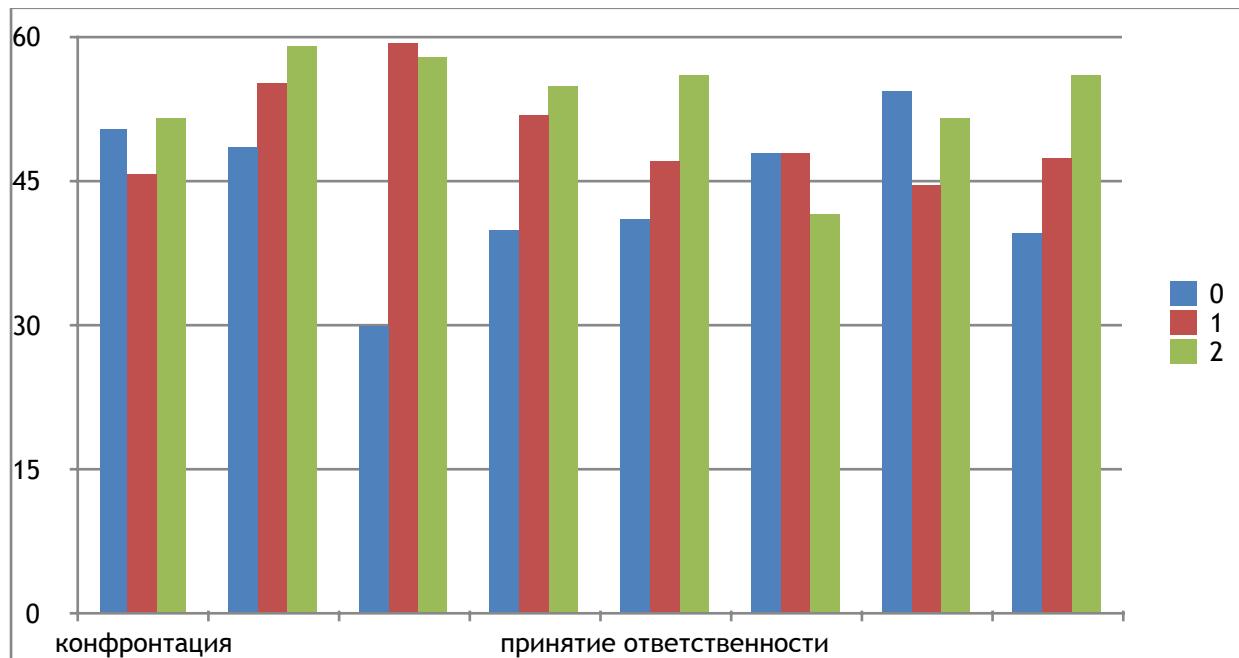


Рис.3. Средние значения стратегий совладания в группах пациентов с разной степенью выраженности компонента «информированность»

3.2.5. Анализ данных, полученных с помощью методики «Тест жизнестойкости» С. Мадди

Данные этой методики были получены на втором этапе исследования и распространяются на выборку пациентов, сотрудничавших с нами позже (25 человек)

Таблица 17. Распределение пациентов согласно данным, полученные с помощью методики «Тест жизнестойкости»

Компоненты	Низкие значения		Средние значения		Высокие значения	
	Количество респондентов	%	Количество респондентов	%	Количество респондентов	%
Вовлеченность	3	12	14	56	8	32
Принятие риска	4	16	11	44	10	40
Контроль	2	8	17	68	6	24
Жизнестойкость	4	16	13	52	8	32

Как видно из данных таблицы, большая часть пациентов по различным шкалам методики попадает в область средних и высоких значений, нежели в область низких. Большее количество пациентов с высокими и средними показателями выделяются по шкале «Принятие риска», которая демонстрирует установку респондента на открытость опыту, неважно какому – позитивному или негативному, готовность к неожиданным жизненным ситуациям, в которых никто не может дать гарантии успешного исхода, что весьма сопоставимо с ситуацией онкологического заболевания. Многие пациенты в процессе беседы допускали, что «болезнь, возможно, дана не просто так», и расценивали ее как сигнал того, что допускали ошибки, «жили неправильно». Таким образом, ситуация болезни воспринимается как источник получения опыта.

Также были рассмотрены средние показатели по шкалам теста жизнестойкости, характерные для нашей выборки. Результаты представлены ниже в таблице.

Таблица 18. Средние значения по шкалам теста жизнестойкости.

	Среднее значение	Среднее отклонение	Ассиметрия	Эксцесс
Вовлеченность	40,96	6,61	-0,72	-0,22
Контроль	31,84	6,17	-0,45	-0,07
Принятие риска	15,92	4,89	-0,66	0,32
Жизнестойкость	88,72	15,48	-0,83	0,43

Из данных таблицы очевидно, что значения по всем шкалам попадают в рамки нормы. Обращает на себя внимание только показатель асимметрии по каждой шкале, а именно отрицательное значение этой описательной статистики дает понять что в большинстве случаев в выборке по данным шкалам пациенты склоняются к значениям ниже среднего по группе. Сталкиваясь с ситуацией заболевания с витальной угрозой, которая является одновременно и экстремальной, и кризисной, представления пациента о мире подвергаются кардинальной перестройке, в том числе и конструкты о собственной безопасности, чувство контроля и участии в сотворении собственного пространства, что и объясняет некоторое снижение по данным шкалам в среднем. Однако, имеющаяся статистика по результатам данного теста в группе, говорит о сохранности компонента вовлеченности, желания сохранять активную роль в деятельности, что является хорошим прогностическим фактором психологического благополучия данной группы пациентов и, несомненно, может быть использовано как ресурс в работе клинического психолога.

3.3. Взаимосвязь компонентов отношения к лечению с данными психологических методик

Таблица 19.Корреляции компонентов отношения к лечению с результатами методик (только статистически значимые)

			ТОБОЛ				Anxiety (HADS)	Hardiness (S.Maddy)	Commit ment (Maddy)	Ревм. Факто р (GBB)
			И	С	Э	Д				
R Спир мена	Отношение к врачу	r	-,340**	-,327*	-,296*	-,193	-,295*	,051	,161	-,406*
		p	,008	,011	,023	,143	,022	,808	,443	,044
		N	59	60	59	59	60	25	25	25
	Значимость отношения к лечению	r	-,214	-,128	-,214	-,198	-,086	-,415*	-,422*	,086
		p	,103	,329	,103	,132	,514	,039	,036	,684
		N	59	60	59	59	60	25	25	25
	Информиро ванность	r	-,198	-,257*	-,178	-,313*	-,101	-,251	-,171	-,026
		P	,133	,048	,178	,016	,445	,227	,414	,903
		N	59	60	59	59	60	25	25	25

Итак, основываясь на результатах корреляционного анализа, мы выявили следующие значимые взаимосвязи:

- 1) Показатель «отношение к врачу» отрицательно коррелирует с показателями «сенситивный тип отношения к болезни», «ипохондрический тип», «эгоцентрический тип» и «дисфорический тип». Данная корреляция говорит о том, что пациенты с вышеперечисленными типами реагирования на болезнь с высокой долей вероятности будут неудовлетворены своими отношениями с врачом. Специфика больных с данными типами отношения к болезни

может препятствовать построению доверительного контакта с врачом: пациентам с сенситивным типом необходима мягкость и деликатность, они чутки к любым проявлениям пренебрежения со стороны персонала; для больных с эгоцентрическим и ипохондрическим типами отношения к болезни характерна центрация на себе и своем состоянии, поиск недугов, которые врач мог «просмотреть» (особенно для последнего типа). Пациенты с дисфорическим типом отношения к болезни трудноконтактны и не всегда верят в общий благоприятный исход. Подобные особенности существенно отягощают сотрудничество пациента с врачом и накладывают отпечаток и на отношение к лечению.

- 2) Отношение с врачом отрицательно коррелирует с показателем «ревматический фактор» Гиссенского опросника соматических жалоб. Это свидетельствует о том, что отсутствие удовлетворенности от отношений с врачом проявляется на психосоматическом уровне («ревматический фактор»).
- 3) Выявлена отрицательная взаимосвязь между показателями «отношение к врачу» и «тревога» (по шкале HADS). Доверие к врачу является внешним ресурсом для больного в ситуации лечения, и наличие его может снижать тревогу.
- 4) Показатель «значимость отношения к лечению» отрицательно коррелирует с показателем «вовлеченность» (по опроснику жизнестойкости С. Мадди) и общим индексом жизнестойкости. Это может быть связано с тем, что отношение к лечению, подчиняя себе остальные отношения в иерархии отношений личности, «вырывает» пациента из контекста его привычной жизни. Он перестает быть вовлеченным в свои прежние дела. В то же время активная деятельность по преодолению болезни становится для пациентов долгой, трудной и даже непосильной, что не позволяет больному чувствовать себя самостоятельным, уверенным в жизни и

жизнестойким. Только реализация плана лечения, который существует в субъективном мире больного, способствует восприятию себя как могущего справляться с жизненными трудностями (жизнестойкость).. Это вынуждает больного прибегать к использованию внешних ресурсов (помощь и поддержка других людей), а порой и быть зависимым от них. Психологам, работающим с онкологическими пациентами, важно обращать на это внимание: пациент, для которого лечение становится сверхзначимой ценностью, является очень уязвимым. В этой связи необходимо сосредотачиваться на поиске внутренних ресурсов человека, дающих ему его собственную силу.

- 5) Компонент «информированность» отрицательно коррелирует с показателями «сенситивный тип отношения к болезни» и «дисфорический тип отношения». Пациенты с данными типами отнолшения к болезни не стремятся к поиску информации, даже склонны ограждаться от нее. Для пациентов с сенситивным типом реагирования на болезнь, информация может быть слишком тяжела для восприятия, так как такие больные очень ранимы и уязвимы к любым сообщениям о возможной будущей дисфункциональности. Для этого контингента пациентов необходима деликатная, дозированная и своевременная подача информации, в обратном случае это может оказаться на их эмоциональной сфере, и может неблагоприятно оказаться на отношении к лечению в целом. Пациенты же с дисфорическим типом отношения к болезни, как говорилось выше, трудно идут на контакт, им свойственна подозрительность по отношению к процедурам, недоверие врачам, что может вызвать и тенденцию к неприятию любой информации.

Также было предпринято отдельное сравнение пациентов по уровню дистресса. Получившиеся результаты представлены в таблице ниже.

Таблица 20. Сравнение пациентов с разным уровнем дистресса (только статистически значимые различия)

	ТОБОЛ Тревожный типа	Жизнестойкост ь (S.Maddy)	Принятие риска (S. Maddy)	Желудочный фактор (GBB)	Бегство- избегание	Значимость отношения к лечению
Статистика U Манна-Уитни	301,500	38,500	32,500	30,000	303,500	168,000
Z	-2,027	-2,151	-2,483	-2,714	-2,152	-4,451
Асимпт. знач. (двуихсторонняя)	,043	,031	,013	,007	,031	,000

Таблица 21. Средние ранги выборок

		N	Средний ранг	Сумма рангов
ТОБОЛ Тревожный тип	,0	28	25,27	707,50
	1,0	31	34,27	1062,50
	Всего	59		
Жизнестойкость	,0	13	16,04	208,50
	1,0	12	9,71	116,50
	Всего	25		
Принятие риска	,0	13	16,50	214,50
	1,0	12	9,21	110,50
	Всего	25		
Бегство-избегание	,0	28	25,34	709,50
	1,0	32	35,02	1120,50
	Всего	60		
Значимость отношения к лечению	,0	28	20,50	574,00
	1,0	32	39,25	1256,00
	Всего	60		

- 1) В группе людей, которые испытывали дистресс, связанный с лечением (следует напомнить, что дистресс измерялся посредством анализа субъективной констатации разницы между эмоциональной реакцией пациентов до и после прохождения определенных видов терапевтического вмешательства), сильнее выражен тревожный тип отношения к лечению. Вполне возможно, что именно тревожное реагирование на диагноз провоцирует эмоциональный стресс при дальнейшем прохождении терапии. Но также может иметь место и обратная ситуация – негативный опыт терапии меняет отношение к болезни в целом, делая пациента более тревожным и обеспокоенным.
- 2) Показатели жизнестойкости выше в группе, где пациенты не испытывают существенного дистресса. Таким образом, чувство субъективного психологического и физического благополучия позволяет пациенту оставаться более открытым новому опыту и сохранять «отвагу быть».
- 3) В группе пациентов с выраженным дистрессом больше распространена стратегия «бегство-избегание», что связано со стремлением оградиться от действительности, становящейся источником стрессогенных переживаний. Также в группе людей, не испытывающих дистресс, значимость отношения к лечению ниже, чем в группе людей, дистресс испытывающих. Возможно, это является следствием большего доверия врачу и адекватного отношения к лечению в целом.

Выводы

1. По результатам клинической беседы было оценено отношение к лечению. Оценена значимость - у большинства больных (86,7 %) она выражена средне (от 2 до 4 баллов по 5-балльной шкале), у 3,3 % пациенток она высоко выражена (5 баллов), у 10 % - она выражена слабо (от 0 до 1 баллов). Потребность в информировании у большинства пациентов выражена средне (71,7%), у 18,3% - высокая потребность в получении информации, и еще 10% она не свойственна. Также 65 % больных считают отношения с врачом удовлетворительными (от 2 до 3 баллов), 28,4% как хорошие (4-5 баллов), и 6,7% не удовлетворены взаимодействием с врачом. Помимо этого 32% не испытывают негативных переживаний в связи с лечением, 36% отмечают нарастание негативных переживаний с момента начала лечения и 32% испытывают дистресс на протяжении всего лечения.

Значимость отношения к лечению имеет достоверную положительную корреляцию с выраженностью потребности в информировании о заболевании и лечении ($p=0,01$), с выраженной отношением к лечащему врачу ($p=0,01$). Значимость отношения к лечению также имеет положительную корреляцию с выраженной у больных негативных переживаний, связанных с получаемым лечением ($p=0,01$).

2. Чаще всего в выборке диагностируется эргопатический тип отношения к болезни (65% пациентов) и сенситивный (30%). Корреляционный анализ показал, что пациенты с ипохондрическим, сенситивным, дисфорическим и эгоцентрическим типом отношения к болезни испытывают сложности во взаимодействии с врачом. Также пациенты с сенситивным и дисфорическим типом отношения склонны дистанцироваться от информации о недуге. Также сравнительный анализ показал, что пациенты с тревожным типом отношения к болезни чаще всего испытывают больший эмоциональный стресс.

3. Пациентки в данной группе не склонны оценивать степень своего физического дискомфорта как сильную (среднее значение по группе – 12,48). Корреляционный анализ продемонстрировал отрицательную взаимосвязь между «ревматическим фактором» и выраженнойностью отношения к врачу.
4. Среди пациенток тревога и депрессия практически не выражены (средние значения 6,38 и 4,5 соответственно). Корреляционный анализ продемонстрировал обратную зависимость между уровнем тревоги и выраженнойностью отношения к врачу – чем больше пациент удовлетворен взаимодействием с врачом, тем меньшую тревогу он испытывает.
5. Показатели по тесту жизнестойкости в выборке соответствуют норме: вовлеченность – 40,96, контроль – 31,84, принятие риска – 15,92. Были выявлены обратные корреляционные связи между показателями «жизнестойкость», «вовлеченность» и выраженнойностью значимости отношения к лечению. Чем выше значимость лечения – тем ниже вовлеченность в другие сферы жизни. Ресурс жизнестойкости полностью используется в процессе лечения, а в остальном пациент становится уязвимым и нуждается в поддержке. Также сравнительный анализ пациентов в разной выраженности уровня эмоционального дистресса показал, что пациенты с выраженным дистрессом имеют меньшие показатели жизнестойкости.

Наиболее используемыми стратегиями совладания в выборке являются «Поиск социальной поддержки» и «Планирование решения», чуть реже используются «Положительная переоценка» и «Дистанцирование». Сравнительный анализ групп с различной выраженностью эмоционального дистресса показал, что пациенты, испытывающие сильный дистресс, достоверно чаще обращаются к стратегии «Бегство-избегание».

Заключение

В данной работе была предпринята попытка изучить отношение к лечению у пациенток с раком молочной железы. Перед нами стояли конкретные задачи, которые были планомерно осуществлены в работе, а также выдвинут ряд гипотез. В рамках исследования удалось установить взаимосвязь некоторых типов отношения к болезни с отношением к лечению, определить наиболее «проблемные» типы. Также были определены факторы отношения к лечению, которые могут повлиять на повышение тревожности и снижение внутренних ресурсов к совладанию. Наши гипотезы -

- отношение к лечению пациенток с РМЖ имеет связь с типом их реагирования на болезнь;
- отношение к лечению определяется эмоциональным состоянием пациенток и их личностными особенностями, -

подтвердились в исследовании. Несмотря на подтверждение гипотез, хочется думать, что данная работа – это только начало разработки и концептуализации термина «отношение к лечению». Это обусловлено, во-первых, новизной исследуемой проблематики – ранее этот вопрос не поднимался исследователями, изучались сходные понятия – комплаенс, приверженность, восприятие определенных видов терапии и др. Во-вторых, научный прогресс, персонификация и вариабельность схем лечения пока что не влияют на общую продолжительность и тяжесть методов терапии. Процесс излечения все еще труден для пациента и определенным образом влияет на его принятие решений относительно хода терапии, эмоциональное состояние и поведенческие реакции.

Вышеперечисленное указывает также и на то, что в данной проблематике, помимо ее необходимости и важности для практической работы, скрывается еще немалый потенциал для исследования. Перспективы дальнейшего изучения могут происходить в следующих направлениях:

- Дальнейший поиск факторов, влияющих на отношение к лечению, а также дальнейший анализ его составляющих.
- Разработка универсальной типологии, которая могла основываться на сочетании градаций шкал различных факторов.
- Рассмотрение отношения к лечению в контексте механизмов принятия решений, касающихся терапии.

Также в заключении хотелось бы упомянуть о потенциальной практической значимости данной работы. Нами было обнаружено множество взаимосвязей, которые могут стать опорными точками в построении контакта между пациентом и медицинским персоналом – врачами, ординаторами, клиническими психологами. Результаты помогут вовремя реагировать на возможные группы риска, оценивать состояние пациентов и места их наименьшего сопротивления, с учетом специфики ситуации. Таким образом, сопровождение онкологических больных в процессе лечения станет более дифференцированным и ориентированным на нужды конкретного пациента с его страхами и трудностями.

Список литературы

1. Асеев В.Г. Психическое состояние и отношение к болезни у онкобольных разного пола .Сибирский психологический журнал. - 2012. - № 46. - С. 161-168.
2. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей - . СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М.Бехтерева, 2005
3. Дворниченко В.В., Панферова , Ушакова Рак молочной железы: заболеваемость, смертность (Популяционное исследование). Сибирский психологический журнал. – 2013 - Выпуск № 2 - том 117 - С. 70-74
4. Долгова М.В., Васютина А.А. Исследование копинг-стратегий у женщин, с разными периодами послеоперативного вмешательства. Сборник научных статей III Международной научно-практической конференции/ – Владивосток : Морской государственный университет, 2014. — 376 с.
5. Зотов П.Б., Синяков А.Г., Солнцева Ю.В. Психоорганические нарушения при раке молочной железы у женщин, получающих адьювантную полихимиотерапию. Сибирский академический журнал. - 2013. - №4. – С. 54-55
6. Зикиряходжаев А.Д., Ермошенкова М.В., Сирота Н.А., Фетисов Б.А. Психологические аспекты больных раком молочной железы в зависимости от наличия видимого послеоперационного дефекта. Исследования и практика в медицине - 2015 - Т. 2 - № 2. - С. 85-91.
7. Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. Психология отношений. Концепция В. Н. Мясищева и медицинская психология. – СПб., 2009. – 42 с.
8. Исаева Е.Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни. – СПб.: Издательство СПбГМУ, 2009. – 136 с.

9. Кузнецова А.А. Эмоционально-аффективные расстройства у женщин с онкологической патологией в зависимости от формы лечения. - Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2008 – №1 – С.14-16
10. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. — М.: Смысл, 2006. — 63 с.
11. Марилова Т. Ю. Особенности мотивационной сферы у онкологических больных (рак молочной железы). Дисс. канд. психол. наук. - М., 1984. – 190 с
12. Мясищев В.Н. Психология отношений: под редакцией А.А. Бодалева/ Вступительная статья А.А. Бодалева.- М.: Издательство Московского психолого-социального института; Воронеж: Издательство НПО "МОДЭК", 2003.-400 с.
13. Орлова О.В. Понятие отношения в современной отечественной психологии и других социально-гуманитарных науках. - Вестник МГОУ, серия «Психологические науки». – 2011. - №2. – с. 27-34
14. Симонова О.Н. , Чулкова В.А., Корытова Л.И., Мус В.Ф., Пестерева Е.В. Информированность больного раком легкого о заболевании и его психологическая адаптация. Вопросы онкологии . - 2008.-N 1.-С.82-85.
15. Ткаченко Г. А., Яковлев В. А. Ценностные ориентации личности в кризисной ситуации. Сибирский психологический журнал. – 2007. - №26. – С62-65
16. Факторы, определяющие комплаенс [Электронный ресурс] –URL:<http://www.remedium.ru/upload/iblock/61f/Compliance.pdf>.
17. Фофанова Т.В., Агеев Ф.Т. Приверженность лечению в медицинской практике и возможные методы ее повышения. Кардиологический вестник. – 2014. – Т.6. -№ 2 - С. 46-53

18. Чиссов В.И., Дарьялова С.Л. Онкология – М.: Изд-во «ГЭОТАР Медицина», 2007., - 560с.
19. Чулкова В. А., Пестерева Е.В. Душевный мир онкологического больного. Вопросы онкологии. – 2010. - том 56. - № 1. - с.83-87
20. Чулкова В.А. Психологическое исследование личностных реакций на болезнь при раке молочной железы: Дисс. ... канд. психол. наук. - СПб., 1999. – 190 с.
21. Чулкова В.А., Пестерева Е. В. Клинико-психологические аспекты в онкологии. Вестник СПбГУ. Сер. 12. - 2010. - вып. 1. – с. 91-100
22. Шарова О.Н. Соотношение жизнестойкости с социально-демографическими и клиническими критериями у пациентов с онкопатологией. Вестник молодых ученых и специалистов Челябинской области. – 2016. – Выпуск № 2, т.4. – С. 48-51
23. Щукина Е.Г., Булыгина Л.С. Особенности типов отношения к болезни у женщин со злокачественными новообразованиями органов репродуктивной системы. Экология человека. – 2009. - №6. – с.57-60
24. Blázquez M.H., Cruzado J.A. A longitudinal study on anxiety, depressive and adjustment disorder, suicide ideation and symptoms of emotional distress in patients with cancer undergoing radiotherapy. Journal of Psychosomatic Research – 2016. – V. 87. – P. 14-21
25. Cadwell Sacerdoti R., Lagana L., Koopman C. Altered Sexuality and Body Image after Gynecological Cancer Treatment: How Can Psychologists Help? - Professional psychology, research and practice. – 2010 – Vol. 41. - №6 – p. 533-540
26. Keitel M.A., Kopala M. Counseling women with breast cancer. – Thousand Oaks.:Sage, 2000. – p.176

- 27.Lampic C., Thurfjell M., Bergh J., Carlsson M., Sjödén P. Life Values before vs. after a Breast Cancer Diagnosis. - Research in Nursing and Health – 2002 - №25 – p. 89-98
- 28.Maddi S.R., Khoshaba D.M. Hardiness and Mental Health // Journal of Personality Assessment. - 1994. - Oct. - Vol. 63. - N 2. - P. 265 - 274.
- 29.Rutkowski J., Szymanik M., Blok M., Kozak J., Zauchaa R.. Prospective evaluation of anxiety, depression and quality of life in medically inoperable early stage non-small cell lung cancer patients treated with stereotactic ablative radiotherapy. - Reports of Practical Oncology & Radiotherapy. – 2017. – V. 22, Issue 3. - P. 217–222
- 30.Slatman J. The Meaning of Body Experience Evaluation in Oncology // Health Care Analysis – 2011 – vol. 19 - №4 – p. 295-311
- 31.Traa, M. J., de Vries, J., Bodenmann, G. & den Oudsten, B. L. Dyadic coping and relationship functioning in couples coping with cancer: A systematic review. British Journal of Health Psychology. – 2015. - № 20 - V.1. - p. 85–114

Приложение А. Текст клинической беседы

Социально-демографические характеристики

1. Возраст
2. Образование
3. Трудовая деятельность
4. Семейное положение – 1) замужем / женат 2) гражданский брак, 3) не замужем / холост, 4) разведен/a, 5) разведен/a и состою в гражданском браке
5. Наличие детей – 1) есть, 2) нет

Клинические характеристики

6. Длительность заболевания –
1) до полугода, 2) до года, 3) от года до, 4) более 5 лет, 5) более 10 лет
7. Этап течения заболевания -
1) госпитализация, 2) перед операцией, 3) после операции,
4) первичное лечение, 5) прогрессирование заболевания, 6) лечение рецидива
8. Какое лечение вы сейчас проходите – 1) готовлюсь к операции, 2) после операции, предстоит дальнейшее лечение, 3) прохожу химию, 4) прохожу лучевую, 5) прохожу химио- лучевую терапию, 6) прохожу.....

Отношение к болезни

9. Имеется ли субъективная причина болезни – 1) да, если да, то какая 2) нет.
10. Модель болезни – 1)биологическая, 2) психологическая, 3) другая (указать)

11. Есть ли личный опыт болезни вообще (быть в роли больного)
1) есть (раньше переносил операции и т.п. и вылечивался),
2) нет (на момент обнаружения онкологического заболевания был/a здоров),
3) есть хронические сопутствующие заболевания

12. Есть ли родные, близкие с онкологическими заболеваниями –
1) есть – исход излечение, 2) есть – летальный исход , 3) нет
13. Был ли опыт взаимодействия с онкологическим больным – 1) да, 2) нет
14. Были ли предчувствие, мысли, что это тоже может случиться – 1) да, ... 2) нет
15. Следили ли вы за своим здоровьем, проходили профосмотры и т.д. – 1) да, 2) нет
16. Были ли признаки заболевания – 1) да, 2) нет.
17. Реакция при обнаружении заболевания - 1) шок, 2) неверие, 3) страх, 4) спокойствие
18. Сколько времени прошло от первичных признаков недомогания до обращения к врачу ?
19. Была внешняя поддержка на этапе от обнаружения заболевания до поступления в клинику – 1) поддерживали, и это помогало. 2) поддерживали, но это не помогало, 3) поддержки не было.
20. Испытываете ли вы трудности при сообщение о своем диагнозе ближайшему окружению – 1) да, 2) нет
21. Кому было более психологически трудно сообщить о заболевании – 1) мужу/жене, 2) детям, 3) родителям, 4) другим близким
22. Нужна ли психологическая поддержка человеку в ситуации болезни 1) да 2) нет
23. Кто из вашего окружения поддерживает вас сейчас – 1) муж/жена, 2) дети, 3) друг/подруга, 4) сослуживцы, 5) соседи, 6) соседи по палате, 7) никто 8) родители
24. Есть ли внутренний образ свой болезни (представление внутренней телесности)– 1) да, 2) нет, 3) страшно об этом думать

25. Установка на будущее – оптимистичная («поправлюсь, жизнь еще имеет смысл»), неопределенная («не знаю, это зависит от врачей»), безнадежная («мне уже ничего не поможет»)
26. Цель, мотив выздоровления – 1) семья, дом, дети, 2) профессиональное становление, 3) многое еще не сделал/а и не испытал/а, 4) просто жить.
27. Изменилось ли ваша жизнь в связи с заболеванием – 1) да, изменились место жительства, распорядок дня, режим питания, пришлось отказаться от каких-то планов, 2) нет, 3) все изменилось
28. Изменились ли ваши отношения с близкими в связи с заболеванием – 1) да, стали хуже, 2) да, стали лучше, 3) нет, не изменились
29. Что человек может сделать сам для себя, чтобы ему легче было справляться с болезнью

Отношение к лечению

30. Является ли общение в врачем для вас поддержкой (есть ли контакт с врачом) 1) да, в чем она состоит 2) трудно определить 3) нет
31. Какова была ваша реакция при назначении лечения?
32. Отношение к лечебным процедурам сейчас – 1) страх беспомощности, 2) страх боли, 3) страх изменения внешности, 4) главное, что лечат.
33. Достаточно ли вы информированы о своем лечении врачом – 1) да, 2) нет
34. Стремитесь ли вы получить новую информацию о болезни и лечении?
35. Есть ли вопросы, которые вам хотелось бы обсудить с врачом дополнительно – исход болезни, про лечение, про жизнь после болезни
36. Как вы считаете, ваше лечение полностью зависит от врача?
37. Какая доля (в процентах) вашей ответственности за лечение?

38. Информируете ли вы родственников о своем лечении - 1) да, 2) нет
39. Как вы относитесь к психологической помощи профессионального психолога 1) нуждаются все 2) я нуждаюсь 3) она не нужна
40. В чьей поддержке вы больше всего нуждаетесь 1) семья 2) друзья 3) врач 4) психолог 5) другое.
41. Какие виды лечения онкологических заболеваний вы знаете и какие из них представляется вам более страшными, опасными
42. Что позволяет вам переносить тяготы пребывания в клинике и лечение – 1) уверенность, что все будет хорошо, 2) вере во врача, медицину,

Отношение к настоящему и будущему

43. Работаете ли вы сейчас? Если нет, то хотели бы вы вернуться к работе?
44. Можете ли вы сказать, что, несмотря на болезнь, вы находите в своей жизни много такого, что позволяет назвать вас счастливым человеком?
45. Изменились ли ваши планы на будущее в связи с болезнью?
46. Есть ли у вас планы на будущее? (нет, есть общая картина будущего, есть определенные планы - встречи, поездки, незавершенные дела?)

