

А.В. Николаева¹, Е.Е. Малкова¹, Г.М. Жаринов²

Личность и рак: различия клинико-психологических характеристик личности больных при высокой и низкой скорости роста опухоли

¹ФГБУ ВО «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена»,

²ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий им. акад. А.М. Гранова»
Минздрава России,
Санкт-Петербург

Представлены результаты и сравнительный анализ клинико-психологического исследования личности больных раком предстательной железы с высокой и низкой скоростью роста опухоли. Выявлено, что характер течения онкологического процесса не зависит от восприятия пациентами характера воздействия травматического события, в качестве которого выступает заболевание. Для пациентов с высокой скоростью роста опухоли наиболее характерны уступчивость, доверчивость, ведомость ($r = 0,887$, $p < 0,01$) и пренебрежение собственными потребностями во благо другого ($p = 0,022$). Свойственными паттернами поведения в системе межличностного взаимодействия являются неспособность к отказу и проявлению агрессии, в том числе конструктивной. На основе полученных данных предложены наиболее эффективные методы психологического сопровождения пациентов.

Ключевые слова: рак предстательной железы, время удвоения опухоли, скорость роста опухоли, клинико-психологические характеристики личности, система отношений

На сегодняшний день одной из ключевых задач медицинской психологии остаётся решение проблем онкологии, связанных с поиском медико-психологических причин рака и наиболее эффективных методов его профилактики и лечения. В научной и практической среде онкологические заболевания признаны многофакторными, и, помимо физиологических и генетических, ряд канцерогенных факторов зависит от индивидуального образа жизни, обусловленного социально-демографическими, социокультурными и клинико-психологическими характеристиками личности больного.

На современном этапе развития медицины использование высокотехнологичных методов диагностики позволяет выявлять злокачественные новообразования на ранних этапах их развития, что способствует увеличению продолжительности жизни онкологических пациентов. Однако не находится однозначных объяснений

тому, почему скорость развития онкологического процесса у каждого отдельно взятого пациента разная и с чем именно может быть связан данный аспект. В качестве одной из возможных причин предполагается неоднократно подмечаемая проблема психологической обусловленности неблагоприятного течения онкозаболевания [9].

Известно, что адаптационные ресурсы у больных, имеющих онкологическое заболевание и перенесших оперативное вмешательство снижены [7], следовательно, запускаются физиологические процессы, подавляющие естественные защитные механизмы организма. Выявление и постановка диагноза рака предстательной железы является огромным стрессом для мужчин, приводит к существенным изменениям в эмоциональной сфере — повышению тревоги, появлению депрессивных тенденций [2]. Очевидна взаимосвязь между тяжелыми соматическими заболеваниями и психическими расстройствами (в том числе, невротическими реакциями, реактивными психозами и т.п.) [3], которые усугубляют тяжесть состояния, степень дезадаптации больного и негативно сказываются на продолжительности и качестве жизни.

Резюмируя, можно еще раз отметить, что эмоциональное и психическое состояние, способы совладания со стрессом, особенности системы взаимоотношений имеют большое значение для прогноза развития болезни, подбора адекватных психокоррекционных инструментов для облегчения психологического и физического состояния пациентов [6].

На наш взгляд, изучение различий клинико-психологических характеристик личности и особенностей системы отношений пациентов с крайними (высокими и низкими) показателями скорости роста опухолей представляет особый интерес для понимания клинического «поведения» злокачественных клеток и поиска ответов на вопрос: «Могут ли психические факторы воздействовать на поведение (агрессивность) и скорость развития раковых клеток?». Исследование данного вопроса, как показал анализ литературы, методологически сложное и трудоёмкое.

В нашей стране на данный момент подобные исследования составляют лишь малую часть среди остальных работ. Так, отдельные авторы склонны считать, что одним из факторов клеточного роста опухоли является «инфантилизация» психики пациента, характеризующаяся низким уровнем рефлексии, склонностью личности к избеганию угрожающих психологическому комфорту ситуаций (ограниченная способность рационального и эмоционального реагирования на стрессовые ситуации), стремлением сохранения привычного способа действий и уклада жизни. По мнению исследователей, чем более выражено данное свойство личности пациента, тем быстрее происходит клеточный рост злокачественных новообразований, характерный для поведения клеток детского организма [1, 8].

Имеющиеся научные исследования позволяют взглянуть на вопросы психологического аспекта онкологических заболеваний системно, сфокусировав внимание на изучении особенностей системы отношений пациентов сквозь призму индивидуально-личностных характеристик. Исходя из этого, целесообразным представляется рассмотрение и анализ клинико-психологических характеристик личности больных при высокой и низкой скорости роста опухоли. Кроме того, актуальными (адекватным решением задач, возникающих перед специалистами, работающими с онкобольными) представляются вопросы изменений, связанных с заболеванием, коснувшихся отношений с близкими, к прежним занятиям, а также изменения образа жизни и собственной личности.

Данное исследование проведено на базе радиотерапевтического отделения №3 Российского научного центра радиологии и хирургических технологий (РНЦРХТ) (г. Санкт-Петербург, пос. Песочный).

Материалы и методы

Материалом исследования послужили данные, полученные в результате клинико- и экспериментально-психологического обследования 40 больных с верифицированным диагнозом «рак предстательной железы» (РПЖ), проходящих лечение на отделении. Возраст испытуемых от 49 до 81 года, средний возраст $67,3 \pm 7,8$ лет.

В соответствии с задачами исследования все обследованные нами пациенты были разделены на две группы в зависимости от показателя такого параметра развития онкологического процесса, как время удвоения опухоли (ВУО). Помимо данного параметра, для сопоставления и подтверждения характера прогноза протекания РПЖ, учитывался также показатель гистологического обследования, определяющий степень «агрессивности» (злокачественности) раковых клеток — показатель Глисона (ПГ). Для выявления индивидуально-психологических характеристик и особенностей системы отношений мужчин с крайними показателями скорости роста РПЖ нами были использованы результаты следующих методов: клиническая бесе-

да, опросник «ВОЗ КЖ-100», методика «Шкала оценки тяжести воздействия травматического события», методика «ТОБОЛ» [9], методика «Межличностные отношения» [10].

Таким образом, группу с неблагоприятным клиническим прогнозом, параметр ВУО которых соответствовал диапазону от 1 до 100 суток (ВУО <100 суток — высокая скорость роста опухоли), составили 20 мужчин (группа №1). Средние показатели ВУО — 57,9 суток. Группу с благоприятным клиническим прогнозом (ВУО >1000 суток — низкая скорость роста опухоли) составило также 20 мужчин (группа №2). Средний показатель ВУО — 2481,9 суток.

Результаты

Субъективный уровень качества духовной сферы жизни пациентов с высокой скоростью роста опухоли достоверно выше, чем у группы мужчин с низкой скоростью роста и прогностически лучшими клиническими результатами течения РПЖ ($p = 0,03$). Вероятно, такие результаты могут быть связаны с тем, что для пациентов группы №1 значение духовности, личных убеждений становятся более приоритетной стороной жизни; можно отметить большую приверженность «правильности и однозначности их собственного видения мира». В системе реальных отношений человека собственные воззрения выходят на первый план, выступая в качестве психологического ресурса, способного снизить неблагоприятное воздействие факта заболевания и проблем, связанных с ним.

Выявление у пациентов неблагоприятных эмоционально-личностных реакций и особенностей отношения к онкологическому диагнозу осуществлялось с помощью клинических методик «ШОВТС» и «ТОБОЛ». Реакция «избегания» заболевания, развившаяся как следствие субъективного восприятия витальной угрозы, наблюдалась у 73% общей выборки пациентов. В отношении к собственной болезни у мужчин наблюдаются периодические или постоянные попытки вытеснения неприятных воспоминаний, связанных с заболеванием, избегание разговоров о болезни и обсуждения её с другими и, как следствие, социальная замкнутость. В поведении присутствуют тенденции к смягчению собственных негативных реакций и мыслей (стараться не думать, чаще отвлекаться на другие дела, не позволять себе расстраиваться по поводу болезни). Реакция избегания позволяет снизить уровень тревожности, сгладить негативные переживания и психоэмоциональное напряжение. Выраженность подобных реакций, а также общее влияние травматического события (интегральный показатель) значительно выше у пациентов с высокой скоростью роста опухоли ($p = 0,032$; $p = 0,04$). Стрессовые реакции пациентов с высокой скоростью роста опухоли отличаются большей интенсивностью, а сама ситуация заболевания субъективно оказывает большее психотравми-

рующее воздействие. В связи с превышением уровня нормативной реакции (интегральный показатель выше 40 баллов), 25% пациентов из группы №1 можно отнести к группе риска развития посттравматического стрессового расстройства, связанного с постановкой онкологического диагноза. В группе пациентов с высокой скоростью роста опухоли (группа №1) наиболее распространённым типом отношения к заболеванию является эргопатический, встречающийся у 60% испытуемых в чистом виде и у 10% при смешанном типе (эргопатически-анозогнозический, эргопатически-сенситивный). Отношение к болезни пациентов группы с низкой скоростью роста опухоли (группа №2) характеризуется одинаковым распределением эргопатического и анозогнозического типов (30% и 30% соответственно). Несмотря на злокачественный характер заболевания, у большинства пациентов сохраняется стеничное отношение к активной трудовой деятельности в прежнем качестве и актуализируется потребность сохранения профессионального статуса. Реакция отрицания злокачественного заболевания, снижение уровня его значимости на фоне увеличения значимости социальной и профессиональной деятельности, способствует снижению интенсивности воздействия негативного влияния болезни на эмоциональную сферу пациента. Также у 15% мужчин группы №1 встречается гармоничный тип отношения к болезни, отражающийся в стремлении пациентов содействовать процессу лечения, адекватной оценке актуального состояния, отношение пациентов к болезни характеризуется относительным принятием роли «онкологического больного», стремлением перебороть недуг.

При анализе взаимосвязей между оценками восприятия качества жизни и характером и интенсивностью субъективного воздействия травматического события, в качестве которого выступает онкологическое заболевание, обнаружена отрицательная корреляционная связь между оценками качества «Социальной сферы» и реакцией избегания ($r = -0,606$, $p < 0,01$). Снижение социального функционирования, потеря определенного социального статуса, уменьшение количества эмоционально значимых контактов (родственники, друзья, коллеги) усиливает поведенческие реакции мужчин по типу избегания, а общая интенсивность стрессового воздействия факта наличия онкологического заболевания подкрепляет состояние отстранённости и нежелания обсуждать болезненные переживания с другими людьми ($r = -0,628$, $p < 0,01$).

Таким образом, можно утверждать, что характер течения онкологического процесса, а именно скорость роста опухоли не имеет четкой и определенной зависимости от отношения и ре-

акций пациентов к травматическому событию, в качестве которого выступает заболевание. Однако мы можем предположить, что увеличение интенсивности и выраженности стрессовых реакций и переживаний, связанное со снижением качества социальной сферы жизнедеятельности пациентов, может оказывать негативное воздействие на клинические показатели и течение онкологического процесса.

В результате сравнительного анализа особенностей интерперсональных отношений с помощью методики «Межличностные отношения» в группах с высокой и низкой скоростью роста опухоли предстательной железы были выявлены достоверно значимые различия по шкалам «Заботливость» ($p = 0,022$) и «Экспрессия» ($p = 0,028$). Так, для пациентов группы №1 наиболее свойственны трудности в процессе межличностного отношения в связи со стремлением мужчин данной группы угождать другим, соответствовать их взглядам и убеждениям, несмотря на свои. Характерным отличием их от пациентов с низкой скоростью роста опухоли является неспособность отстаивания собственных границ и проявления конструктивной агрессии по отношению к другим, выказывания желаний и требований. При этом, как показал сравнительный анализ, превалирует установка на то, что необходимо «быть сдержанным, спокойным», показывать свою благорасположенность и рассудительность. Такие установки сопровождаются осторожностью в поведении, склонностью к беспокойству, в связи с чем мужчины стремятся сдерживать и не показывать свои эмоциональные переживания другим. Складывается впечатление «социальной уязвимости» и незрелости системы межличностных отношений пациентов с неблагоприятным прогнозом течения РПЖ.

При последующем корреляционном анализе, обнаружена прямая связь между показателями дифференциации опухолевой ткани (ПГ) и шкалой «Уступчивость» ($r = 0,887$, $p < 0,01$). В данном случае мы наблюдаем более агрессивные формы опухоли у мужчин, в системе межличностных отношений которых преобладают трудности в принятии самостоятельных решений, следовании своих суждений и жизненных позиций. Наиболее выраженными личностными особенностями являются доверчивость, ведомость, пренебрежение собственными потребностями во благо другого. Чаще всего преобладают такие когнитивные установки, как «нельзя испытывать и показывать раздражение по отношению к другому», «главное не обидеть, не оскорбить чувства другого». Свойственными паттернами поведения в системе межличностного взаимодействия являются неспособность к отказу (трудно сказать «нет») и подавление и

сдерживание негативных эмоций. Помимо этого, мужчины с более агрессивными формами раковой опухоли ниже оценивают качество социальной сферы ($r = -0,399$, $p < 0,05$). Пациентами субъективно ощущается отсутствие социальной поддержки: «никому, кроме жены, нет дела до меня» (больной С., 68 лет), большинство мужчин сообщают об отсутствии жизненных целей и испытывают преимущественно негативное отношение к возможностям их реализации ($r = -0,736$, $p < 0,05$).

Выводы

1. Вне зависимости от прогноза клинического течения РПЖ отношение пациентов к ситуации заболевания характеризуется преобладанием избегающего поведения. Однако, реакция «избегания» и интенсивность воздействия травматического события достоверно наиболее выражены у мужчин с высокой скоростью роста РПЖ; можно утверждать, что характер течения онкологического процесса не зависит от восприятия пациентами характера воздействия травматического события.

2. В группе пациентов с неблагоприятным прогнозом клинического течения РПЖ преобладающим является эргопатический компонент отношения к болезни.

3. Наиболее характерными личностными особенностями пациентов с высокой скоростью роста РПЖ являются уступчивость, доверчивость, ведомость и пренебрежение собственными потребностями во благо другого. Свойственными паттернами поведения в системе межличностного взаимодействия являются неспособность к отказу и проявлению агрессии, в том числе конструктивной. В такой ситуации возникает необходимость поиска психологического ресурса, в качестве которого выступают личные убеждения, взгляды на жизнь, философские и религиозные верования.

4. У пациентов с неблагоприятным прогнозом чаще наблюдается отсутствие жизненных целей или негативное отношение к возможностям их реализации.

5. В связи с полученными результатами нашего исследования в качестве основных направлений работы при проведении психокоррекционных мероприятий выступают:

- коррекция когнитивных представлений пациентов о своем заболевании, формирование представлений о связи психического и соматического функционирования организма. Этот аспект лучше всего прорабатывать в групповом формате, проводя с пациентами тренинги, структура которых подразумевает не только образовательную часть, где в доступной форме рассказыва-

ется о данном вопросе, но и есть безопасное пространство для отреагирования эмоций, получения профессиональной психологической помощи;

- коррекция системы отношений в связи с изменением социального статуса, посредством индивидуального и семейного консультирования;

- коррекция таких личностных установок мужчин, которые ограничивают вариативность эмоционального реагирования в ситуациях социального и межличностного взаимодействия как в индивидуальном, так и в групповом формате;

- проработка и развитие наиболее адаптивных форм психологической компенсации, в том числе при использовании методов терапии искусством — арт-терапии, театро-терапии, танцевальной терапии и др., ориентируясь, в первую очередь, на соматическое состояние больных и их физические возможности;

- формирование адекватных жизненных целей и перспектив, а также поиск и определение самоактуализации. Поиск новых ориентиров и ресурсов также лучше проводить в групповом формате, поддерживая и закрепляя достигнутые результаты в индивидуальной работе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Биктина Н.И., Кекк А.Н. Личностные особенности и ролевые позиции онкологических больных // Современные проблемы науки и образования (Электронный научный журнал). — 2015. — № 2. — URL: www.science-education.ru/ru/article/view?id=20391.
2. Гарданова Ж.Р., Абдуллин И.И., Чернов Д.Н. и др. Копинг-стратегии у больных раком простаты // Исследования и практика в медицине. — 2015. — Т. 2(4). — С. 66-69.
3. Залуцкий И.В., Махнач Л.М., Жуковец А.Г., Шишковская О.А. Особенности внутренней картины болезни у некоторых групп онкологических больных // Журнал «Здравоохранение». — 2010. — № 3. — С. 54-56.
4. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей // Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова [и др.]. — СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. — 32 с.
5. Разработка методики интерперсональной психотерапии для лечения невротических расстройств и оценка ее эффективности: Методические рекомендации // СПб. науч.-иссл. психоневрол. инт-т им. В.М.Бехтерева; Авторы-сост.: В.А. Абабков и др. — СПб., 2007. — 50 с.
6. Русина Н.А. Психологический статус и адаптационные ресурсы онкологических больных // Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова. — 2012. — № 3. — С. 115-121.
7. Русина Н.А. Реакции адаптации пациентов онкологической клиники // Медицинская психология в России (Электронный научный журнал). — 2013. — № 5 (22). — URL: <http://mprj.ru>.
8. Тарабрина Н.В. Психологические последствия воздействия стрессоров высокой интенсивности: посттрав-

матический стресс // Психологический журнал. — 2012. — Т. 33. — № 6. — С. 20-33.

9. Чулкова В.А., Моисеенко В.М. Психологические проблемы в онкологии // Практическая онкология. — 2009. — Т. 10. — № 3. — С. 151-157.

Поступила в редакцию 04.06.2018 г.

A.V. Nikolaeva¹, E.E. Malkova¹, G.M. Zharinov²

**Personality and cancer: differences
in the clinical and psychological characteristics
of the patient's personality at high and low
rates of tumor growth**

¹The Herzen State Pedagogical University of Russia,

²Russian Research Center of Radiology and Surgical
Technologies,
St. Petersburg

In this paper are presented the results and comparative analysis of the clinical and psychological research for the patient's personality with prostate cancer with high and low growth rate of the tumor. It was revealed that the nature of the oncological process does not depend on the perception by the patients of the impact of a traumatic event, in which the disease acts. For patients with a high tumor growth rate, the most characteristic are pliability, credulity, subordination ($r = 0,887$, $p < 0,01$) and neglect of own needs for the benefit of another ($p = 0,022$). The inherent patterns of behavior in the system of interpersonal interaction are the inability to refuse and to manifest of aggression, including constructive. On the basis of the data obtained, the most effective methods of psychological support of patients are proposed.

Key words: prostate cancer, VUO, tumor growth rate, clinical and psychological characteristics of the personality, system of relations