

ПСИХОДИАГНОСТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНО-АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН С ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

*Работа представлена кафедрой психиатрии и клинической психологии
Северного государственного медицинского университета (Архангельск).
Научный руководитель – доктор медицинских наук, профессор Л. И. Вассерман*

В статье представлены результаты исследования выраженности и структуры тревожности, уровня депрессивности и алекситимии у женщин, больных раком молочной железы. Выявлены особенности личностной и ситуативной тревожности, преобладающие симптомы депрессии. Установлено, что уровень и структура тревоги и тревожности взаимосвязаны у больных с алекситимией и уровнем депрессии.

Results of the research on anxiety, depression and alexithymia among women with breast cancer are presented in the article. The main features of anxiety and prevailing symptoms of depression are discovered. The author establishes that the level and structure of anxiety are correlated with alexithymia and level of depression.

При анализе включенных в патогенез онкологического заболевания различных психологических факторов прежде всего подчеркивается патогенная роль отрицательных эмоций¹. Патогенность эмоций в данном случае определяется силой пережи-

вания, интенсивностью и специфичностью, которые, в свою очередь, связаны со стрессогенностью стимула. Основное внимание в плане психологического исследования здесь уделяется выявлению различных стрессовых факторов, с которыми могло бы

быть связано развитие заболевания, что является отражением психосоматического подхода. В меньшей степени анализируется качество и содержание самого переживания.

При тяжелых хронических заболеваниях с витальной угрозой, например при онкологических заболеваниях, эмоционально-аффективные расстройства необходимо рассматривать также в контексте сомато-психических соотношений, связанных с ситуацией болезни. Анализ эмоций в этом случае проводится в соответствии с такими понятиями, как «отношение к болезни», «внутренняя картина болезни». Важно подчеркнуть, что, когда речь идет о сомато-психических соотношениях, эти соотношения требуют анализа целого ряда факторов: когнитивного компонента (переработка информации о болезни и прогнозе), эмоционального компонента (реакция на стресс) и целого ряда поведенческих расстройств, обусловленных психосоциальными аспектами.

Таким образом, ситуацию онкологического заболевания целесообразно рассматривать в рамках кольцевых психосоматических – сомато-психических зависимостей, отражающих сложные межуровневые соотношения, обеспечивающие функционирование человека ².

Несмотря на большие успехи, достигнутые в лечении тяжелых онкологических заболеваний, диагноз «рак» внушает пациентам чувство не только страха, но и безнадежности. Значительную роль здесь играет фрустрирующее влияние болезни, особенно внезапной, резко блокирующей актуальные социальные потребности, создающей ситуацию витальной угрозы и неопределенности прогноза.

Рак молочной железы (РМЖ) занимает первое место по распространенности среди злокачественных новообразований у женщин и третье место в общей популяции населения, уступая по частоте только опухолям легких и желудка ³.

По мнению многих авторов, характерная реакция женщин, страдающих РМЖ,

на болезнь укладывается в рамки тревожно-депрессивных расстройств ⁴. С точки зрения медицинской психологии принципиально важным является изучение структуры тревожных состояний и депрессивных явлений, что позволит повысить эффективность психокоррекционных мероприятий путем конкретизации «мишеней» воздействия.

Состояние длительной депрессии и тревоги не только снижают жизненный тонус и ухудшают качество жизни пациенток, но и в ряде случаев могут быть причиной возврата болезни, в частности, путем развития психогенной иммунодепрессии. В связи с этим значительно возрастает роль психологической и психофармакологической коррекции патологических эмоциональных состояний в системе лечения онкологических больных.

Целью исследования явилось изучение структуры эмоциональных нарушений у больных в ситуации соматогенно обусловленной угрозы и фрустрированности болезнью (на примере больных РМЖ). Изучение тревоги и тревожности проводилось с применением интегративного теста тревожности (ИТТ), разработанного в лаборатории клинической психологии Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева. Оценка уровня и структуры депрессивности проводилось с помощью опросника депрессивности Бека. Для выявления алекситимического личностного радикала использовалась Торонтская алекситимическая шкала TAS.

По современным представлениям, алекситимия является психологической характеристикой, определяемой следующими когнитивно-аффективными особенностями: трудностью в определении и описании собственных чувств, трудностью в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями, снижением способности к символизации, фокусированием в большей мере на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях. Существует мнение, что подобные свойства личности

приводят к усилению физиологической реакции на стресс, фиксации на соматическом компоненте эмоционального возбуждения⁵. В связи с этим предполагается, что алекситимия является одним из факторов, играющих существенную роль в патогенезе психосоматических заболеваний.

Обследовано 40 женщин с раком молочной железы I–II стадии (возраст $48,8 \pm 1,5$ года), впервые госпитализированных для проведения хирургического лечения. В качестве контрольной группы были обследованы 40 женщин с миомой матки (возраст $49,8 \pm 1,4$ года), также поступившие в стационар для проведения хирургического лечения. Миома матки является доброкачественным заболеванием, при котором

также преобладает оперативное лечение, однако нет такой витальной угрозы, и больные рассчитывают на благоприятный прогноз.

По данным ИТТ, выраженность как ситуативной, так и личностной тревожности обследованных больных значительно превышала таковую у здоровых лиц ($p = 0,01$) и в группе больных миомой матки ($p = 0,05$). В группе женщин, больных раком молочной железы, общие показатели тревожности составили: ситуативной – 16 баллов и личностной – 18 баллов (средняя норма $11,91 \pm 4,58$ балла). В отличие от общей популяции личностная тревожность больных достоверно превышает ситуативную (соответственно $18,0 \pm 4,0$ и $16,0 \pm 3,8$ балла).

Таблица 1

Показатели личностной и ситуативной тревожности в группе женщин с РМЖ ($M \pm m$, станайны)

Показатели тревожности	Личностная тревожность	Ситуативная тревожность	Достоверность различий
Общий показатель	$6,89 \pm 0,37$	$5,27 \pm 0,39$	При $p \leq 0,01$
Эмоциональный дискомфорт	$6,76 \pm 0,33$	$3,71 \pm 0,42$	При $p \leq 0,001$
Астенический компонент	$6,49 \pm 0,32$	$5,40 \pm 0,42$	–
Фобический компонент	$5,80 \pm 0,37$	$3,91 \pm 0,41$	При $p \leq 0,05$
Тревожная оценка перспектив	$6,42 \pm 0,35$	$5,53 \pm 0,43$	–
Социальная защита	$6,11 \pm 0,38$	$5,49 \pm 0,43$	–

При сравнительном анализе показателей ситуативной и личностной тревожности в группе женщин, больных РМЖ, были выявлены достоверные различия по показателям общей тревожности, эмоционального дискомфорта и фобического компонента (все показатели выше в структуре личностной тревожности). Из этого следует, что для данной группы характерна личностная предрасположенность к повышенной эмоциональной чувствительности, склонность к «хроническим» страхам, периодически возрастающим в зависимости от внутреннего состояния или обострения внешней ситуации. Наибольший вклад в ситуационную тревожность вносят тревожная оценка перспектив, тревожность в сфере социальных контактов и астенический компонент. Соответственно, именно эти показатели должны быть «мишенями» психологической коррекции.

Выявлена также повышенная по сравнению с нормой личностная тревожность больных миомой матки ($15,8 \pm 5,20$ балла) ($p < 0,05$). Ситуативная тревога в среднем по данной группе в пределах нормальных показателей – $12,0 \pm 3$ балла, с преобладанием эмоционального дискомфорта и астенического компонента, что может быть связано с более определенным (и положительным) прогнозом заболевания.

Таким образом, согласно ИТТ, больных РМЖ отличает заметное повышение личностной тревожности как по сравнению с нормой, так и относительно ситуативной тревоги. Вероятно, речь идет о включении компенсаторных механизмов в ответ на витальную угрозу, и повышение тревожности как личностной переменной отражает этот процесс.

Средний показатель уровня депрессивности (по опроснику Бека) в группе женщин с

РМЖ составил $12,28 \pm 1,13$ балла, что соответствует легкому уровню депрессии ситуативного или невротического генеза. В контрольной группе данный показатель составил $8,65 \pm 1,13$ балла, что позволяет говорить об отсутствии депрессивного состояния. Выраженные показатели депрессии выявлены у 5% пациенток с РМЖ, промежуточный уровень – у 47,5% женщин, отсутствие депрессивных проявлений – у 47,5%.

При анализе отдельных симптомов выявлено, что наиболее высокие показатели получены по следующим параметрам: нарушения сна, утомляемость, потеря веса и утрата сексуального влечения, которые входят в субшкалу «соматические проявления депрессии».

Таким образом, данные качественного анализа симптомов, в сочетании с общей оценкой уровня депрессивности, могут косвенно свидетельствовать о недостаточном уровне осознания больными негативного эмоционального состояния. В пользу этого вывода свидетельствуют данные корреляционного анализа, согласно которым существует положительная связь между соматическими проявлениями депрессии и выраженностью алекситимического личностного радикала ($p = 0,05$).

Во всех группах больных выявлен отчетливый параллелизм между уровнем тревоги и депрессии, что дает основание квалифицировать последнюю как тревожную, возможно, вторичного плана (табл. 2).

Таблица 2

Корреляционные связи между уровнем депрессивности, алекситимией и показателями тревожности

Показатели тревожности	Уровень депрессивности	Уровень алекситимии
Общий показатель ЛТ	$r = +0,598; p \leq 0,001$	$r = +0,498; p \leq 0,05$
Эмоциональный дискомфорт ЛТ	$r = +0,540; p \leq 0,001$	–
Астенический компонент ЛТ	$r = +0,582; p \leq 0,001$	–
Фобический компонент ЛТ	$r = +0,449; p \leq 0,01$	–
Оценка перспектив ЛТ	–	–
Социальная защита ЛТ	$r = +0,344; p \leq 0,05$	–
Общий показатель СТ	$r = +0,793; p \leq 0,001$	$r = -0,689; p \leq 0,001$
Эмоциональный дискомфорт СТ	$r = +0,610; p \leq 0,001$	–
Астенический компонент СТ	$r = +0,675; p \leq 0,001$	–
Фобический компонент СТ	$r = +0,642; p \leq 0,001$	–
Оценка перспектив СТ	$r = +0,375; p \leq 0,05$	–
Социальная защита СТ	–	–

Примечание: ЛТ – показатели личностной тревожности, СТ – показатели ситуативной тревожности.

Отмечена также обратная зависимость между выраженностью реактивной тревожности и уровнем алекситимии (табл. 2). Можно предположить, что наличие алекситимического личностного радикала «блокирует» осознание больными тревоги, беспокойства, закрепляя, таким образом, механизмы телесного отреагирования негативных эмоциональных состояний. С другой стороны, снижение степени осознания имеющейся тревоги значительно снижает возможности больного в плане ее переработки на уров-

не сознания и разрешения проблем, ее обуславливающих.

Таким образом, уровень и структура тревоги и тревожности у женщин с РМЖ взаимосвязаны с алекситимией и уровнем депрессии. На основании полученных данных можно высказать предположение о возможном формировании у больных РМЖ единого тревожно-депрессивного синдрома, отчетливость которого зависит от выраженности алекситимического радикала.

Тревожность – значимый фактор качества жизни больных, в связи с чем ранняя психологическая диагностика особенностей эмоциональной сферы больных позволит прогнозировать возможные варианты

личностных эмоционально-окрашенных реакций в системе значимых отношений личности в процессе болезни и соответственным образом организовать психопрофилактическое вмешательство.

ПРИМЕЧАНИЯ

¹ Генс Г. П. и др. Взаимосвязь посттравматического стрессового расстройства и психоиммунных нарушений у больных раком молочной железы, //Психология: Современные направления междисциплинарных исследований/ Г. П. Генс, Л. И. Коробкова, Л. З. Вельшер, Н. В. Тарабрина; Под ред. А. Л. Журавлева, Н. В. Тарабриной. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2003. С. 163–173; Чулкова В. А. Психологическое исследование личностных реакций на болезнь при раке молочных желез: Автореф. дис...канд. мед. наук. СПб., 1999.

² Вассерман Л. И., Трифонова Е. А. Методология исследования качества жизни в контексте психосоматических и соматопсихических соотношений//Обзор психиатрии и медицинской психологии. 2006. № 4. С.12–14; Wasserman L. I., Trifonova E. A. Diabetes Mellitus as a Model of Psychosomatic and Somatopsychic Interrelationships//The Spanish Journal of Psychology. 2006. Vol. 9. No. 1. P. 75–85.

³ Клиническая маммология. Современное состояние проблемы / Под. ред. Е. Б. Камповой-Полевой, С. С. Чистякова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. С. 85–86.

⁴ Терентьев И. Г., Алясова А. В., Трошин В. Д. Нервно-психические расстройства у больных раком молочной железы. Нижний Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2004; Golden-Kreutz DM., Andersen BL. Depressive symptoms after breast cancer surgery: relationships with global, cancer-related, and life event stress // Psychooncology. 2004. № 3. P. 211.

⁵ Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах: Методическое пособие. СПб.: Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт им. В. М. Бехтерева, 2005.